



dens

10
2012
5. Oktober

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



Selbstbestimmt und selbstbewusst handeln!

Das höchste Gremium der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, die Vertreterversammlung, beschäftigte sich im Frühjahr auf zwei Sitzungen intensiv mit den Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes.

Seit Jahren hatten wir uns daran gewöhnt, Gesundheitsreformen daraufhin zu beleuchten, welche Folgen diese für unsere tägliche zahnärztliche Arbeit haben würden, welchen Einfluss sie künftig auf unsere diagnostische, prophylaktische und kurative Arbeit nehmen könnte und wie sind sie umzusetzen ohne den bürokratischen Aufwand weiter zu mehren?

Dabei kann jedoch sehr schnell übersehen werden, dass in Gesetzesänderungen auch Chancen liegen können, so man sie erkennt und nutzt.

So gab es innerhalb der Vertreterversammlung und im Dialog mit vielen Kolleginnen und Kollegen aus der Vertragszahnärzteschaft vor Ort einen lebhaften und auch streitbaren Meinungsaustausch zu den Chancen und Risiken, die sich aus der Neuformulierung des § 85 (3) SGB V durch das VStG ergeben.

Es heißt dort jetzt im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtvertrages zwischen den KVs, KZVs und Krankenkassen, dass die Veränderung der Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, „der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der ... Arbeitszeit ...“ zu erfolgen hat. Sehr schnell wurde deutlich, dass unser bisheriger HVM mit seinen stringenten Budgetgrenzen insbesondere der objektiven Beurteilung einer Morbiditätsentwicklung/-veränderung entgegenstehen würde. Hier galt es Änderungen vorzunehmen. Da dies nach wie vor unter die Beachtung der Notwendigkeit der Wahrung der Beitragssatzstabilität gestellt ist, bedürfte es aus der Sicht einer klaren Mehrheit der VV-Delegierten einer Erklärung und Darstellung unserer neuen Möglichkeiten der Einflussnahme bei der aktiven Gestaltung der Gesamtvergütung gegenüber der gesamten Vertragszahnärzteschaft unseres Landes.

So hat, wie schon im dens berichtet, nach umfassender Diskussi-



Dr. Peter Schletter, Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und Präsident des Landesverbandes der Freien Berufe Mecklenburg-Vorpommern

on mit der Basis die Mehrheit der VV beschlossen, in freiberuflicher Selbstverantwortung die Regelungen des HVM so anzupassen, dass eine realistische, nicht vom „eisernen“ IPOG-Budgetrahmen behinderte, Realisierung der Patientenversorgung besser ermöglicht wird, um gegenüber den Vertragspartnern der GKV deutlich darstellen zu können, was von den GKV-Versicherten an tatsächlichem Behandlungsbedarf in unseren Praxen abgefordert wird.

Des Weiteren sollten wir, auch unter Beachtung bereits formulierter Forderungen von Rechtsexperten der GKV, in der Lage sein, die Entwicklung unserer Kostenstrukturen *belegbar* darzustellen. Dazu genügen die Darstellungen des, durchaus bei den Vertragspartnern anerkannten, KZBV-Jahrbuches nicht, da die Vergütungen in den Regionen unter Wichtung der dortigen Gegebenheiten zu verhandeln sind.

Deshalb hat die VV einen Ausschuss „Betriebswirtschaft und Kostenanalyse“ gebildet, der sich bereits auf zwei Sitzungen den Problemen der Ermittlung der Pra-

xiskosten in MV gewidmet hat und gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden der KZV, Diplom-Betriebswirt Wolfgang Abeln ein Raster entwickelt, mit dem wir an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen Vertragszahnärzte, heran treten werden mit der Bitte um möglichst breite Teilhabe und Unterstützung. Mit der, selbstverständlich anonymisierten, Zusammenfassung Ihrer Angaben zu den Kosten des Praxisbetriebes können Sie einen wichtigen Beitrag leisten im Interesse der gesamten Vertragszahnärzteschaft zur Unterbreitung unserer Verhandlungspositionen.

Ein dritter wichtiger Schritt, um die Chancen, die sich aus dem VStG für uns Zahnärzte ergeben, auch nutzen zu können, ist die Darstellung der tatsächlichen Morbiditätsentwicklung. Hier hat sich die KZV M-V auch auf Bitte der KZBV bereit erklärt, auf der Basis der bereits vor etlichen Jahren durchgeführten SHIP-Studie eine neuerliche Erhebung zu unterstützen.

Damit wäre die Gewähr gegeben, eine Morbiditätsentwicklung wissenschaftlich fundiert und statistisch sicher darzustellen.

Auf der Herbst-VV werden wir uns folgerichtig u. a. auch mit dem Thema „Morbiditätsentwicklung“ zu beschäftigen haben. Waren anfänglich beim Thema HVM noch viele kritische Stimmen vernehmbar, so ist jetzt mit der geplanten Umsetzung des dritten Schrittes das umfängliche Konzept erkennbar, mit dem der Vorstand, gemeinsam mit der Vertreterversammlung und den genannten Gremien gewillt ist, sich den Herausforderungen aus dem VStG zu stellen.

Ich bitte Sie, die Vertragszahnärzteschaft unseres schönen Bundeslandes, um Ihre aktive Teilnahme an der Diskussion, der Schaffung entsprechender Unterlagen und Weiterentwicklung unserer Rahmenbedingungen zur möglichst guten Versorgung der GKV-Versicherten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,

Ihr Peter Schletter,
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KZV MV und Präsident des LFB MV

ZahnRat 70

Füllung • Zahnkranke • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz

„Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? Lieber Heinrich, Lieber Heinrich! Stopf es zu, liebe, liebe Liese; liebe Liese, stopf's zu!“

In jeder Zahnkranke ist ein Loch...
Lieber Heinrich, Lieber Heinrich!
Stopf es zu, liebe, liebe Liese; liebe Liese, stopf's zu!“



Patenschaft der Zahnärzte
Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Zahnärztliche Vereinigung Österreichs
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Niederlande
Zahnärztliche Vereinigung der Belgien
Zahnärztliche Vereinigung der Luxemburg
Zahnärztliche Vereinigung der Portugal
Zahnärztliche Vereinigung der Spanien
Zahnärztliche Vereinigung der Frankreich
Zahnärztliche Vereinigung der Italien
Zahnärztliche Vereinigung der Griechenland
Zahnärztliche Vereinigung der Türkei
Zahnärztliche Vereinigung der Russland
Zahnärztliche Vereinigung der Ukraine
Zahnärztliche Vereinigung der Weißrussland
Zahnärztliche Vereinigung der Kasachstan
Zahnärztliche Vereinigung der Kirgisien
Zahnärztliche Vereinigung der Usbekistan
Zahnärztliche Vereinigung der Tadschikistan
Zahnärztliche Vereinigung der Armenien
Zahnärztliche Vereinigung der Georgien
Zahnärztliche Vereinigung der Aserbaidschan
Zahnärztliche Vereinigung der Estland
Zahnärztliche Vereinigung der Lettland
Zahnärztliche Vereinigung der Litauen
Zahnärztliche Vereinigung der Island
Zahnärztliche Vereinigung der Norwegen
Zahnärztliche Vereinigung der Schweden
Zahnärztliche Vereinigung der Finnland
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Österreich
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Deutschland

ZahnRat 71

Zahnkranke • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz

Gesunde Kinderzähne fangen im Bauch an Ein Ratgeber für Schwangere und junge Eltern, um kleine Zähne von Beginn an groß zu schützen

Die Baby-Zähne...
Gesunde Kinderzähne fangen im Bauch an
Ein Ratgeber für Schwangere und junge Eltern, um kleine Zähne von Beginn an groß zu schützen



Patenschaft der Zahnärzte
Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Zahnärztliche Vereinigung Österreichs
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Niederlande
Zahnärztliche Vereinigung der Belgien
Zahnärztliche Vereinigung der Luxemburg
Zahnärztliche Vereinigung der Portugal
Zahnärztliche Vereinigung der Spanien
Zahnärztliche Vereinigung der Frankreich
Zahnärztliche Vereinigung der Italien
Zahnärztliche Vereinigung der Griechenland
Zahnärztliche Vereinigung der Türkei
Zahnärztliche Vereinigung der Russland
Zahnärztliche Vereinigung der Ukraine
Zahnärztliche Vereinigung der Weißrussland
Zahnärztliche Vereinigung der Kasachstan
Zahnärztliche Vereinigung der Kirgisien
Zahnärztliche Vereinigung der Usbekistan
Zahnärztliche Vereinigung der Tadschikistan
Zahnärztliche Vereinigung der Armenien
Zahnärztliche Vereinigung der Georgien
Zahnärztliche Vereinigung der Aserbaidschan
Zahnärztliche Vereinigung der Estland
Zahnärztliche Vereinigung der Lettland
Zahnärztliche Vereinigung der Litauen
Zahnärztliche Vereinigung der Island
Zahnärztliche Vereinigung der Norwegen
Zahnärztliche Vereinigung der Schweden
Zahnärztliche Vereinigung der Finnland

ZahnRat 72

Zahnkranke • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz

Wenn das Kiefergelenk zum Knackpunkt wird

Es gibt ein Gelenk...
Wenn das Kiefergelenk zum Knackpunkt wird



Patenschaft der Zahnärzte
Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Zahnärztliche Vereinigung Österreichs
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Niederlande
Zahnärztliche Vereinigung der Belgien
Zahnärztliche Vereinigung der Luxemburg
Zahnärztliche Vereinigung der Portugal
Zahnärztliche Vereinigung der Spanien
Zahnärztliche Vereinigung der Frankreich
Zahnärztliche Vereinigung der Italien
Zahnärztliche Vereinigung der Griechenland
Zahnärztliche Vereinigung der Türkei
Zahnärztliche Vereinigung der Russland
Zahnärztliche Vereinigung der Ukraine
Zahnärztliche Vereinigung der Weißrussland
Zahnärztliche Vereinigung der Kasachstan
Zahnärztliche Vereinigung der Kirgisien
Zahnärztliche Vereinigung der Usbekistan
Zahnärztliche Vereinigung der Tadschikistan
Zahnärztliche Vereinigung der Armenien
Zahnärztliche Vereinigung der Georgien
Zahnärztliche Vereinigung der Aserbaidschan
Zahnärztliche Vereinigung der Estland
Zahnärztliche Vereinigung der Lettland
Zahnärztliche Vereinigung der Litauen
Zahnärztliche Vereinigung der Island
Zahnärztliche Vereinigung der Norwegen
Zahnärztliche Vereinigung der Schweden
Zahnärztliche Vereinigung der Finnland

ZahnRat 73

Zahnkranke • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz

Ursachenforschung Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie

Wenn es über...
Ursachenforschung Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie



Patenschaft der Zahnärzte
Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Zahnärztliche Vereinigung Österreichs
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Niederlande
Zahnärztliche Vereinigung der Belgien
Zahnärztliche Vereinigung der Luxemburg
Zahnärztliche Vereinigung der Portugal
Zahnärztliche Vereinigung der Spanien
Zahnärztliche Vereinigung der Frankreich
Zahnärztliche Vereinigung der Italien
Zahnärztliche Vereinigung der Griechenland
Zahnärztliche Vereinigung der Türkei
Zahnärztliche Vereinigung der Russland
Zahnärztliche Vereinigung der Ukraine
Zahnärztliche Vereinigung der Weißrussland
Zahnärztliche Vereinigung der Kasachstan
Zahnärztliche Vereinigung der Kirgisien
Zahnärztliche Vereinigung der Usbekistan
Zahnärztliche Vereinigung der Tadschikistan
Zahnärztliche Vereinigung der Armenien
Zahnärztliche Vereinigung der Georgien
Zahnärztliche Vereinigung der Aserbaidschan
Zahnärztliche Vereinigung der Estland
Zahnärztliche Vereinigung der Lettland
Zahnärztliche Vereinigung der Litauen
Zahnärztliche Vereinigung der Island
Zahnärztliche Vereinigung der Norwegen
Zahnärztliche Vereinigung der Schweden
Zahnärztliche Vereinigung der Finnland

ZahnRat 74

Zahnkranke • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz

Zahnverlust – Was nun? Zahnersatz mittels „Kombinationsprothetik“

Jeder Zahn...
Zahnverlust – Was nun? Zahnersatz mittels „Kombinationsprothetik“



Patenschaft der Zahnärzte
Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Zahnärztliche Vereinigung Österreichs
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Niederlande
Zahnärztliche Vereinigung der Belgien
Zahnärztliche Vereinigung der Luxemburg
Zahnärztliche Vereinigung der Portugal
Zahnärztliche Vereinigung der Spanien
Zahnärztliche Vereinigung der Frankreich
Zahnärztliche Vereinigung der Italien
Zahnärztliche Vereinigung der Griechenland
Zahnärztliche Vereinigung der Türkei
Zahnärztliche Vereinigung der Russland
Zahnärztliche Vereinigung der Ukraine
Zahnärztliche Vereinigung der Weißrussland
Zahnärztliche Vereinigung der Kasachstan
Zahnärztliche Vereinigung der Kirgisien
Zahnärztliche Vereinigung der Usbekistan
Zahnärztliche Vereinigung der Tadschikistan
Zahnärztliche Vereinigung der Armenien
Zahnärztliche Vereinigung der Georgien
Zahnärztliche Vereinigung der Aserbaidschan
Zahnärztliche Vereinigung der Estland
Zahnärztliche Vereinigung der Lettland
Zahnärztliche Vereinigung der Litauen
Zahnärztliche Vereinigung der Island
Zahnärztliche Vereinigung der Norwegen
Zahnärztliche Vereinigung der Schweden
Zahnärztliche Vereinigung der Finnland

ZahnRat 75

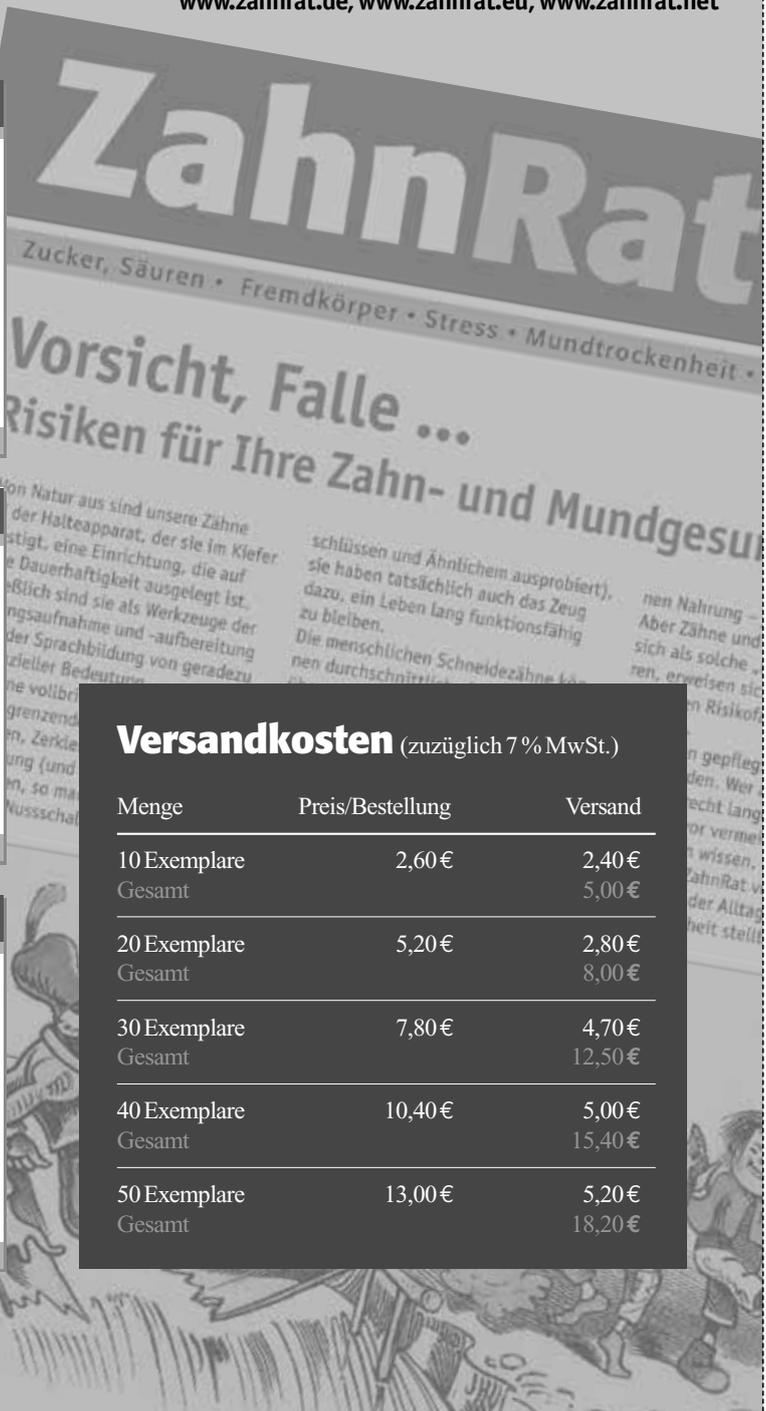
Zahnkranke • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz • Zahnschmerz

Benötigt mein Kind eine Zahnsperre? Elternratgeber Kieferorthopädie

Benötigt mein Kind...
Benötigt mein Kind eine Zahnsperre? Elternratgeber Kieferorthopädie



Patenschaft der Zahnärzte
Zahnärztliche Vereinigung Deutschlands
Zahnärztliche Vereinigung Österreichs
Zahnärztliche Vereinigung der Schweiz
Zahnärztliche Vereinigung der Tschechien
Zahnärztliche Vereinigung der Slowakei
Zahnärztliche Vereinigung der Ungarn
Zahnärztliche Vereinigung der Polen
Zahnärztliche Vereinigung der Dänemark
Zahnärztliche Vereinigung der Niederlande
Zahnärztliche Vereinigung der Belgien
Zahnärztliche Vereinigung der Luxemburg
Zahnärztliche Vereinigung der Portugal
Zahnärztliche Vereinigung der Spanien
Zahnärztliche Vereinigung der Frankreich
Zahnärztliche Vereinigung der Italien
Zahnärztliche Vereinigung der Griechenland
Zahnärztliche Vereinigung der Türkei
Zahnärztliche Vereinigung der Russland
Zahnärztliche Vereinigung der Ukraine
Zahnärztliche Vereinigung der Weißrussland
Zahnärztliche Vereinigung der Kasachstan
Zahnärztliche Vereinigung der Kirgisien
Zahnärztliche Vereinigung der Usbekistan
Zahnärztliche Vereinigung der Tadschikistan
Zahnärztliche Vereinigung der Armenien
Zahnärztliche Vereinigung der Georgien
Zahnärztliche Vereinigung der Aserbaidschan
Zahnärztliche Vereinigung der Estland
Zahnärztliche Vereinigung der Lettland
Zahnärztliche Vereinigung der Litauen
Zahnärztliche Vereinigung der Island
Zahnärztliche Vereinigung der Norwegen
Zahnärztliche Vereinigung der Schweden
Zahnärztliche Vereinigung der Finnland



Versandkosten (zuzüglich 7 % MwSt.)

Menge	Preis/Bestellung	Versand
10 Exemplare	2,60€	2,40€
Gesamt		5,00€
20 Exemplare	5,20€	2,80€
Gesamt		8,00€
30 Exemplare	7,80€	4,70€
Gesamt		12,50€
40 Exemplare	10,40€	5,00€
Gesamt		15,40€
50 Exemplare	13,00€	5,20€
Gesamt		18,20€

FAX-Bestellformular 0 35 25 - 71 86 12

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1 c · 01665 Diera-Zehren OT Nieschütz

- 70 „Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? ...“
- 71 Gesunde Kinderzähne fangen im Bauch an
- 72 Wenn das Kiefergelenk zum Knackpunkt wird
- 73 Ursachenforschung – Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie
- 74 Zahnverlust – Was nun?
- 75 Benötigt mein Kind eine Zahnsperre? Elternratgeber Kieferorthopädie

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis _____
 Ansprechpartner _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon _____
 Datum _____

Telefax _____
 Unterschrift _____



dens

21. 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: Antje Künzel

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

HIV-Ärzte dürfen versorgen	10
Stabiler Jahresabschluss der apoBank	12
Bundestagswahl 2013	12
Krankenkassen auch weiterhin im Plus	13
Mehr als 1900 Aussteller auf der IDS in Köln erwartet	14
Aktionsgemeinschaft: Dentists for Africa e. V.	14
Geschlechterspezifische Zahnmedizin bei der EUROPERIO	15-16
KZBV sieht Zahnkosten-Optimierer kritisch	16
Nachruf für Prof. Dr. Alfred Gerber	34
Bücher	34-35
Glückwünsche / Anzeigen	36

Zahnärztekammer

Zahnärztetag stieß auf großes Medieninteresse	4-7
Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsarbeiter	9
Mit drei Klicks zum Notdienst	10
Tagung des Beirats des Norddeutschen Fortbildungsinstituts	11
Mund auf gegen Leukämie	11
Neue Gebührennummer in der GOZ	17
Fortbildung im Monat November	18

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Ankündigung Vertreteterversammlung	8
HEK verzichtet auf Kassengebühr	13
Immer mehr Zahnärzte in Deutschland	15
Service der KZV	19
Aktuelle Fortbildungsangebote	20
Unternehmensberatung: Zuschuss vom Staat	21
Begutachtungsverfahren	22-23

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Therapieansatz zur Lösung der Problematik des Knochenabbaus	24-27
Professionelle Zahnreinigung sehr gefragt	28
Digitale Volumetomographie in der Zahnmedizin	28-30
Befristung von Arbeitsverhältnissen	31
Unfallbedingter Einnahmeausfall bei einer Gemeinschaftspraxis	32
Bleaching ist Sache des Zahnarztes	33
Bindungsklausel an ein Dentallabor nichtig	33

Impressum	3
Herstellerinformationen	37

Zahnärzte mitten in der Gesellschaft

Zahnärztetag stieß auf großes Medieninteresse

Die Journalisten machen es vor: Nur ein Mann war unter den Medienvertretern auf der Pressekonferenz zum Auftakt des Zahnärztetages. Sonst dominierten die Frauen – passend zum Thema, denn der Vorstand der Zahnärztekammer stellte die Umfrage unter den Zahnärztinnen vor. Frauen sind schon lange auf dem Vormarsch in Mecklenburg-Vorpommern. Während im Jahr 2017 die Hälfte aller Zahnärzte in Deutschland weiblich sein wird, beträgt der Anteil von Zahnärztinnen in M-V seit Jahren ca. 60 Prozent. „Zahnärztinnen sind bedingt durch die wirtschaftlich eigenständige freiberufliche Niederlassung besonders auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie angewiesen. Zwar gibt es im gesamten zahnmedizinischen Bereich, insbesondere bei jüngeren Zahnärzten, einen Trend zu Anstellungsverhältnissen oder Kooperationen von mehreren Zahnärztinnen und Zahnärzten, aber die vorwiegende Berufsausübungsform bleibt die selbstständige Einzel-Niederlassung. Aufgrund der Altersstruktur unserer Zahnärztinnen sind besondere Herausforderungen durch die notwendige Pflege von Angehörigen festzustellen“, sagte der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich. „Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Umfrage, insbesondere den tendenziell sinkenden Behandlungszeiten mit zunehmendem Lebensalter von Zahnärztinnen, bedarf es einer besonderen Beobachtung der Entwicklungsprozesse der zahnmedizinischen Versor-



Professor Dr. Reiner Biffar, Vorsitzender der ZMK M-V (l.) sowie der Präsident der Zahnärztekammer M-V Prof. Dr. Dietmar Oesterreich eröffneten den Zahnärztetag 2012, an dem rund 600 Interessierte teilnahmen.

gung im ländlichen Raum“, betonte der Zahnarzt. Die vorliegenden Ergebnisse der Umfrage seien ein Handlungsauftrag an die zahnärztliche Selbstverwaltung. „Wir wollen aber ebenso erreichen, dass die Zahnmedizin im Rahmen gesellschaftlicher und politischer Entwicklungsprozesse in unserem Bundesland entsprechend wahrgenommen und eingebunden wird. So gilt es, die Zusammenarbeit mit Städten und Kommunen zu intensivieren, um z. B. gute Voraussetzungen für die familiären Rahmenbedingungen von Zahnärzten zu erreichen. Gleichzeitig will ich aber auch feststellen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht ausschließlich nur für unsere Kolleginnen eine Herausforderung ist. So wird aus anderen Analysen deutlich, dass auch die männlichen Zahnärzte vor diesem Hintergrund verstärkt Anstellungsverhältnisse oder Kooperationen bei

der zahnärztlichen Berufsausübung wählen“, so Prof. Oesterreich.

„Fast 75 Prozent der Zahnärztinnen sind mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden oder zufrieden“, freute sich die Referentin für Prävention, Alters- und Behindertenzahnheilkunde im Vorstand der Zahnärztekammer M-V, Dr. Angela Löw. Über 60 Prozent der Zahnärztinnen arbeiten in einer Einzelpraxis, 16 Prozent in Berufsausübungsgemeinschaften und nur 6,6 Prozent sind angestellt tätig. Der Berufsalltag ist von einer hohen Arbeitsbelastung geprägt. Der mittlere Zeitaufwand beträgt wöchentlich 42,2 Stunden. Viele Zahnärztinnen sind zusätzlich für die Pflege von Angehörigen zuständig bzw. haben Kinder. 87 Prozent der Befragten bejahen grundsätzlich die Frage nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Über 80 Prozent schätzen jedoch die Belastungssituation als sehr hoch ein. So werden unter anderem eine Anpassung der Öffnungszeiten der Kindertagesstätten und die Möglichkeiten der Ganztagsbetreuung von Schulkindern von jungen Müttern gefordert. Während der gesetzlichen Mutterschutzfristen waren ein Drittel der Zahnärztinnen weiterhin berufstätig. Besonders kritisch hinterfragt wurde das gesetzliche Beschäftigungsverbot für schwangere angestellte Zahnärztinnen. „Dies stellt Berufsanfängerinnen oft vor das Problem, eine Stelle zu finden“, kritisierte Dr. Löw.

Fast 46 Prozent der Befragten klagen über berufsbedingte gesundheitliche Einschränkungen. Dies sind in erster Linie Beschwerden der Wir-



Die Dentalausstellung lockte nicht nur Zahnärzte in das Hotel Neptun. Auch Teilnehmer der Fortbildungstagung für ZAH/ZFA kamen mit regem Interesse.



Auch Vorstandsmitglied Dr. Angela Löw nahm viele Informationen der Dentalausstellung mit Freude auf.

belsäule, insbesondere der Halswirbelsäule und der Schulter. Für ein Viertel der Zahnärztinnen stellt der Notdienst ein Problem dar. Sie schildern, Angst vor Übergriffen zu haben oder haben Probleme bei der Betreuung ihrer eigenen Kinder während der Notdienstzeiten. „Der 24-Stunden Bereitschaftsdienst und die teilweise sehr langen Notdienstabschnitte über eine ganze Woche sind schwer vereinbar mit dem Familienleben“, sagte das Vorstandsmitglied. Fast 90 Prozent der Zahnärztinnen sind nicht berufspolitisch aktiv. „Hier sind noch große Potenziale ungenutzt. Nur wenn Frauen sich aktiv in die Berufspolitik einbringen, können sie auch ihre spezifischen Interessen vertreten“, appellierte Dr. Angela Löw an ihre Kolleginnen.

Bei der Eröffnung des Zahnärztertages unterstrich Prof. Oesterreich,



2013 erwartet die Teilnehmer des Zahnärztertages wieder ein breites Angebot an Ausstellern. Vom 6. bis 7. September findet der kommende Zahnärzterttag statt.

Fotos: Steffen Klatt (5)

dass die Zahnärzte mitten in der Gesellschaft stünden und plädierte für die ethische Verantwortung der Zahnärzte: „Wir wollen keinen Wettbewerb zur Vernichtung des Ansehens unseres Berufsstandes.“ Dabei zeichnen immer wieder einige wenige Kollegen ein negatives Bild und fielen beispielsweise durch mangelnde Durchführung des Notfallbereitschaftsdienstes oder fehlerhafte Abrechnungen auf. Dem werde man entgegenwirken.

Ein Jahr seit Bestehen der GOZ konstatierte der Präsident, dass vieles mit „heißer Nadel“ gestrickt sei. „Es ist ein politischer Kompromiss, da gibt es nichts schönzureden.“ Im Vergleich zu den Ärzten sei man aber noch gut weggekommen. Er dankte dem Vizepräsidenten und GOZ-Referenten Dipl.-Stom. Andreas Wegener für die unermüdliche Arbeit zur Umsetzung und Information der GOZ.

„Die Praxisgebühr ist präventionsfeindlich und trotz geltender Befreiungsregelungen unsozial. Daher fordern wir die Abschaffung“, sagte Prof. Oesterreich. „Insbesondere für Patienten in sozial schwierigen Lebenslagen stellt die Praxisgebühr ein Hindernis dar, den Zahnarzt regelmäßig und rechtzeitig aufzusuchen. Genau in diesen Bevölkerungsgruppen liegt das höchste Erkrankungsrisiko, dem nur durch einen niedrigschwelligen Zugang zu zahnmedizinischen Dienstleistungen begegnet werden kann.“ Mit der Praxisgebühr sei eine Hemmschwelle geschaffen worden, mit der neben den möglichen gesundheitlichen Folgen für den Patienten auch gesundheitsökonomische Nachteile verbunden seien. Manifeste und ausgeprägte Erkrankungen erforderten einen höheren und umfang-

reichen Ressourceneinsatz, betonte der Präsident. Zudem seien Steuerungseffekte in der Zahnmedizin von untergeordneter Bedeutung. „Es gibt eine hohe Zahnarzt-Patientenbindung. Wir haben kein Doctor-Hopping!“, so Oesterreich. Außerdem bedeute die Praxisgebühr einen hohen Verwaltungsaufwand, der mit dem allseits angestrebten Bürokratieabbau nicht vereinbar sei. Bei allem Verständnis für ordnungspolitische Ansätze der Patientenbeteiligung an den Kosten im Gesundheitswesen und dem Ansinnen, die Beitragseinnahmen in der GKV stabil zu halten, müsse richtigerweise dieses Geld daher über die Beiträge eingezogen werden und nicht die Arzt-/Zahnarztpraxis als Beitragseinnahmestelle missbraucht werden.

Der Präsident betonte, dass man sich einmischen werde in die politischen Konzepte zum „Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern“. In der Zahnmedizin stecke viel präventives Potenzial.

Der Präsident der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V., Prof. Dr. Reiner Biffar, bekräftigte, dass in diesem Bundesland wissenschaftlich am meisten passiere in Sachen Prävention. „Zahnärzte sind nach den Pädiatern diejenigen, die einen Menschen als erstes sehen. Dies ist eine besondere Verantwortung, die wir wahrnehmen sollten.“ Mit Freude erklärte er Prof. Dr. Wolfgang Sünning zum Ehrenmitglied. Er stehe für „echtes wissenschaftliches Leben“, das er seit 30 Jahren durch die Organisation vieler Kongresse mit Leben fülle.

Am 21. Zahnärzterttag der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und der 63. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde an den Universitäten Rostock und Greifswald vom 31. August bis 2. September in Rostock-Warnemünde nahmen rund 600 Interessierte teil. Zur 20. Fortbildungstagung für Zahnarthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte kamen 300 Teilnehmer. Damit war eine Rekordbeteiligung erreicht. Der nächste Zahnärzterttag findet am 6. und 7. September 2013 wiederum in Warnemünde statt und widmet sich der „Ästhetischen ZahnMedizin“.

Renate Heusch-Lahl



Zum 21. Zahnärztetag lagen 600 Anmeldungen für die Veranstaltung vor, was das große Interesse an diesem Thema beweist, denn die Endodontie gehört zur täglichen Routine des Zahnarztes.

Interessantes Wochenende rund um die Endodontie

600 Anmeldungen zeigten großes Interesse für gewähltes Thema

Vom 31. August bis zum 2. September fanden der 21. Zahnärztetag der ZÄK M-V und die 63. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. traditionell im Hotel Neptun in Warnemünde statt.

Das diesjährige Programm zum Thema „Endodontie aktuell“ wurde von Praktikern und Hochschullehrern gestaltet und bot eine Reise quer durch die endodontische Therapie – von der Vitalerhaltung über die Aufbereitung, Desinfektion bis hin zum Problemmanagement und zu Alternativen.

600 Anmeldungen lagen für die Veranstaltung vor, was das große Interesse an diesem Thema beweist, denn die Endodontie gehört zur täglichen Routine des Zahnarztes. 60 Firmenvertreter, so viele wie noch nie, konnten in regen Austausch mit den Kollegen/-innen treten und über aktuelle Entwicklungen informieren.

Die Tagung wurde durch den Kammerpräsidenten Prof. Dr. Dietmar Oesterreich eröffnet. Prof. Dr. Reiner Biffar als Vorsitzender der M-V Gesellschaft stellte in seiner wissenschaftlichen Einführung Mecklenburg-Vorpommern als ein führendes

Bundesland in der Prävention heraus.

Prof. Dr. Wolfgang Sümnig wurde aufgrund seiner langjährigen aktiven Mitarbeit in der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft die Ehrenmitgliedschaft angetragen.

Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke führte in die Thematik der Endodontie ein und empfahl den Teilnehmern der Tagung u. a., sie zur Entscheidungsfindung für die tägliche Indikationsstellung und Therapie zu nutzen.

Im ersten wissenschaftlichen Referat berichtete Prof. Dr. Michael Hülsmann aus Göttingen über die Zusammenhänge zwischen endodontischen Infektionen und der Allgemeingesundheit. Er gab einen Überblick über die einschlägige Literatur und stellte eindrucksvoll die Wechselwirkungen zwischen Allgemeingesundheit des Patienten und der apikalen Parodontitis dar. Der Zahn mit seinen Erkrankungen und den Wechselwirkungen auf den Organismus im „vitalen System Mensch“ findet zunehmend Beachtung in Diagnostik und Therapie, wobei es bisher keinen signifikanten Nachweis gibt, dass einzelne apikale Läsionen den Patienten nachhaltig schädigen können. Allerdings gilt

die Wirkung auf den Körper – in der Summation mit anderen Infektionen – als erwiesen.

Nach einer kurzen Pause ging es mit Priv.-Doz. Dr. Till Dammaschke aus Münster über die Vitalerhaltung der Pulpa weiter. Er stellte neue Materialien wie z. B. Biodentine als Überkappungsmaterial im Vergleich zu dem bekannten Calciumhydroxid heraus. Zur Desinfektion der Eröffnungsstelle empfahl er 2,5-prozentiges NaOCl und verwies darauf, dass die Größe der Eröffnungsstelle und das Alter des Patienten keine Rolle für den Erfolg spielen, sondern die exakte Blutstillung vor Überkappung und die sofortige dichte definitive Füllung.

Im Anschluss referierte mit Witz und Esprit Prof. Dr. Edgar Schäfer, ebenfalls aus Münster, in seinem Vortrag über die neuesten Aufbereitungsmethoden. Er kam mit einem „entschiedenen fast“ zu dem Schluss, dass eine einzige reziproke Feile i. d. R. für die Aufbereitung des gesamten Wurzelkanalsystems ausreichend sei, wenn die dadurch eingesparte Zeit für die Desinfektion genutzt wird.

Am Samstag erwartete die Teilnehmer im voll ausgebuchten Saal



Prof. Dr. Michael Hülsmann zum Thema Endodontie und Allgemeingesundheit. Fotos: Steffen Klatt (3)

die Fortsetzung des interessanten Programmes. Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke aus Rostock stellte in seinem eindrucksvoll animierten Vortrag die Wichtigkeit der Desinfektion des Wurzelkanalsystems dar. Er zeigte viele neue technische Verbesserungen, wie den Bakterien und dem Biofilm im Wurzelkanal effektiv beizukommen ist, wobei die Spülmittel NaOCl, EDTA und CHX 2-prozentig als Spülmedien weiterhin Goldstandard sind.

OA Dr. Volker Hingst von der Radiologie der Universität Rostock ging in seiner anschließenden Präsentation auf die bildgebenden Verfahren in der Endodontie ein, wobei er die digitale Folientechnik und die Verwendung eines entsprechenden Endfilmhalters empfiehlt. Das DVT sollte nur bei komplexen anatomischen Fällen und etwaigen Komplikationen zum Einsatz kommen.

Nach der Pause sprach Holger Thun aus Schwerin über die Indikationen zur Wurzelspitzenresektion und wies auf eine exakte Diagnostik und Indikationsstellung im Vorfeld hin. Die Wurzelspitzenresektion sollte erst durchgeführt werden, wenn die Möglichkeiten der Revision voll ausgeschöpft sind.

Dr. Frank C. Setzer (Msc.), anerkannter Endodontologe der Amerikanischen Gesellschaft für Endodontie und Ausbilder an der Universität von Pennsylvania, hatte die weiteste Anreise aus Philadelphia/USA. Sein Vortrag beschäftigte sich einerseits mit den neuesten Methoden der Pul-



Christa Haas, vielen u. a. bekannt von den Sportnews des ZDF, referierte für die ZAH/ZFA.

pa-Regeneration als zukünftige Therapiemöglichkeit und der weitaus praktikableren Revaskularisation, die von jedem Behandler bei Zähnen mit nichtabgeschlossenem Wurzelwachstum problemlos schon heute durchgeführt werden kann.

Am traditionellen „Hamburger Nachmittag – aus der Praxis für die Praxis“ fanden zwei aufeinander abgestimmte Vorträge von jungen Kollegen zum Thema des akuten Zahnschmerzes statt. So referierte Dr. Martin Brüschaber über die Entstehung der Schmerzen und zeigte die Probleme in der Diagnostik für den Zahnarzt auf. Dr. Johannes Cuje ging dann auf die praktische Seite ein, wobei er als Notfalltherapie zunächst eine Vitalamputation und die komplette Aufbereitung des Zahnes zu einem späteren, möglichst zeitnahen, Termin empfiehlt.

Die Nachfrage nach den im Anschluss angebotenen Hands-on-Kursen über verschiedene neue Aufbereitungssysteme war sehr hoch. Zwei der vier Seminare waren schon im Vorfeld ausgebucht. Wie erwartet, war der Andrang auf den VDW-Kurs mit den Reziproc-Feilen am größten. Aber auch die Kurse von Coltene mit den Hyflex CM- und von Gebr. Brasseler mit den AlphaKite-System sowie den gerade auf den Markt gekommenen F360-Feilen fanden großes Interesse. In diesen Kursen stand das praktische Experimentieren mit den neuen Feilen im Vordergrund, so dass sich die theoretischen Ausführungen in den meis-

ten Fällen in Grenzen hielten. In dem von der KZV veranstalteten Kurs profitierten die Anwesenden von reichlichen Informationen zur Rolle der Dokumentation in der zahnärztlichen Praxis, die von Dr. Manfred Krohn und Katja Millies vermittelt wurden.

Am Abschlusstag stellte Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt, Oberarzt der prothetischen Abteilung der Greifswalder Zahnklinik, sehr differenziert die Zusammenhänge zwischen endodontisch behandelten Zähnen und deren Verwendbarkeit für die Einbeziehung in prothetische Konstruktionen dar. Neben einer adäquaten Wurzelfüllung ist die verbliebene Zahnhartsubstanz und das Ferrule-Design eine wichtige Voraussetzung für die prothetische Wertigkeit. Er forderte, dass endodontisch behandelte Zähne in Doppelkronenprothesen möglichst nur als Stütz- und nicht als Halteelement wirken. Bei fehlender koronaler Zahnhartsubstanz ist die Verwendung endodontisch behandelter Zähne als Pfeiler für Doppelkronen, Extensionsbrücken und zahn-implantatgetragenen Verbundbrücken möglichst zu vermeiden.

OÄ Dr. Heike Steffen, sowohl in der Greifswalder Klinik als auch in der Praxis tätig, zeigte in ihrem Vortrag „Management endodontischer Problemfälle“ anhand von vielen klinischen Beispielen, wie schwierige anatomische und technische Probleme praktisch gelöst werden können. Sie betonte, dass es aufgrund der sehr unterschiedlichen anatomischen Varianten im Zahn nicht möglich ist, mit nur einer Feile alle Probleme lösen zu wollen.

Abschließend schlug Prof. Dr. Michael Hülsmann den Bogen von der Endodontie zur Implantologie. Er betonte, dass Implantate eine gute Alternative für fehlende Zähne sind und unterstützte mit seinen Aussagen eine „friedliche Koexistenz“.

Ein wirklich interessantes Wochenende rund um die Endodontie! Die Tagung wurde wieder einmal zum Podium des Wiedersehens, der Weiterbildung und der kollegialen Fachgespräche.

Unser Dank geht an alle Referenten, Organisatoren, Firmen und natürlich an unsere vielen interessierten Teilnehmer.

OÄ Dr. Heike Steffen
Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke

Vertreterversammlung am 20. Oktober

Ankündigung der Herbst-Vertreterversammlung im pentahotel Rostock, Schwaansche Straße 6, 18055 Rostock. Beginn: 9.30 Uhr.

Vorläufige Tagesordnung

1. Begrüßung und Feststellung der satzungsmäßigen Einberufung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Bestellung des Protokollführers, des Führers der Rednerliste und von mindestens zwei Personen zur Stimmzählung
4. Bekanntgabe der endgültigen Tagesordnung und der gestellten Anträge
5. Feststellung der Öffentlichkeit der Vertreterversammlung
6. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
7. Bericht des Vorstandes mit anschließender Diskussion
 - a) – Geschäftsbereich I
 - b) – Geschäftsbereich II
8. Bericht des Koordinationsgremiums mit anschließender Diskussion
9. Fragestunde
10. Beschlussfassung über eingereichte Anträge

11. Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2011 mit anschließender Aussprache
12. Verabschiedung des Haushaltsplanes für das Jahr 2013
 - Bericht des Haushalts- und Finanzausschusses
 - Vorstellung des Haushaltsplanes für das Jahr 2013
13. Anpassung des § 13 Abs. 1 der Satzung der KZV M-V
14. Anpassung des § 4 der Verfahrensordnung der Widerspruchsstelle der KZV M-V
15. Wahl von zahnärztlichen Mitgliedern in den Landesausschuss für die Legislaturperiode 1.1.2013 bis 31.12.2016
16. Wahl von zahnärztlichen Mitgliedern für das Landesschiedsamt für die Legislaturperiode 1.1.2013 bis 31.12.2016
17. Verschiedenes

KZV

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

Koordinierungskonferenz in Eisenach

Öffentlichkeitsarbeit für Zahnärzte und Patienten – verschiedene Sichtweisen, ein Ziel?

Die Bundeszahnärztekammer und die Zahnärztekammer Thüringen luden vom 14. bis 15. September in das geschichtsträchtige Eisenach. Die Spuren von Martin Luther, Johann Sebastian Bach, Johann Wolfgang von Goethe, Fritz Reuter und Richard Wagner begleiteten dabei die Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsbeauftragten zahnärztlicher Körperschaften.

Am Fuße der Wartburg stand bei der zweitägigen Veranstaltung das Spannungsfeld zwischen Politik, Versicherten und öffentlicher Wahrnehmung im Fokus.

Am ersten Tagungstag wurden vorwiegend die Sichtweisen von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung von deren Vertretern aufgeführt. So sprach sich der Verband der Privaten Krankenversicherung deutlich gegen eine Bürgerversicherung aus. Ein einheitliches Kassensystem, wie in fast allen europäischen Ländern, schütze den Patienten nicht vor einer Zwei-Klassen-Versorgung, so Dr. Timm Genett.

Die Vertreterin der Verbraucherzentrale Berlin, Dörte Elß, schilderte umfangreich die gängigsten Problemfälle von Patienten mit deren zahnmedizinischen Behandlungen. Dabei stellte sich heraus, dass viele Fälle durch mangelhafte Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient entstanden. Aber auch Liquidationen stellen den Patienten sehr häufig vor Probleme. Manche notwendigen (Vor-)Behandlungen könne ein Patient bei unzureichender Aufklärung nicht nachvollziehen und sehe sich gezwungen, eine externe Meinung und eventuell auch Hilfe bei den Verbraucherzentralen einzuholen. Hier kann eine effektivere Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient Abhilfe schaffen und Unmut vorbeugen. Sven Tschöpe von der Bundeszahnärztekammer ergänzte dieses Thema und berichtete über die professionsgeführten Patientenberatungen auf Bundes- und Landesebene.

Der zweite Tag stand im Zeichen der Öffentlichkeitsarbeit der zahnärztlichen Körperschaften. Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärz-

tekammer informierte das Auditorium über die vorliegenden Ergebnisse juristischer Gutachten im Zusammenhang einer eventuellen Verfassungsklage zur novellierten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie dem aktuellen Stand der laufenden Verhandlungen einer Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK und Präsident der ZÄK M-V stellte in seinen Ausführungen die gesellschaftliche Verantwortung des Berufsstandes heraus, welche in der öffentlichen Wahrnehmung durch die tägliche Arbeit der Öffentlichkeitsbeauftragten der Landeszahnärztekammern geprägt sei. Dabei stärke ein einheitliches Auftreten auf Bundes-, Landes- und Kreisebene zu aktuellen Themen das Ansehen des Berufsstandes. Nur eine gleichgesinnte Meinungsdarstellung führe in der öffentlichen Wahrnehmung zu einer Glaubwürdigkeit der Zahnärzteschaft. Die Zahnmedizin mit ihrem gesellschaftlichen Engagement und der besonderen Verantwortung weiter in der Gesellschaft zu präsentieren und zu platzieren, müsse auf der Agenda eine höchste Priorität einnehmen.

„Zahnärztliche Öffentlichkeitsarbeit unter der gesundheitspolitischen Agenda ab 2013“ war der Beitrag vom Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Dr. Jürgen Fedderwitz gab einen Ausblick auf sich verändernde gesundheitspolitische Rahmenbedingungen.

Zum Abschluss wurde das gemeinsame Projekt der Deutschen Kno-

chenspenderdatei (DKMS) und der Bundeszahnärztekammer „Mund auf gegen Leukämie“ vorgestellt. Nähere Informationen hierzu in einer der kommenden Ausgaben.

Steffen Klatt

Referat Öffentlichkeitsarbeit



Im Vorfeld der Koordinierungskonferenz trafen sich die Verantwortlichen der Landeszahnärztekammern zur regelmäßigen ZahnRat-Sitzung. Hier werden Meinungen zu den Ausgaben ausgetauscht und Ideen für kommende Auflagen gesammelt. Dipl.-Stom. Gerald Flemming berichtete von der Gestaltung des ZahnRat 75, welcher von der Zahnärztekammer M-V entworfen wurde.

Foto: Jana Zadow-Dorr

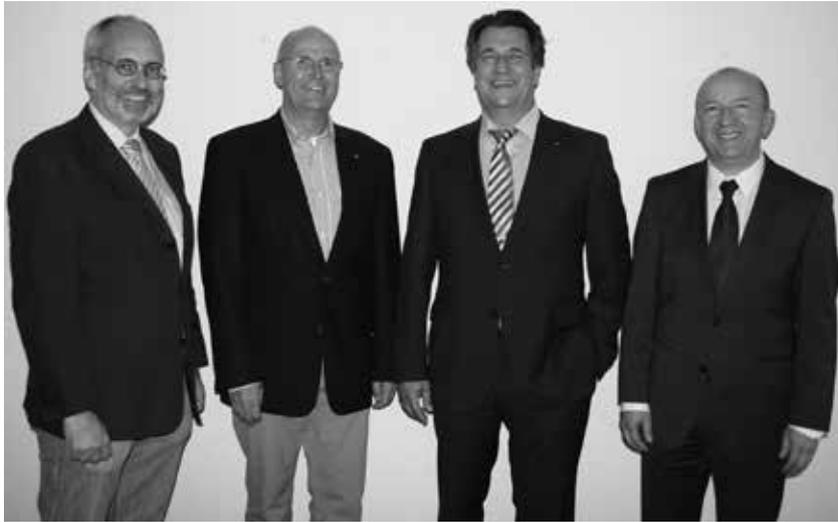


MV-Mannschaft: Steffen Klatt, Dipl.-Stom. Gerald Flemming, Dr. Manfred Krohn und Kerstin Abeln (v.l.n.r.)

Foto: Gerd Eisentraut

Norddeutsches Fortbildungsinstitut Hamburg

Demografische Entwicklung macht besonders Mecklenburg-Vorpommern zu schaffen



Der NFI-Beirat tagte in Hamburg (v.l.n.r.): Dr. Thomas Einfeldt, Andreas Bösch, Dr. Christoph Hartmann, Zahnarzt Mario Schreen.

Am 5. September 2012 tagte der Beirat des Norddeutschen Fortbildungsinstitutes in Hamburg. Ein zentrales Thema der Sitzung war die Verbreitung von Fortbildungsangeboten und aktuellen Informationen über das Internet. Hierbei spielten neue Medien, u. a. Facebook eine zentrale Rolle. Das NFI, welches seine Zielgruppe seit Ende August diesen Jahres mit einem Facebook-Auftritt anspricht und u. a. Informationen zu Fortbildungen über dieses Medium verbreitet, konnte bislang ausschließlich positives Feedback vernehmen.

Nun gilt es zu prüfen, ob auch die einzelnen Landes Zahnärztekammern ihr Internetangebot auf die Dienste von Facebook erweitern sollten. Somit könnte gerade die wichtige Zielgruppe der jungen Leute erreicht werden, um für Fortbildungsangebote und das Berufsbild der ZFA zu werben. Alle vier im NFI beteiligten Kammern klagen über die immer geringer werdenden Ausbildungszahlen. Vor allem Mecklenburg-Vorpommern kämpft besonders mit der demografischen Entwicklung. Allein in 2012 kamen hier auf 12 000 gemeldete Ausbildungsstellen nur 6000 Bewerber.

Weiterhin wurden Überlegungen angestellt, einen Kurs für die Seniorenprophylaxe ins Leben zu rufen. Alle Teilnehmer bekräftigten die Sinnhaftigkeit einer solchen Fortbildung, da gerade in diesem Bereich ein gewisser Nachholbedarf besteht.

Das NFI Hamburg bietet zudem im kommenden Jahr eine Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin an. Für die wissenschaftliche Leitung konnte Prof. Dr. Christof Dörfer (Direktor Zahnerhaltungskunde und Parodontologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein) gewonnen werden. Erfahrene Dozenten aus dem In- und Ausland gewährleisten eine praxisnahe umfangreiche Wissensvermittlung auf hohem Niveau. Mehr Informationen gibt es unter: www.zahnaerzte-hh.de/zahnarztteam/praxisteam/3-dh-kurs-2013.html.

Mario Schreen

Mund auf gegen Leukämie



Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) macht sich für die Lebensspende stark und ruft ab 2013 ihre Mitglieder dazu auf, die Deutsche Knochenmarkspenderdatei (DKMS) zu unterstützen. Ab Frühjahr 2013 sind Zahnärzte dazu aufgefordert, ihren Patienten nicht nur in Sachen Mundhygiene auf den Zahn zu fühlen, sondern sie zusätzlich über die Wichtigkeit der Lebensspende zu informieren. „Mund auf gegen Leukämie“ lautet das Motto und möchte die Menschen dazu einladen, die Botschaft über die Möglichkeit der Stammzellspende weiterzugeben und bestenfalls selber aktiv zu werden und sich als potenzieller Spender in die Datei aufnehmen zu lassen. Gemeinsames Ziel der Zusammenarbeit von BZÄK und DKMS: so viele Personen wie möglich motivieren, sich registrieren zu lassen, um noch mehr Leukämiepatienten helfen zu können. Mehr dazu im nächsten Heft.

apoBank

Stabiler Jahresüberschuss

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) hat das erste Halbjahr 2012 mit einem Jahresüberschuss in Höhe von 23,5 Millionen Euro abgeschlossen und damit das Vorjahresniveau erreicht. Dem liegen zwei zentrale Entwicklungen zugrunde: Das Kerngeschäft der Bank – d. h. das unmittelbare Geschäft mit den Heilberufsangehörigen und ihren Organisationen – ist insgesamt weiter gewachsen; überlagert wurden die Zuwächse von den letztmaligen Aufwendungen für die im Frühjahr 2012 vollzogene IT-Migration sowie durch Investitionen in das Zukunftsprogramm VorWERTs, mit dem die Bank ihre Marktposition ausbauen und ihre Leistungsfähigkeit steigern will. Erwartungsgemäß blieb das operative Ergebnis, d. h. das Teilergebnis vor Risikovorsorge, mit 132,8 Millionen Euro unter dem Vorjahreswert (30. Juni 2011: 160,2 Millionen Euro).

Herbert Pfennig, Vorstandssprecher der apoBank: „Trotz des intensiven Wettbewerbs um unsere Klientel haben wir in den ersten sechs Monaten neue Kunden und Mitglieder für die Bank gewonnen.“

Ausblick

Für die zweite Hälfte des Geschäftsjahres erwartet die apoBank auf Basis des Wachstums im Kerngeschäft eine Fortsetzung der Geschäfts- und Ergebnisentwicklung des ersten Halbjahres. Damit plant die Bank einen Jahresüberschuss auf dem Niveau von 2011. Dieser ermöglicht es der Bank, ihre Mitglieder am Gewinn zu beteiligen und eine satzungsgemäße Rücklagen-dotierung vorzunehmen.

Das Zukunftsprogramm VorWERTs wird die Bank im zweiten Halbjahr weiter vorantreiben. Im Mittelpunkt steht dabei die Umsetzung des neuen, zielgruppenspezifischen Betreuungskonzepts. „Unsere unverwechselbare Stärke ist die Spezialisierung auf die Heilberufler. Hier kennen wir uns wie keine zweite Bank aus. Diesen Vorteil wollen wir nutzen, um unsere Marktposition auszubauen und weiter zu wachsen. Deshalb haben wir im Rahmen von VorWERTs ein neues Betreuungskonzept entwickelt, mit dem wir die Heilberufler noch besser und individueller begleiten können“, so Pfennig.

apoBank

Bundestagswahl 2013

Akteure im Gesundheitswesen treffen Vorbereitungen

Die Zeichen stehen auf „Wahlvorbereitung“. Parteien und Akteure landes- und bundesweit machen ihre Hausaufgaben und sind bemüht ihre Vorstellungen einer demokratischen Gesellschaft und die eigene Ausrichtung darin zu formulieren. Rechtzeitig soll bekannt sein, worauf Bürger aber auch Versicherte und Patienten sich einstellen müssen. So verabschiedet nicht nur die FDP ihr 12-Punkte-Papier anlässlich ihrer Klausurtagung Anfang September in Mainz und gibt damit schon mal die Richtung vor, nämlich die Garantie-Erklärung für Freiheit, sondern auch die Innungskrankenkassen legen als erste Kassenart ihr Positionspapier für die zukünftige Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2013 vor.



Standhaft für Wahlfreiheit in der Sozialversicherung

Eine Garantie-Erklärung für die Freiheit nennt die Freie Demokratische Partei (FDP) ihr 12-Punkt-Papier zur Sicherung von Wohlstand, Bürgerrechten und Eigentum. Darin heißt es: „Existenzielle Risiken kann niemand allein tragen. Wir bekennen uns zur Bürgerverantwortung und dass Risiken, die den Einzelnen im Eintrittsfall überfordern würden, über die Bürgergesellschaft abgesichert werden. Wir stehen für Wahlfreiheit zu Art und Umfang der Absicherung. Der demographische Wandel verändert die Bevölkerungsstruktur in Deutschland und führt zu wachsenden älteren Generationen. Dies stellt die umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme vor immense Probleme. Liberale kämpfen deshalb für die Ausweitung kapitalgedeckter Finanzierungssysteme als sinnvolle Ergänzung, weil sie eine sichere Vorsorge für die Zukunft gewährleisten. Jeder Mensch ist anders und hat ein anderes Sicherheitsbedürfnis. Es muss eine vielfältige Bandbreite von der erforderlichen Grund- bis hin zu einer umfangreicheren Versorgung möglich sein. Ein Einheitssystem gewährleistet dies nicht. Wir bekennen uns daher ausdrücklich zu einer starken privaten Kranken- und Pflegeversicherung und zum Aufbau von privater Vorsorge für

das Alter und die Pflege. Wir garantieren die Versorgungswerke der Freien Berufe. Einen Zwang zur Einheitsversicherung lehnen wir ab.“



Statt Prämienzahlungen – Rückkehr zur Beitragssatzautonomie und mehr Wettbewerb

Der IKK e.V. – die Interessenvertretung der Innungskrankenkassen ist Stimme und Dienstleister von Innungskrankenkassen auf Bundesebene – legt im Hinblick auf die kommende Bundestagswahl im Jahr 2013 sein Hauptaugenmerk auf eine nachhaltig gesicherte Finanzierung der GKV und formuliert die dafür notwendigen Voraussetzungen:

Die Innungskrankenkassen fordern, den GKV-Einheitsbeitrag abzuschaffen und die Beitragssatzautonomie wiederherzustellen. Sie bekennen sich zum Wettbewerb. Kritisch sehen die Innungskrankenkassen die jetzige Praxisgebühr, die die intendierte Steuerungswirkung nicht entfaltet hat. Die Forderungen der Innungskrankenkassen:

- Finanzierungsbasis verbreitern – Verschiebebahnhöfe beenden
- Morbi-RSA: Akzeptanz erhalten – Präventionsanreize erhöhen – Manipulationsanfälligkeit senken
- Wettbewerb stärken – Vielfalt erhalten
- Effizienzreserven heben – Versorgung optimieren – Qualität verbessern
- Prävention ausbauen – Krankheiten vermeiden – Betriebliche Gesundheitsförderung stärken
- Innovationen fördern und als Investition begreifen
- Pflege stärken – demografische Herausforderungen annehmen – Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen
- Patientenrechte und Patientensouveränität stärken
- Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen aufrechterhalten
- Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Korruption und Manipulationen strafrechtlich verfolgen
- Systemkonstrukt GKV-PKV: Märkte definieren – Handlungsrahmen abgrenzen
- Europa: Autonomie wahren – Chancen nutzen

HEK verzichtet auf Kassengebühr

Hanseatische Krankenkasse entlastet ihre Mitglieder beim Zahnarztbesuch

Die Hanseatische Krankenkasse (HEK) schafft im Rahmen ihres Bonusprogramms für ihre 400 000 Versicherten die Kassengebühr beim Zahnarzt ab, und zwar rückwirkend zum 1. Januar 2012. Die Meldung schlug Anfang Juli ein wie eine Bombe. Zeitungen und Online-Medien berichteten. Während Ärzte und Zahnärzte bereits vor Einführung der Kassengebühr im Jahr 2004 gegen diese demonstrierten und Politiker nun überlegen, ob es ratsam wäre, bei jedem Arzt- und Zahnarztbesuch eine Gebühr von z. B. fünf Euro zu erheben, schafft die Hamburger Krankenkasse Fakten und verzichtet nach eigenen Angaben auf 2,5 Millionen Euro. Begründet hat der HEK-Verwaltungsratsvorsitzende Horst Wittrin das folgendermaßen: „Die Praxisgebühr hat keine Steuerungsfunktion und verursacht unnötige Bürokratiekosten.“

Das haben vor der HEK bereits andere Krankenkassen erkannt. Auf der Webseite der IKK Nord heißt es: „Bereits seit 2004 werden Versicherte der IKK Nord im Rahmen des Bonuspro-

gramms von der gesamten Praxisgebühr befreit und sparen bis zu 160 Euro. Das gilt für den Arzt und Zahnarzt. Die Teilnehmenden können überdies wählen, ob sie einen Zuschuss zur Professionellen Zahnreinigung oder eine Gesundheitsprämie als Zuschuss für einen Wahltarif oder eine private Krankenversicherung nutzen wollen.“

Auch die Techniker Krankenkasse, die DAK, die KKH Allianz, Barmer GEK und die AOK versprechen über ihre Bonusprogramme Geld- und Sachpreise.

Den Vorstoß der HEK sehen die anderen Krankenkassenpartner eher skeptisch. Akute Mitgliederwerbung und Populismus werfen sie den Hamburgern vor. Denn wäre es der Krankenkasse Ernst, so würde der Wegfall der Kassengebühr nicht auf den zahnärztlichen Bereich begrenzt werden, lautet der Vorwurf. Die Techniker Krankenkasse hatte sich bereits einen Tag vor der Ankündigung der HEK als erste gesetzliche Krankenkasse im Hamburger Abendblatt für eine generelle Abschaffung der Praxisgebühr

ausgesprochen. TK-Vorstandschef Jens Baas forderte eine politische Entscheidung für alle Krankenkassen, genauso wie Sozialministerin Manuela Schwesig.

Für die Zahnärzte ändert sich durch die Abschaffung der Kassengebühr bei der HEK gar nichts. Während die Kasse Bürokratiekosten anprangert, rüstet sie dennoch in diesem Bereich weiter auf. In den Zahnarztpraxen fällt nach wie vor die Kassengebühr an und muss von den Patienten bezahlt werden. Die können sich dann von der HEK unter Vorlage einer Kopie des Bonusheftes, der Quittung über die Kassengebühr und der Angabe der Bankverbindung unter Beilegung eines frankierten und an das Bonusteam der HEK adressierten Briefumschlags die Kassengebühr zurückerhalten lassen.

Zu beachten ist, dass die Krankenkassen nach Einführung der Praxisgebühr dieses Geld als nicht unerheblichen Anteil der GKV-Einnahmen verbuchen. Wie soll dieser Einnahmefall künftig kompensiert werden?

Kerstin Abeln

Krankenkassen auch weiterhin im Plus

Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Halbjahr

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach den vorläufigen Finanzergebnissen des 1. Halbjahres 2012 einen Überschuss von rund 2,7 Milliarden Euro erzielt. Einnahmen in Höhe von rund 94,82 Milliarden Euro standen Ausgaben in Höhe von rund 92,13 Milliarden Euro gegenüber. Die Einnahmen der Kassen erhöhten sich im Vorjahresvergleich um 3,1 Milliarden Euro, die Ausgaben sind um 2,8 Milliarden Euro gestiegen.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr schreibt sich den Erfolg auf seine Fahnen und mahnt gleichzeitig die Krankenkassen zur Umverteilung der Überschüsse: „Das ist das Ergebnis der guten Konjunkturerwartung und unserer erfolgreichen Arbeit der letzten zwei Jahre. Keine Regierung zuvor hat so spürbar die Arztausgaben senken können. Die Überschüsse sind das Geld der Versicherten und Patienten. Sie sollen profitieren durch Leistungsverbesserungen und Entlastungen. Krankenkassen sind keine Sparkassen.“

Die nach wie vor günstige Finanzentwicklung bei den Krankenkassen ist vor allem geprägt durch die bislang positive konjunkturelle Entwicklung, Beschäftigungszuwächse und spürbare Anstiege der Löhne und Renten. Dadurch sind die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich gestiegen.

Spielraum für Prämienzahlungen
Von der derzeit positiven Finanzentwicklung profitieren alle Krankenkassen – auch diejenigen, die bis im vergangenen Jahr noch über unzureichende Betriebsmittel und Rücklagen verfügten. Zugleich steigt die Zahl der Kassen, deren Finanzreserven z. T. erheblich über die zulässige Obergrenze von 1,5 Monatsausgaben hinausgehen.

Diese Kassen, unter denen sich auch große Versicherungsträger befinden, haben ihre Reserven im 2. Quartal nochmals deutlich aufstocken können. Bei den wenigen Krankenkassen, die gegenwärtig Prämienauszahlungen vornehmen, handelt es sich überwiegend um kleinere Kassen mit insgesamt rund 700 000 Versicherten. Damit profitieren gerade einmal 1 Prozent der über 70 Millionen Versicherten in der GKV von Prämienauszahlungen.

Perspektive 2012 und 2013

Trotz der konjunkturellen Risiken in der Euro-Zone zeichnet sich bereits jetzt ab, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch Ende 2012 auf einer soliden Finanzgrundlage stehen wird. Konkretere Prognosen zur Finanzentwicklung der GKV im laufenden und im Folgejahr wird Mitte Oktober der gemeinsame Schätzerkreis von BVA, BMG und GKV-Spitzenverband vornehmen.

BMG/KZV

Mehr als 1900 Aussteller in Köln erwartet

IDS 2013 nimmt bereits jetzt Fahrt auf

Erst in gut einem Jahr wird die nächste IDS vom 12. bis 16. März 2013 in Köln ihre Tore öffnen. Doch bereits jetzt nehmen die Vorbereitungen für die 35. Internationale Dental-Schau bereits deutlich Fahrt auf. Mitte Januar haben die GFDI Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH, Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI), und die Koelnmesse mit dem Versand der Anmeldeunterlagen für die nächste Auflage der weltweit größten Messe für Zahnmedizin und Zahntechnik den offiziellen Startschuss für die Veranstaltung im kommenden Jahr

gegeben. Schon zuvor erreichten die Koelnmesse zahlreiche Anfragen nach Standflächen. Nicht nur deshalb rechnen die Veranstalter nach dem Rekordergebnis der IDS 2011 mit 1 954 Anbietern aus 58 Ländern und rund 118 000 Fachbesuchern aus 149 Ländern auch für 2013 mit einem ähnlich großen Interesse der gesamten Dentalwelt.

Katharina C. Hamma, Geschäftsführerin der Koelnmesse: „Wie schon in der Vergangenheit werden wir Aussteller und Fachbesucher mit vielfältigen Dienstleistungen und Serviceangeboten für eine erfolgreiche Messebeteiligung unterstützen.“

Auch im kommenden Jahr wird die bewährte Regelung beibehalten, dass sich der erste Messtag, also der 12. März 2013, als so genannter „Dealer's Day“ auf den Dental-Fachhandel und die Importeure konzentriert, um die Möglichkeit zu ungestörten Verkaufsverhandlungen an den Ständen der Aussteller zu bieten.

Wie zuletzt belegt die Internationale Dental-Schau eine Ausstellungsfläche von 145 000 m². Die Organisatoren der IDS erwarten mehr als 1900 Aussteller.

Dabei rechnen Koelnmesse und GFDI erneut nicht nur mit sehr großem Interesse deutscher Anbieter, sondern auch mit einer starken internationalen Präsenz. Schon jetzt liegen viele Anfragen potentieller Neuaussteller aus dem Ausland vor. Außerdem werden derzeit wieder zwölf ausländische Gruppenbeteiligungen erwartet.

Bestnoten von Ausstellern und Besuchern für die IDS 2011

Die unbestrittene Stellung der IDS als Weltleitmesse der Dentalbranche wird auch durch die Ergebnisse einer unabhängigen Aussteller- und Besucherbefragung zur IDS 2011 eindrucksvoll unterstrichen. Der Report zur IDS 2011 mit umfangreichen Zahlen, Daten und Fakten steht im Internet unter www.ids-cologne.de zum Download bereit. **Koelnmesse (gekürzt)**



Köln ist immer eine Reise wert, spätestens im kommenden Frühjahr zur IDS.

Aktionsgemeinschaft: Dentists for Africa e.V.

Dentists for Africa lädt alle Interessierten zur Jahreshauptversammlung am Samstag, dem 3. November nach Tübingen ein.

Es soll über den Stand unserer Hilfsprojekte und die Möglichkeiten direkter Hilfe im Rahmen eines Einsatzes in Kenia informiert und folgende Zielstellungen weiter entwickelt werden:

- Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung der mittellosen Bevölkerung Afrikas in eingerichteten Zahnarztpraxen und der Organisation von Hilfseinsätzen;
- Intensivierung der Ausbildung einheimischer Zahnmedizinstudenten, Oral Health Officers, Zahntechniker und Medical Engineers;
- Ausbau der zahnmedizinischen Auf-

klärung, Reihenuntersuchungen und anschließende Behandlung von Schulkindern;

- Sicherung und Verbesserung des Waisenprojekts und des Witwendorfs St. Monica-Village.

Die Jahreshauptversammlung findet am Vormittag statt. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.dentists-for-africa.org.

Dr. Hans-Joachim Schinkel
(1. Vorsitzender)



Immer mehr Zahnärzte in Deutschland

Weniger Niedergelassene, mehr Angestellte

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte im gesamten Bundesgebiet betrug im IV. Quartal 2011 53 992. Damit ging die Zahl der Vertragszahnärzte gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 0,5 Prozent zurück, und zwar im Westen um 0,4 Prozent und im Osten um 0,8 Prozent.

Dieser Rückgang stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern er muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) Anfang 2007 gesehen werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem

III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des IV. Quartals 2010 belief sich die Zahl der angestellten Zahnärzte in Deutschland auf 5006, Ende des IV. Quartals 2011 auf 5962. Das ist ein Plus von 19,1 Prozent.

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte stieg im gleichen Zeitraum von 59 251 auf 59.954, also um 1,2 Prozent. Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV sogar gestiegen.

Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich in IV/2011 auf 3012 im gesamten Bundesgebiet und sank damit um 0,2 Prozent gegenüber IV/2010 (West: 0,0 Prozent, Ost: - 1,9 Prozent).

KZV

Unterkiefer-Implantat

Estes individuelles Implantat entwickelt

Wissenschaftler aus Dresden haben nach eigenen Angaben das weltweit erste individuelle Unterkiefer-Implantat entwickelt. Daran seien Ingenieure und Mediziner beteiligt gewesen, teilte die Technische Universität Dresden am Freitag mit. Bereits im Frühjahr habe ein erster Patient am Uniklinikum Dresden erfolgreich mit dem neuen Implantat aus Titan versorgt werden können.

Bislang wurden Knochendefekte im Kieferbereich nach Angaben der Universität mit konfektionierten Platten behandelt. Dies führe in vielen Fällen aber bereits nach kurzer Zeit zu Komplikationen, hieß es.

änd



Anerkennung für ein junges Thema:

Geschlechterspezifische Zahnmedizin bei der EUROPERIO

Diese Einladung hatte PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Mainz, Präsidentin der jungen Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ), besonders gefreut: Nach dem sehr erfolgreichen Lunch-Symposium zur Thematik anlässlich des letztjährigen Deutschen Zahnärztes-Tages erging eine Einladung der Wissenschaftlichen Leiter der EUROPERIO zur Gestaltung einer Session mit Kurzvorträgen zu Gender-Aspekten in der Parodontologie. „Es ist ganz ohne Zweifel eine hohe Ehrung für das Thema, in diesem anspruchsvollen

Programm anerkannt zu werden“, so Dr. Gleissner, „aber auch eine große persönliche Freude, denn die Universität in der Tagungsstadt Wien ist ihrerseits in Europa vorbildlich, was die Erforschung geschlechterspezifischer Aspekte in der Zahnmedizin betrifft. Es war auch ein Wiedersehen mit hochgeschätzten Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir seitens der DGGZ in engem Kontakt stehen.“

Ergebnisse eigener Forschungsarbeiten stellten Referentinnen und Referenten aus Finnland, Deutschland und Österreich vor. Dr. Gleissner

erläuterte in ihrem Eröffnungsvortrag die Begriffe „Sex“ und „Gender“ und betonte, dass diese ursprünglich differenzierenden Termini international mittlerweile in dem Begriff „Gender“ aufgegangen seien, eine Entwicklung, der man sich anschließen sollte. Es gehe dem Fach keinesfalls um „Frauengesundheit“, sondern um die Erforschung der Bedeutung des Geschlechts für die Mundgesundheit. So wies sie beispielsweise auf die höhere Parodontitisprävalenz bei Männern hin und fragte: „Ist das männliche Geschlecht an sich ein Risikofaktor – oder nur ein Risiko-Marker?“ Frauen wiederum

neigten, trotz besserer Mundhygiene, zu mehr Karies und Zahnverlust.

Bemerkenswert sei, dass Tierversuche die Erkenntnisse aus epidemiologischen Studien mit Menschen stützten: „Es heißt oft: Die bei Männern intensivere Parodontitis hängt mit höheren Raucherquoten bei Männern zusammen – aber Tiere rauchen nicht.“ Ihr Fazit zum derzeitigen Wissensstand: „Was wir heute wissen, lässt weitere Forschung als dringend geboten erscheinen!“

„Ist das Geschlecht ein eigener Risikofaktor?“

Dr. Vicky Ehlers, Universität Mainz, stellte eine Studie mit Schwangeren vor, die herauszufinden suchte, ob spezielle Marker früher als bisher das Risiko von schweren Hyperplasien identifizieren könnten. Auch größere Taschentiefen seien bei einem Vergleich von Schwangeren und einer Kontrollgruppe doppelt so oft bei der erstgenannten Gruppe gefunden worden. Ein spezielles Enzym sei bei entzündlichen Veränderungen erhöht und weise auf das erhöhte Risiko einer Schwangerschaftsgingivitis hin. Auch Dr. Ehlers sah vertiefende Forschung als notwendig an: „Die bakteriellen Unterschiede zu prüfen, wäre besonders interessant!“

Sehr spannend war der Vortrag von Dr. Rudolf Seemann, Universität Wien, zu geschlechterspezifischen Aspekten bei der Periimplantitis: „Ist

das Geschlecht ein eigener Risikofaktor?“ An der Wiener Universität erhielten fast doppelt so viele Frauen wie Männer Implantate – und zeigten auch das größere Risiko: „Frauen verlieren nicht nur mehr Zähne, sondern auch mehr Implantate. Wir müssen prüfen, ob sich das über augmentative Verfahren reduzieren lässt.“ Zu beachten sei insbesondere das Lebensalter der Patienten – und die geschlechterspezifisch oft andere Medikation sowie der jeweilige Allgemeingesundheitszustand.

Dr. Oleh Andrukhov, Universität Wien, untersuchte verschiedene, für kardiovaskuläre Erkrankungen relevante Entzündungsmediatoren und den Serumspiegel von Lipoproteinen und NO-Metaboliten bei Männern und Frauen mit Parodontitis. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Parodontitis über ein geschlechterspezifisches Risikoprofil bei Männern die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen erhöht. Diese Erkenntnisse müssten durch weitergehende Untersuchungen abgestützt werden.

Einen anderen Ansatz verfolgte Dr. Ines Willershausen, Mainz, die in ihrer Studie mit dem Mundhygieneverhalten und Rauchgewohnheiten typische Lifestylefaktoren bei Frauen untersuchte. Sie berichtete von einem erhöhten PA-Risiko bei berufstätigen Frauen im Vergleich zu gleichaltrigen Hausfrauen, obwohl das Berufsleben

einen erhöhten Anspruch an gesunde und attraktive Zähne auslöse und die Mundhygiene daher optimiert gewesen sei. Da berufstätige Frauen auch häufiger geraucht hätten, spreche viel dafür, dass Stress bei der Entstehung schwerer therapierbarer parodontaler Entzündungen eine wichtige Rolle spiele.

Aus Finnland kam DDS Kaija Komulainen und ergänzte die Thematik mit dem Blick auf Personen über 75 Jahre. Auch in Finnland leiden Männer häufiger unter Parodontitis. Mithilfe von Interviews zu Lebensführung und Lebensumständen sowie klinischen Untersuchungen stellte man fest, dass neben einer eingeschränkten Funktion bei der Verrichtung alltäglicher Dinge vor allem das Geschlecht für die höheren Parodontalschäden verantwortlich zeichnete.

Zu klären seien weitere Unterschiede im Lebensalltag, darunter auch der Faktor Ernährung, allerdings seien die Unterschiede bei C-reaktiven Proteinen sehr deutlich, was für biologische Faktoren spreche.

In Meetings im Anschluss an die Session wurde an die DGGZ herangetragen, die Strukturen der Gesellschaft zu internationalisieren und die Forschung zu vernetzen. Dies ist derzeit in Vorbereitung.

Pressekontakt: Birgit Dohlus,
dental relations, T: 030 / 3082 4682
info@zahndienst.de

KZBV sieht Zahnkosten-Optimierer kritisch

Heil- und Kostenpläne auf Auktionsportalen navigieren Patienten

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) warnt vor der Praxis einzelner Anbieter von Zahnzusatzversicherungen, Heil- und Kostenpläne von Patienten an Auktionsportale im Internet weiterzugeben.

Der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, erklärte dazu: „Es ist an sich gut und richtig, wenn Menschen über Zusatzversicherungen für ihre Zahngesundheit vorsorgen. Es kann aber nicht angehen, wenn Unternehmen Patienten an Auktionsportale für medizinische Leistungen navigie-

ren. Das ist eine paradoxe Situation. Die Patienten schließen eine Zusatzversicherung ab, weil sie eine hochwertige Versorgung haben wollen. Die Versicherung schickt sie aber Richtung Billigmedizin, um ihre Ausgaben zu minimieren.“ Bei den Portalen, so Fedderwitz weiter, würden keine Befundunterlagen eingereicht. Die Indikation zur vorgeschlagenen Therapie werde nicht überprüft. Es gehe nur um den Preis, die medizinische Komponente fehle komplett.

Wenn diese Praxis Schule mache, gebe es einen Qualitätsverfall in der Versorgung.

Kritisch bewertete der KZBV-Vorsitzende auch das Akquiseverhalten der Versicherer: „Wir sehen, dass Versicherungsanbieter in Fernsehspots auch nicht bei ihnen versicherte Patienten auffordern, Heil- und Kostenpläne nebst persönlichen Daten zuzuschicken, um sie an Auktionsportale weiterzureichen. Das geht definitiv zu weit. Was hier vordergründig als Service deklariert wird, ist in Wahrheit ein aggressiver Versuch, an neue Kunden zu kommen – und zwar an solche, die man anhand des frei Haus gelieferten zahnmedizinischen Risikoprofils selektieren kann.“

Ziffer 2130 GOZ

Neue Gebührennummer in der GOZ 2012

Neu ist, dass die Politur einer Füllung/Restauration unabhängig von ihrer Größe in einer Gebührenziffer zusammengefasst wurde. Die alten Politurpositionen 206, 208, 210, 212 sind entfallen bzw. haben neue Leistungsinhalte bekommen.

GOZ 2130 104 Punkte
Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration

1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
5,85 €	13,45 €	20,47 €

Die Leistung gilt für alle plastischen Füllungen/ Restaurationen, unabhängig vom verwendeten Material. Die Berechnung der Ziffer 2130 ist nicht für die Politur von Kronen, Brücken und Inlays möglich.

Restaurationen sind nach der gebührenrechtlichen Definition plastische Füllungen. Deren Politur wird nach der Ziffer 2130 berechnet. Rekonstruktionen sind nach der Definition zahntechnisch hergestellte Zahnversorgungen (Inlays, Kronen, Brücken). Deren Politur ist Leistungsbestandteil der Nummer 1040/4050 ff. Oberflächenverändernde Maßnahmen können je nach Umfang nach den Nummern 4030 oder 2320 berechnet werden.



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

Die Politur von einer in vorangegangener Sitzung gelegten Füllung/ Restauration wird nach der Nummer 2130 berechnet, sofern die Politur nicht Bestandteil der Leistung ist.

Bei Kunststofffüllungen ist dabei folgendes zu beachten:

Gemäß Leistungsbeschreibung der Kunststofffüllungen 2060, 2080,

2100, 2120 ist die Politur Leistungsbestandteil, d.h. der Leistungsinhalt ist erst vollständig erbracht, wenn die Restauration poliert wurden. Im Zuge der Versorgung eines Zahnes mit einer Restauration nach 2060, 2080, 2100, 2120 ist daher die Politur, auch wenn in getrennten Sitzungen erfolgt, nicht gesondert berechnungsfähig. Nach einer gewissen, nicht näher definierten Gebrauchsperiode ist die Ziffer 2130 auch für Restaurationen nach 2060, 2080, 2100, 2120 berechnungsfähig.

Für die Politur älterer Füllungen/ Restaurationen kann diese Nummer immer berechnet werden.

Die Ziffer 2130 ist je Füllung bzw. Restauration, bei separaten Füllungen eines Zahnes ggf. auch mehrfach pro Zahn berechnungsfähig. Die Häufigkeit, d.h. wie oft die Politur in einem gewissen Zeitraum erneut durchgeführt wird, ist nicht eingeschränkt.

Die Leistungen nach den GOZ-Nrn. 4030 (scharfe Zahnkanten), 4040 (grobe Vorkontakte) und ggf. 8100 (subtraktive Maßnahmen) sind im Erbringungsfall neben dem Polieren nach der GOZ-Nr. 2130 berechenbar.

Dipl.-Stom. Andreas Wegener

Birgit Laborn

GOZ-Referat

Kurs „Zahnmedizinische Prophylaxeassistentenz“

Das Referat ZAH/ZFA beabsichtigt, im Herbst 2012 einen Kurs zur „Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin“ durchzuführen. Die Aufstiegsfortbildung wird an der Universität Greifswald unter Leitung von Prof. Dr. Christian Splieth stattfinden. Bei Interesse können sich Mitarbeiter/-innen, die bereits den Grundkurs „Fortgebildete ZAH/ZFA im Bereich Prophylaxe“ absolviert haben, schriftlich im Referat ZAH/ZFA anmelden. Eine Online-Anmeldung unter www.zaekmv.de ist ebenfalls möglich.

Um die Zulassungsvoraussetzungen überprüfen zu können, bitten wir, folgende Unterlagen der Bewerbung hinzuzufügen:

- Zertifikat „Fortgebildeten ZAH/ZFA im Bereich Prophylaxe“
- Nachweis über Erwerb Zertifikat Strahlenschutz
- Nachweis über eine zweijährige Berufserfahrung
- Tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis über lebensrettende Sofortmaßnahmen (acht Doppelstunden)

Bei Rückfragen steht Annette Krause unter der Rufnummer 0385-59 10 824 oder per E-Mail: a.krause@zaekmv.de zur Verfügung.

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter www.zaekmv.de

Annette Krause
Referat ZAH/ZFA

Fortbildung im Monat November 2012

7. November *4 Punkte*
 GOZ 2012 – Kons., Chirurgie, PAR, ZE
 Sandra Bartke
 14–17 Uhr
 Zahnärztekammer
 Wismarsche Straße 304
 19055 Schwerin
 Seminar Nr. 21
 Seminargebühr: 80 €

7. November
 Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für Stomatologische Schwestern, ZAH, ZFA)
 Prof. Dr. Uwe Rother,
 Dr. Christian Lucas
 15–18 Uhr
 Trihotel am Schweizer Wald
 Tessiner Straße 103
 18055 Rostock
 Seminar Nr. 41
 Seminargebühr: 40 €

14. November *7 Punkte*
 Aktueller Stand der Endodontie mit Live-Demonstration
 Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke
 15–20 Uhr
 Klinik und Polikliniken für ZMK
 „Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18957 Rostock
 Seminar Nr. 22
 Seminargebühr: 160 €

17. November * *6 Punkte*
 Komplikationen und Notfälle in der zahnärztlichen Praxis
 Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,
 Dr. Anja Mehlhose
 9–13 Uhr
 Klinik und Polikliniken für ZMK
 „Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18057 Rostock
 Seminar Nr. 19
 Seminargebühr: 220 €
 (1 ZA, 1 ZAH/ZFA)

17. November *9 Punkte*
 Stress aktiv begegnen – Burnout adé
 Manfred Just
 9–16.30 Uhr
 Zahnärztekammer
 Wismarsche Straße 304
 19055 Schwerin
 Seminar Nr. 25
 Seminargebühr: 280 €

21. November *5 Punkte*
 Halitosis Upgrade 2012 für Zahnärzte und ZMF/ZMP/ZFA

Dr. med. dent. Stefan Koch
 15–18.30 Uhr
 Zahnärztekammer
 Wismarsche Straße 304
 19055 Schwerin
 Seminar Nr. 26
 Seminargebühr: 110 €

21. November *9 Punkte*
 Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
 Prof. Dr. Uwe Rother,
 Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek
 14.30–20.30 Uhr
 Zentrum für ZMK
 W.-Rathenau-Straße 42a
 17475 Greifswald
 Seminar Nr. 27
 Seminargebühr: 90 €

21. November * *4 Punkte*
 GOZ 2012 – Kons., Chirurgie, PAR, ZE
 Sandra Bartke
 14–17 Uhr
 Trihotel am Schweizer Wald
 Tessiner Straße 103
 18055 Rostock
 Seminar Nr. 8
 Seminargebühr: 80 €

24. November *9 Punkte*
 Professionelle Dental fotografie
 Erhard J. Scherpf
 9–18 Uhr
 Trihotel am Schweizer Wald
 Tessiner Straße 103
 18055 Rostock
 Seminar Nr. 28
 Seminargebühr: 500 €

Seminar 29 und Seminar 30 Paketpreis 430 €

24. November *9 Punkte*
 Klinische Funktionsanalyse – essentiell in der CMD-Diagnostik und relevant vor definitiver Therapie (Demonstrations- und Arbeitskurs)
 Prof. Dr. Peter Ottl
 9–18 Uhr
 Klinik und Polikliniken für ZMK
 „Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18057 Rostock
 Seminar Nr. 29
 Seminargebühr: 340 €

28. November *7 Punkte*
 Okklusionsschienen zur Prävention und Therapie von kranio-manibulären Dysfunktionen.
 Theoretische Grundlagen, klinisches und labortechnisches Vorgehen

Prof. Dr. Peter Ottl
 15–20 Uhr
 Klinik und Polikliniken für ZMK
 „Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18057 Rostock
 Seminar Nr. 30
 Seminargebühr: 140 €

28. November
 Schmerztherapie im Zahn-, Mund-, Kiefer-Gesichtsbereich zur Differenzialdiagnostik des Gesichtsschmerzes
 Doz. Dr. Dr. Volker Thieme
 14–18 Uhr
 Zentrum für ZMK
 W.-Rathenau-Straße 42a
 17489 Greifswald
 Seminar Nr. 31
 Seminargebühr: 150 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0 385-5 91 08 13 und Fax: 0 385-5 91 08 23 zu erreichen

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

ZÄK

Bitte beachten Sie die Terminänderungen

Das Seminar Nr. 8 „GOZ 2012 – Kons., Chirurgie, PAR, ZE“ mit der Referentin Sandra Bartke, geplant am 10. Oktober in Rostock, wird auf den 21. November verlegt.

* Das Seminar findet am 21. November von 14–17 Uhr im Trihotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103 in Rostock statt.

* Das Seminar Nr. 19 „Komplikationen und Notfälle in der zahnärztlichen Praxis“ mit den Referenten Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz und Dr. Anja Mehlhose, geplant am 3. November in Rostock, wird auf den 17. November verlegt.

Das Seminar findet am 17. November von 9–13 Uhr in Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“ Stempelstraße 13 in Rostock statt.

Service der KZV rund um die Niederlassung

Nachfolger gesucht

Gesucht wird ab Januar 2013 ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Greifswald**. Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der KZV M-V erfahren (Tel.: 0385-5 49 21 30 bzw. E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am **28. November** (*Annahmestopp: 7. November*) sowie am **23. Januar 2013** (*Annahmestopp: 8. Januar*) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der KZV M-V, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 19055 Schwerin, Wismarsche Straße 304, einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können. Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

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

Zulassung zum 1. Oktober

Sebastian Händel, Zahnarzt, Schmiedeweg 4a, 18196 Dummerstorf

Ende der Niederlassung

Dipl.-Med. Monika Slatnow, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 1. April 1991 in 17036 Neubrandenburg, Koszalinser Straße 1, beendete am 30. September ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Marianne Beck, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 1. Februar 1991 in 19258 Boizenburg, Eichenweg 25, beendete am 30. Juni ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Birka Schmidt, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 1. Juli 1998, beendet am 15. Oktober ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz in 18445 Stralsund, Grünhofer Bogen 15. Die Praxis wird ab 1. November von Dr. med. dent. Andrea Schwemm weitergeführt.

Dipl.-Med. Rosemarie Döppe, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 1. März 1992 in 18581 Putbus, Bahnhofstraße 4, beendete am 30. September ihr vertragszahnärztliche Tätigkeit. Die Praxis wird von Anja Treichel weitergeführt.

Dipl.-Med. Susanne Fuhlbrügge, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 1. April 1991 in 18586 Sellin, Hermannstraße 5, beendete am 30. September ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit. Die Praxis wird von Birka Schmidt weitergeführt.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Dr. med. dent. Andreas Riedel, niedergelassen in 17489 Greifswald, Marienstraße 33, beschäftigt seit dem 17. September Dr. med. dent. Gabriele Bössemrodt als halbtags angestellte Zahnärztin.

Dr. med. dent. Stefan Müller, niedergelassen in 23970 Wismar, Klußer Damm 80a, beschäftigt seit dem 13. September Andreas Frost als ganztags angestellten Zahnarzt.

Mario Schreen, niedergelassen in 19205 Gadebusch, Mühlenstraße 38, beschäftigt ab dem 15. Oktober Dr. med. dent. Gesine Manuela Mietko als dreivierteltags angestellte Zahnärztin.

Alexandra Kuklinski, niedergelassen in 18055 Rostock, Graf-Schack-Str. 7, beschäftigt seit dem 17. September

Melanie Christine Hanisch als ganztags angestellte Zahnärztin.

Elisabeth Heller, niedergelassen in 18057 Rostock, Patriotischer Weg 13, beschäftigt seit dem 1. Oktober Konstanze Schröder als ganztags angestellte Zahnärztin.

Dr. med. Marlies Limbach, niedergelassen in 19417 Warin, Wismarsche Straße 56, beschäftigt seit dem 1. Oktober Gritt Gölldenitz als dreivierteltags angestellte Zahnärztin.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. (UdeC) Viviana Ebbecke und Stephanie Kunkel, niedergelassen in 19053 Schwerin, Graf-Schack-Allee 20, beschäftigt ab 15. Oktober Marijon Schmidt als ganztags angestellte Zahnärztin.

Klaudiusz Orlik beschäftigt seit dem 1. Oktober an seinem Vertragszahnarztsitz in Crivitz und am Sitz der Zweigpraxis in Pinnow Carsta Steppat als halbtags angestellte Zahnärztin.

Die Halbtagsanstellung von Carsta Steppat in der Praxis Dr. med. Marlis Limbach in 19417 Warin, Wismarsche Straße 56, endete am 30. September.

Die Halbtagsanstellung von Silke Hinzpeter-Rusche in der Zweigpraxis Klaudiusz Orlik in 19065 Pinnow, Zum Petersberg 45, endete am 31. August.

Die Anstellung von Korinna Prill in der Praxis Alexandra Kuklinski in 18055 Rostock, Graf-Schack-Str. 7, endete am 22. September

Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Marianna Gradke, zugelassen für den Vertragszahnarztsitz 18507 Grimmen, Buddeliner Straße 7, ruht für den Zeitraum 1. Juli 2012 bis zum 30. Juni 2014.

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Ab 15. Oktober lautet die neue Praxisanschrift von Sabine Reinhardt Timmermannstrat 6 in 18055 Rostock.

Ab 1. Oktober 2012 lautet die Praxisanschrift von Dr. med. Jörg Kunkel Burgdamm 8 in 19370 Parchim.

Ab 1. Oktober 2012 lautet die Praxisanschrift von Frau Annegret Neubert Blaue Wiese 4, 18356 Barth. **KZV**

Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Punkte: 3
 Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.
Gebühr: 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vorbereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxisteam.

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: 10. Oktober, 16–19 Uhr, Schwerin, 14. November, 16–19 Uhr

Textverarbeitung mit Word 2007

Inhalt: Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief
Wann: 5. Dezember, 16–19 Uhr, Schwerin

Zahnarztpraxis online

Inhalt: Grundlagen der Netzwerktechnik/Internet; Sicherheitsfragen bzw. -strategien; gängige Internetdienste sowie von KZV angebotene Dienste vorstellen (speziell Onlineabrechnung und BKV Download); alle notwendigen Schritte für die Onlineabrechnung; Vorstellung der Inhalte und mögliche Funktionen unter www.kzvmv.de (Online-Formularbestellung, Service- und Abrechnungsportal, Download, Rundbriefe, Dens etc.)

Wann: 7. November, 15–18 Uhr, Schwerin

Gebühr: 30 € für Zahnärzte, 0 € für ein-Praxismitglied und jedes weitere 15 €
Bei diesem Seminar wird den Teilnehmern kein PC zur Verfügung stehen.

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, Die neue Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V in M-V, Darstellung der an-

zuwendenden Prüffarten (Zufälligkeitsprüfung, Einzelfallprüfung auf Antrag), Hilfestellung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren betroffen sind, z. B. Vorbereitung auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch professionelle Dokumentation; Wirtschaftlichkeitsprüfung optimal vorbereiten und erfolgreich abwickeln.

Wann: 17. Oktober, 15–19 Uhr, Neubrandenburg

Gebühr: 150 Euro für Zahnärzte, 75 Euro für Vorbereitungsassistenten und ein Praxismitglied

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



Ich melde mich an zum Seminar:

- Einrichtung einer Praxishomepage am 10. Oktober, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung am 17. Oktober, 15 bis 19 Uhr, Neubrandenburg
- Zahnarztpraxis online am 7. November, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 14. November, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 5. Dezember, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Anzeige

Unternehmensberatung: Zuschuss vom Staat

Grundlage: Förderprogramm des Bundeswirtschaftsministeriums

Eine Zahnarztpraxis zu führen, beinhaltet längst nicht mehr nur die rein zahnmedizinische Tätigkeit. „Nebenbei“ ist jede Praxis auch ein Unternehmen. Und als Unternehmer müssen Ärzte und Zahnärzte neben ihrem Fachgebiet mit vielen Themen – zum Beispiel Organisation, Verwaltung, Mitarbeiterführung – vertraut sein. Eine Unternehmensberatung kann da in manchen Fällen hilfreich sein. Die dafür entstandenen Kosten bezuschusst unter bestimmten Voraussetzungen der Staat.

Grundlage ist ein Förderprogramm, das das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums betreut. Seit dem Jahr 2005 wird das Förderprogramm nicht nur aus dem Bundeshaushalt, sondern auch aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds der EU finanziert. Ziel ist es, durch Unternehmensberatung die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit kleiner und mittlerer Betriebe sowie freier Berufe zu steigern und die Anpassung an veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu erleichtern. Am 1. Januar 2012 sind dafür neue

Richtlinien in Kraft getreten, die eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2014 haben.

Gefördert werden:

- Allgemeine Beratungen (zum Beispiel zu allen wirtschaftlichen, finanziellen, personellen und organisatorischen Fragen der Unternehmensführung)
- Spezielle und besondere Beratungen (für die Zahnarztpraxis interessant könnten hier beispielsweise Kooperationsberatungen, Beratungen zur Vorbereitung der Praxisübergabe oder die spezielle Beratung von Ärztinnen sein)

Höhe der Zuwendung

Bemessungsgrundlage des Zuschusses sind die entstandenen Beratungskosten. Dazu können neben dem Honorar auch die Auslagen und Reisekosten des Beraters, nicht aber die Umsatzsteuer gehören.

Der Zuschuss beträgt pro Beratung für Antragsteller aus den alten Bundesländern einschließlich Berlin 50 Prozent, in den neuen Bundesländern und im Regierungsbezirk Lüneburg 75 Prozent der Beratungskosten, maximal jedoch 1500 Euro.

Für jede einzelne Beratungskategorie (allgemeine, spezielle und besondere Beratung) können Zuschüsse bis zu einem Höchstbetrag von 3000 Euro ausgezahlt werden. Eine Praxis kann also mehrere Beratungen gefördert bekommen. Voraussetzung hierfür ist, dass die einzelnen Beratungen in sich abgeschlossen sind und sich die Themen eindeutig voneinander unterscheiden. Die nachfolgende Beratung darf mit der vorherigen inhaltlich nicht in Zusammenhang stehen oder

die Schlussfolgerungen aus der ersten Beratung zum Gegenstand haben.

Voraussetzungen für eine Förderung

- Die Praxis muss seit mindestens einem Jahr bestehen.
- Die Mitarbeiter- und Umsatzgrenze dürfte kaum eine deutsche Arzt- oder Zahnarztpraxis treffen: Die Praxis (und ein eventuell mit ihr verbundenes Unternehmen) darf insgesamt höchstens 250 Mitarbeiter beschäftigen und muss unter der Umsatzgrenze von 50 Millionen Euro liegen. Problematisch könnte es allenfalls werden, wenn an einer Praxis oder einem MVZ ein Krankenhaus beteiligt ist.
- Die Beratung muss zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2014 begonnen und bis zum 30. Juni 2015 beendet werden.
- Die Antragstellung muss in einem Online-Verfahren innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Beratung erfolgen.

Auf die Gewährung der Zuwendungen besteht kein Rechtsanspruch. Die Bewilligungsbehörde entscheidet „aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens unter dem Vorbehalt der Verfügbarkeit der veranschlagten Haushaltsmittel.“

Weitere Informationen zum Förderprogramm sind unter der Adresse www.beratungsfoerderung.info erhältlich. Unter dieser Adresse erfolgt auch die Antragstellung.

Kirsten Behrendt

Mit freundlicher Genehmigung aus Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein 7/8 2012

Extrem sauber?

Da hatte wohl jemand ein extremes Reinlichkeitsbedürfnis?

Nur die Süßigkeiten passen nicht so richtig ins Bild.

Das Letzte

71 Zahnbürsten geklaut

71 gleiche Zahnbürsten, 26 Tuben Zahnpasta, 42 Flaschen Haarshampoo und Süßigkeiten – dieses ungewöhnliche Diebesgut stellte die Bundespolizei in Berlin bei einem 37-Jährigen sicher. Der Mann war den Zivilfahndern am U-Bahnhof Ostkreuz wegen seiner ungewöhnlich großen und schweren Taschen aufgefallen. Der Wert der Waren lag bei insgesamt rund 500 Euro, wie die Polizei mitteilte. Den Mann erwartet eine Anzeige wegen Diebstahls. *dpa*

Quelle: Schweriner Volkszeitung vom 20. August

Anzeige

Begutachtungsverfahren Primärkassenbereich

Verfahren	ZE	PAR	KFO	Implantologie
Rechtsgrundlage	§ 2 Abs. 3 BMV-Z Anlage 12 zum BMV-Z (Vereinbarung über das Gutachterverfahren)	§ 2 Abs. 3 BMV-Z Anlage 9 zum BMV-Z	§ 2 Abs. 3 BMV-Z Anlage 6 zum BMV-Z	§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V Anlage 14 zum BMV-Z
Gutachten	durch Gutachter der KZV M-V: Planungsgutachten (§ 3 der Anlage 12 zum BMV-Z) Mängelgutachten (§ 4 der Anlage 12 zum BMV-Z) seit 01.01.2007 : auch bei andersartigen Versorgungen o. Mischfällen in begründeten Fällen binnen 36 Monaten nach definitiver Eingliederung	durch Gutachter der KZV M-V (§ 3 der Anlage 9 zum BMV-Z)	durch Gutachter der KZV M-V (§ 3 der Anlage 6 zum BMV-Z)	durch Gutachter der KZV M-V (Abschnitt A der Anlage 14 zum BMV-Z)
Kostenträger:	grundsätzlich KK	grundsätzlich KK	grundsätzlich KK, Ausn.: Zahnarzt, wenn er Gutachten beantragt u. GA Auffassung des Zahnarztes nicht folgt	grundsätzlich KK
Obergutachten	durch Prothetik-Einigungsausschuss (PEA) (§ 5 der Anlage 12 zum BMV-Z)	durch Obergutachter KZBV (§ 4 der Anlage 9 zum BMV-Z)	durch Obergutachter KZBV (§ 4 der Anlage 6 zum BMV-Z)	durch Obergutachter KZBV (Abschnitt B der Anlage 14 zum BMV-Z)
Einspruch durch: Wo:	ZA oder KK beim PEA bei der KZV M-V	ZA oder KK bei KZBV (Universitätsstr. 73, 50931 Köln, Tel. 0221-4 00 10)		
Form (einzureichende Unterlagen):	schriftl. Begründung des Einspruchs; Kopie Gutachten u. HKP; Kopie der Karteikarte, Rö-Aufnahmen, Modelle (soweit vorhanden)	schriftl. Begründung des Einspruchs; u. a. mit Kopie Gutachten u. Behandlungsplan		
Einspruchsfrist:	keine	2 Monate nach Zugang des Erstgutachtens		keine
Kostenträger:	bei Planungsgutachten: grundsätzlich KK bei Mängelgutachten: Entscheidung durch PEA/Prothetik-Widerspruchsausschuss (PWA)	grundsätzlich KK; ZA, wenn Einspruch erfolglos		grundsätzlich Antragsteller
Geltendmachung Mängelansprüche	beim PEA innerhalb von 24 Monaten nach definitiver Eingliederung; zunächst Einigungsverhandlung, beim Scheitern Beschlussfassung, dagegen Widerspruch zum PWA möglich; Hemmung der Frist durch Anrufung des GA			

Begutachtungsverfahren Ersatzkassenbereich

Verfahren	ZE	PAR	KFO	Implantologie
Rechtsgrundlage	§§ 22 und 25 EKV-Z (Vereinbarung über das Gutachterverfahren)	§§ 22 und 24 EKV-Z	§§ 22 und 23 EKV-Z	§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V § 26 EKV-Z Anlage 5 zum EKV-Z
Gutachten	durch Gutachter der KZVM-V: Planungsgutachten (§ 3 der Anlage 12 zum BMV-Z) Mängelgutachten (§ 4 der Anlage 12 zum BMV-Z) seit 01.01.2007 : auch bei andersartigen Versorgungen o. Mischfällen in begründeten Fällen binnen 36 Monaten nach definitiver Eingliederung	durch Gutachter der KZV M-V (§ 24 EKV-Z)	durch Gutachter der KZV M-V (§ 23 EKV-Z)	durch Gutachter KZBV (Abschnitt A der Anlage 5 zum EKV-Z)
Kostenträger:	grundsätzlich KK	KK	KK	grundsätzlich KK
Obergutachten	durch Obergutachter der KZV M-V (§ 6 der Gutachtervereinbarung)	durch Obergutachter KZBV (§ 24 Abs. 4 EKV-Z)	durch Obergutachter KZBV (§ 23 Abs. 4 EKV-Z)	durch Obergutachter KZBV (Abschnitt B der Anlage 5 zum EKV-Z)
Einspruch durch: Wo:	ZA oder KK bei KZV M-V	ZA oder KK bei KZBV (Universitätsstr. 73, 50931 Köln, Tel. 0221-4 00 10)		
Form (einzureichende Unterlagen):	schriftl. Begründung des Einspruchs mit Kopie des Gutachtens u. HKP	schriftl. Begründung des Einspruchs, u.a. mit Kopien Gutachten u. Behandlungsplan		
Einspruchsfrist:	1 Monat nach Zugang des Erstgutachtens	1 Monat nach Zugang des Erstgutachtens		keine
Kostenträger:	bei Planungsgutachten: grundsätzlich KK, Ausn.: ZA, wenn nach den Umständen gerechtfertigt bei Mängelgutachten: grundsätzlich KK, Ausn.: ZA, wenn er Mängel zu vertreten hat	grundsätzlich KK; ZA, wenn Einspruch erfolglos		grundsätzlich Antragsteller
Geltendmachung Mängelansprüche	§ 21 Abs. 2 EKV-Z: Ansprüche der KK bei ZE-Mängelverfahren bei der KZV M-V innerhalb von 24 Monaten nach definitiver Eingliederung		§ 21 Abs. 2 EKV-Z: Ansprüche der KK bei der KZV M-V nach Abschluss der KFO-Behandlung	

Bei Rückfragen zu den Begutachtungsverfahren stehen die Mitarbeiterinnen des Gutachterwesens unter den Rufnummern 0385-54 92-203 oder -171 zur Verfügung.

Therapieansatz zur Lösung der Problematik des Knochenabbaus bei einer Parodontitis

Von Dr. Ronald Möbius, MSc Parodontologie, Brühl

Einleitung und Problemstellung

Seit Jahren sind das Biofilmmangement, die professionelle Zahnreinigung und die ständigen Bemühungen zur Motivation einer effektiveren häuslichen Mundpflege im stetigen Aufwärtstrend. Getragen von der Aus- und Weiterbildung, der Fachpresse, der Forschung, der Entwicklung und der Industrie haben wir ständig bessere Grundlagen, Möglichkeiten und technische Voraussetzungen, in der Zahnreinigung und im Biofilmmangement wirksam zu werden. Die Motivation und Aufklärung der Patienten hat heute einen nie gekannten Höchststand erreicht. Dass dieser Trend Früchte trägt, zeigt die aktuelle Statistik der Bundeszahnärztekammer in Bezug auf Kariesrückgang. Die Bereitschaft der Patienten, mehr Geld für Mundpflegeartikel und professionelle Zahnreinigung auszugeben, steigt kontinuierlich Jahr für Jahr. Im Kariesrückgang konnten beachtliche Erfolge erreicht werden.

Oberhalb des 30. Lebensjahres sind Parodontalerkrankungen die Hauptursache für den Zahnverlust. Was haben wir hier in den Jahren erreichen können? Der Vergleich der großen Studien DMS III (1997) und DMS IV (2005) zeigt in Abbildung 1 eine Zunahme des Attachmentverlustes von 3,4 zu 4,1 mm und in Abbildung 2 eine Zunahme des Papillenblutungsindex von 0,9 zu 2,1

und eine Verschlechterung des CPI von 2,2 zu 2,8.

In den großen IDZ Studien Reich (1993), Glockmann und Köhler (1998), und Glockmann (2007) wurden die Ursachen für Zahverlust analysiert, Abbildung 3. Auch der Vergleich dieser Studien zeigt einen deutlichen Trend zur Zahnerhaltung, außer bei den Parodontalerkrankungen.

Seit 1993 haben wir eine ständige Zunahme des Zahnverlustes aus parodontologischer Ursache. Die Autoren der DMS Studie Michaelis und Schiffner kamen 2006 in Auswertung dieser Studien zu den Schlussfolgerungen:

- es besteht eine sehr junge Prävalenz völlig entzündungsfreier Gebisse
- drei Viertel aller Probanden haben eine höhere Parodontitisprävalenz
- Die Maßnahmen der Parodontitisprophylaxe greifen nicht
- Der Schweregrad der parodontalen Destruktion nimmt zu

Der neue Therapieansatz

Durch die großen Verbesserungen im Mundpflegeverhalten der Patienten, durch ihre veränderten Ess- und Trinkgewohnheiten und ganz entscheidend durch unsere sehr viel effektiveren zahnärztlichen Behandlungsmöglichkeiten in der Parodontologie können wir heute wesentlich effektiver die Virulenz der parodontalpathogenen Keime reduzieren.

Aber Bakterien machen keinen Knochenabbau. Knochenabbau entsteht durch körpereigene Prozesse. Durch die verringerte Virulenz der Keime verringert sich das parodontale Entzündungsgeschehen. Ob sich der parodontale Knochenabbau, das Boneremodelling von alleine wieder normalisiert, bleibt fraglich. Bei einem parodontalen Risikopatienten ist das Boneremodelling zu Ungunsten des Knochenaufbaues verschoben, es nutzt folglich wenig, nur die Virulenz der Keime zu reduzieren. Bei diesen Patienten muss zur lebenslangen Zahnerhaltung direkt eine Therapie des Boneremodelling erfolgen.

In Abbildung 4 ist das Problem schematisch dargestellt. Plaque, pathogene Mikroorganismen, Biofilm führen zu einer entzündlichen Wirtsantwort und diese wiederum hat Einfluss auf die Mikroorganismen und den gesamten Biofilm. Alle uns bekannten parodontalen Therapievarianten einschließlich verbesserter Mundhygiene, professionelles Biofilmmangement, Antiseptika, Antibiotika, Laser, Ozon, und photodynamische Therapien greifen an dieser Stelle in den Prozess ein. Aber mit den bisher bekannten Therapievarianten haben wir keinen Einfluss auf genetische und nicht genetische Faktoren. Für einen parodontalen Risikopatienten, der seine individuelle Ursache im Ungleichgewicht seines Boneremodelling in einem genetischen oder nicht genetischen Faktor hat, ist selbst mit völlig entzündungsfreier Situation das Boneremodelling nicht wesentlich zu beeinflussen.

Wie die Abbildung 4 zeigt, ist bei einem PA Risikopatienten, selbst in entzündungsfreier Situation, weiterer parodontaler Knochenabbau durch die bekannten Therapiemaßnahmen nicht zu verhindern.

Therapie

Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen (Bachmann 2005). Nimmt die Bakterienflora einen parodontalpathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und zu spezifischen Immunreaktionen (Heidemann et. al. 2005). Bakterien sind der Auslöser, nicht die Ursache der Parodontitis. Die parodontale Destruktion erfolgt durch die

Vergleich der Daten von DMS III (1997) und DMS IV (2005) anhand der Ergebnisse des Extent and Severity Index (ESI), des Attachmentverlustes (AV) und bei Erwachsenen (35-44 Jahre)		
	DMS III	DMS IV
Mittelwert Extent > 2mm (%)	45,4	42,4
Mittelwert Severity (mm)	3,7	3,9
Mittlerer AV (mm)	4,8	4,8
AV > 6mm (%)	30,5	31,1
Perzentil (mm)	3,4	4,1

Abbildung 1

Vergleich der Daten von DMS III (1997) und DMS IV (2005) anhand der Ergebnisse des Papillen – Blutungs - Index (PBI) und Community Periodental Index (CPI) bei Erwachsenen (35-44 Jahre)				
	PBI		CPI	
	DMS III	DMS IV	DMS III	DMS IV
	%	%	%	%
Grad 0	21,9	7,4	15,1	0,5
Grad 1	13,1	28,4	10,2	11,8
Grad 2	21,9	30,1	28,5	14,4
Grad 3	29,1	19,7	32,2	52,7
Grad 4	13,9	14,4	14,1	20,5
Mittelwert	0,9	2,1	2,2	2,8

Abbildung 2

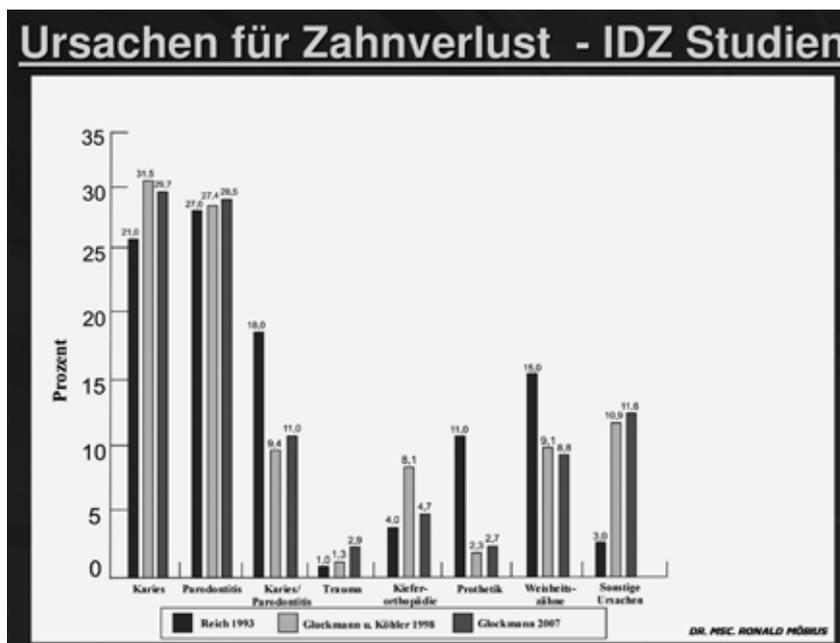


Abbildung 3

Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile. Unser Wissen auf diesem Gebiet ist enorm gestiegen. Aber der effektive Nutzen für unsere parodontal erkrankten Patienten entspricht immer noch nicht unseren Erwartungen in der täglichen Arbeit. Es ist schwierig, in der gesamten Gruppe der parodontalen Risikopatienten, ohne drastisch einschneidende Maßnahmen, sichere vorausschauende Zahnerhaltung zu betreiben. Die gesamte Forschung und Wissenschaft dreht sich um eine „gesunde Mundflora“. Wie gesund muss die Mundflora bei dem einzelnen Patienten sein, um keine parodontal-

strukture Wirtsreaktion auszulösen? Und selbst wenn diagnostische Marker zur Reduzierung bestimmter parodontalpathogener Keime raten, ist die therapeutische Konsequenz PZR, Taschenreinigung, verbesserte Mundpflege, Antiseptika, Antibiotika. Dieses führt zu einer Veränderung der Mundflora-zusammensetzung. Die Qualität und Quantität der Bakterien in der Mundflora wird sich ändern, aber Bakterien werden bleiben. Die Forschung und Wissenschaft bemüht sich, über die qualitative und quantitativ veränderte Mundflora weniger Wirtsreaktionen auszulösen. Indirekt durch verminderte parodontal-

immunologische Reaktionen wird der Destruktionsprozess verlangsamt. Aber in der parodontalen Risikogruppe wird es dennoch zum Zahnverlust kommen. Die immunologischen Abläufe, die zum Knochenabbau führen, sind genetisch determiniert, aber beeinflussbar. Das erklärt, warum wir Patienten mit parodontalpathogenen Keimen ohne wesentliche Parodontitiszeichen kennen, und warum Patienten, trotz effektiver Zahnpflege und professioneller Unterstützung, mit weiterem Knochenabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust rechnen müssen.

Wie in Abbildung 5 zu sehen, ist das Herausfiltern der entsprechenden Risikopatienten von entscheidender Bedeutung. Patienten ohne parodontales Risiko sprechen sehr gut auf die bekannten Therapiemöglichkeiten an. Da wir in der Regel keine Restitutio ad integrum, sondern lediglich eine Defektheilung erreichen und da sehr oft selbst nach erfolgreicher Motivation der Patient in sein altes Verhaltensmuster zurückgeht, ist ein individuelles Recall genauso wichtig, wie die eigentliche Therapie. Je nachdem, wie weit die Vorschädigung bereits erfolgt ist, ist nach der Therapie die Eingliederung in ein halb- oder vierteljährliches Recall erforderlich. Bei konsequenter Durchführung ist die Prognose hier sehr gut.

Bei parodontalen Risikopatienten hingegen bleibt ohne direkte Therapie des Boneremodelling für die Zähne die Prognose infaust. Bei diesen Patienten reichen die bislang praktizierten parodontalen Therapien nicht aus, um eine lebenslange Zahnerhaltung zu erreichen, weil alle bislang praktizierten Therapievarianten über eine Verringerung der Virulenz der Keime, über eine Entzündungsreduktion das erkrankte Parodontium therapieren. Beim parodontalen Risikopatienten ist aber die immunitzündliche Wirtsantwort nicht die einzige Ursache für die Verschiebung im Boneremodelling. Selbst wenn der Patient parodontal entzündungsfrei ist, wird sich das Boneremodelling nicht von alleine normalisieren.

Für den parodontalen Risikopatienten ist das Biofilmmangement inklusive Therapie der Entzündungen der erste Teil der Behandlung. Nachfolgend ist unbedingt die Therapie des Boneremodelling erforderlich.

Direkte Therapie des Boneremodelling

Gute Mundhygiene und selbst professionelle Zahnpflege können die Folgen und Schwächen der natürlichen Abwehrmechanismen nur in begrenztem Maße ausgleichen. Dafür benötigen wir

einen direkten therapeutischen Eingriff in das parodontale Boneremodelling. Während direkte MMP-Inhibitoren und Probiotics zurzeit erforscht werden, steht uns lokales Doxycyclin zur Anwendung zur Verfügung. Alle anderen bekannten Maßnahmen, wie Mundhygiene PZR, Laser, Ozon, Photodynamische Therapie, Antiseptika und Antibiotika haben nur einen indirekten Einfluss auf den parodontalen Knochenabbau. Über eine verringerte Wirtsreaktion erhofft man sich bei dieser Therapie indirekt, durch Verbesserung der klinischen Situation, eine Normalisierung des Boneremodelling. Tetracycline hemmen reversibel den parodontalen Knochenabbau und greifen so direkt in den Knochenumbauprozess ein, wobei das Doxycyclin das wirksamste Tetracyclin ist. Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiologische Wirkung im Vordergrund.

Doxycyclin hat eine bis zu 70-prozentige kollagenolytische Aktivität und ist so für die direkte Therapie des aus dem Gleichgewicht geratenen Boneremodellingprozesses besonders geeignet.

Doxycyclin ist ein Mitglied der Tetracyclingruppe und hat pharmakokinetisch eine Plasmahalbwertszeit von 18 bis 22 Stunden, und somit die längste Halbwertszeit der Tetracycline. Doxycyclin wirkt bakteriostatisch, vermehrungshemmend. Die Wirkung ist reversibel und in die Immunabwehr eingreifend. Der Wirkmechanismus erfolgt mit direktem Eingriff in die Proteinsynthese, durch Hemmung der t – RNA – Bindung. Es erfolgt eine Bindung an der 30S – Untereinheit. Dieses führt zur reversiblen Blockade der Akzeptorstelle (Naber 2004). Aufgrund der hohen Lipophilie penetriert Doxycyclin in das parodontale Gewebe sehr gut und wird außerdem aktiv von Wirtszellen aufgenommen. Deshalb wirkt es auch auf im Intrazellularraum von Wirtszellen befindliche Bakterien wie *A. actinomycetemcomitans* und *P. gingivalis* (Wachter 2005). Doxycyclin hat eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe. Vor allem in der lokalen Anwendung stellt es das Mittel der Wahl dar (Puschmann 2003). Doxycyclin hat für uns in der Parodontologie zwei unterschiedliche Wirkungsrichtungen, zum einen ist Doxycyclin ein Breitbandantibiotikum mit dem von uns benötigten Wirkungsspektrum, zum anderen hat Doxycyclin die Fähigkeit die Kollagenaseaktivität zu hemmen (Golub et al. 1985a, Weiner et al. 1979). In-vitro – wie auch bei In-vivo-Versuchen – konnte diese spezifische direkte Hemmung der Kollagenaseaktivität durch Tetracycline bewiesen

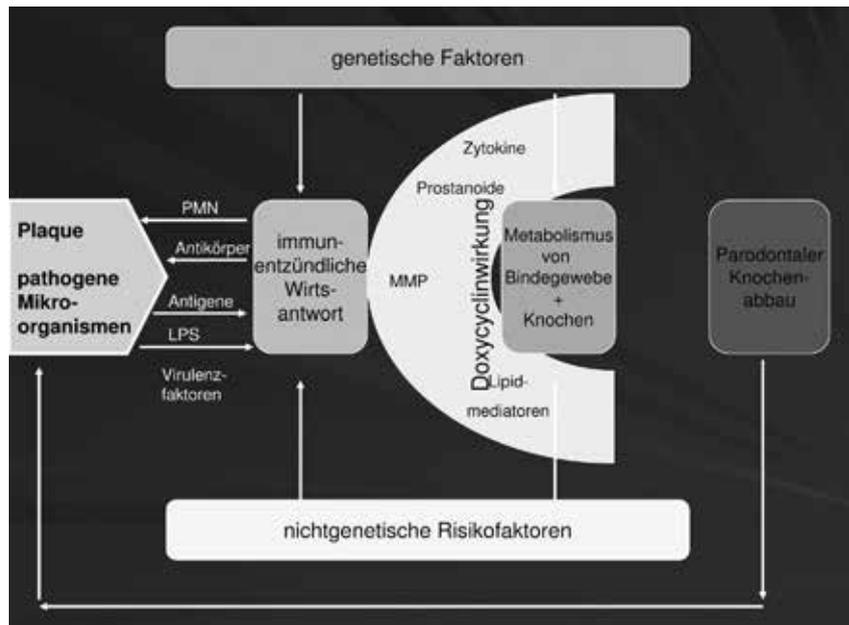


Abbildung 4

werden (Sorsa et al. 1995, Weiner et al. 1979). Diese Eigenschaft haben nur die Tetracycline und keine anderen Antibiotika. Golub et al. (1985b) wiesen darauf hin, diese Eigenschaft der Tetracycline unbedingt in der Therapie von Parodontalerkrankungen zu nutzen. Tetracycline reduzieren in-vivo wie auch in-vitro die Aktivität der kollagenolytischen Enzyme um mehr als 70 Prozent, unabhängig von der antimikrobiellen Effektivität der Antibiotika (Golub et al. 1985b). Dieser Effekt ist besonders bei Doxycyclinapplikationen ausgeprägt. Ratka-Krüger et al. (2005) zeigten in einer Multicenterstudie, dass drei Monate nach einer 15 Prozent Doxycyclintherapie immer noch ein deutlicher Unterschied zur Placebogruppe besteht. Kim et al. (2004) konnten in einem klinischen Vergleich von zwei Doxycyclin – Gels feststellen, dass selbst nach Konzentrationsabfall von anfänglichen 1400 auf 200 µg/ml der antibiotische Effekt vorhanden ist. Doxycyclin hat in der Parodontaltherapie Vorteile in der Anwendung. Es handelt sich um ein Tetracyclinderivat mit einer besonderen Affinität zur Gingivalflüssigkeit und erreicht hier eine sehr hohe Konzentration (Gordon et al. 1981, Pallenstein-Heldermann 1984). Doxycyclin ist ein Breitbandantibiotikum. Im Gegensatz zu anderen parodontal eingesetzten Antibiotika, wie z. B. Metronidazol mit einem sehr engen Wirkungsspektrum (Köhler et al. 2001). Kommt es zu einer Parodontitis, dann proliferieren die gramnegativen Keime (Newmann & Socransky 1977). Die von den gramnegativen Keimen stammenden Endotoxine stimulieren die Kollagenaseaktivität der

Fibroblasten und der Makrophagen, indem sie Proteasen erzeugen, die latente Formen von Säugetierkollagenasen aktivieren. Da mit einer Verringerung der gramnegativen Keime an der gesamten Mikroflora auch eine Abnahme der Endotoxinkonzentration verbunden ist, kann die antimikrobielle Wirksamkeit der Tetracycline als ein Mechanismus bei der Hemmung der Kollagenaseaktivität angesehen werden (Sorsa et al. 1992, Sorsa et al. 1995). Das Gros der Kollagenaseaktivität in der Gingivalflüssigkeit entspringt endogen aus dem erkrankten Gewebe, in den parodontalen Taschen und nur in sehr geringem Umfang exogen aus subgingivalen Mikroorganismen (Golub et al. 1985b, Puschmann 2003). Im Tierexperiment konnten Golub et al. (1983) zeigen, dass die kollagenolytische Aktivität auch unabhängig von der Endotoxinkonzentration in der Sulkusflüssigkeit durch Tetracyclinbehandlung reduziert wird. In einem Versuch mit Ratten, in denen die Kollagenolyse durch einen künstlich induzierten Diabetes mellitus ausgelöst wurde, konnte unter keimfreien Bedingungen die Aktivität der Kollagenase um zwei Drittel gesenkt werden. Ebenfalls im Tierexperiment konnten Golub et al. (1985a) zeigen, dass Tetracycline die Kollagenase-Aktivität der polymorphonuklearen Leukozyten inhibiert. Die antikollagenolytische Wirksamkeit der Tetracycline wird auf die Chelat-Wirkung dieser Antibiotika zurückgeführt. Kollagenase, wie auch andere kollagenolytische metall-neutrale Proteasen, sind kationabhängige Enzyme. Kalzium und Zink sind für die aktive Konformation und die hydrolytische Aktivität

notwendig (McCartney & Tschesche 1981). Die Möglichkeit der Tetracycline, diese Metallionen reversibel zu binden, scheint die antikollagenolytische Wirkung zu erklären. Tatsächlich hebt ein Überschuss an Kalzium-Ionen den Antikollagenase-Effekt der Tetracycline vollständig wieder auf (Golub et al. 1985a, Golub et al. 1983, Golub et al. 1985b). Dieser Antikollagenase-Effekt der Tetracycline hat unterschiedliche nicht antimikrobielle Wirkmechanismen (Golub et al. 1998). Tetracycline hemmen die Kollagenasen. Durch eine einmalige Doxycyclinapplikation erhöht sich auch die Anzahl der Osteoblasten. Bei einer längeren Applikation von Doxycyclin ändert sich der Aktivierungsstand der Osteoblasten (Gomes & Fernandes 2006). Zetner & Stoian (2005) zeigten in ihren Tierversuchen eine beschleunigte Regeneration des Kieferknochens durch eine einmalige Doxycyclinapplikation in die Knochentaschen. Eickholz et al. (2002) führten klinische Studien mit einem 15% Doxycyclin-Gel durch und kamen zu dem Resultat, dass mit diesem Doxycyclin-Gel auch tiefe Taschen erfolgreich behandelt werden können und die Indikation für die chirurgische Parodontaltherapie in Richtung tiefer Taschen verschoben werden kann. Der positive Begleiteffekt der parallelen Tetracyclintherapie, der sich mit einem Stopp des weiteren Fortschreitens der Taschentiefen und des Alveolarknochens äußert, konnte von zahlreichen Autoren bestätigt werden. Genco et al. (1978), Lindhe et al. (1983) und Slots & Rosling (1983) kommen mit der Tetracyclinparalleltherapie zu dem Resultat der Verringerung der Taschen-

tiefen. Pallenstein – Helder mann (1984) kam durch seine klinische Studie zu der Schlussfolgerung, dass eine chirurgische Methode zur Ausrottung der Bakterien, die bereits die Bindegewebschranke überschritten haben, denselben Effekt bringt, wie eine konventionelle Behandlung mit Tetracyclin-Paralleltherapie.

Nachsorge

Ein parodontaler Risikopatient wird immer erhöht anfällig bleiben und muss nach der Therapie in ein für ihn individuelles Recallsystem integriert werden.

Eine einmal durchgeführte Therapie mit Tetracyclinen reduziert die kollagenolytische Aktivität bis zu fünf Wochen nach dem Abschluss der Tetracyclintherapie. Bei Doxycyclin hält dieser Effekt bis zu zwei Monate an. Bis zur vollständigen Aktivitätsanpassung der Kollagenasen vergeht bis zu einem Jahr (Golub et al. 1985b, Caton et al. 2001). In unseren Studien mit 1488 Patienten über fünf Jahre, veröffentlicht im Dental Barometer 3/2010, konnten wir zeigen, dass eine regelmäßige lokale Applikation von Doxycyclin nach erfolgtem Biofilmmangement in alle Taschen tiefer als drei mm ausreichend ist, um auch bei parodontalen Risikopatienten Zahnverlust und Knochenabbau zu verhindern. Der maximal mögliche Recall-Abstand für den parodontalen Risikopatienten sollte drei Monate nicht übersteigen.

Zusammenfassung

Bakterien machen keinen parodontalen Knochenabbau. Dieser entsteht durch körpereigene Prozesse. Ein parodontaler Risikopatient hat ein zu Ungunsten des Knochenaufbaues verschobenes

Gleichgewicht im Boneremodelling. In Folge dieses Ungleichgewichts kommt es ständig zu vermehrtem parodontalen Knochenabbau. Die Ursache liegt nicht nur in Biofilm, Mikroorganismen und Wirtsreaktion, sondern ist auch genetisch, nicht genetisch bedingt. Für den parodontalen Risikopatienten ist eine auf Biofilmmangement ausgerichtete Therapie unzureichend. Diese Patienten benötigen zusätzlich eine direkte Therapie des Boneremodelling mit lokalem Doxycyclin.

Doxycyclin hat eine reversible knochenabbauhemmende Wirkung, und bei wiederholter Gabe eine Knochenaufbau fördernde Wirkung. Bedingt durch die reversible Hemmung der Osteoklastenfunktion, werden die destruktiven Knochenabbauprozesse unterbrochen und die Parodontose schreitet nicht weiter fort. Diese Eigenschaft besteht losgelöst von der antimikrobiellen Wirksamkeit. Von allen Antibiotika dominieren die Tetracycline mit 66 Prozent Resistenzentwicklung. Dadurch wird die antibiotische Wirksamkeit sehr eingeschränkt. Die kollagenolytische Aktivität ist eine rein chemische Reaktion und völlig losgelöst von dieser Resistenzentwicklung.

Aufgrund dieser hohen Resistenzentwicklung zählen heute Tetracycline als Antibiotika der zweiten Wahl. Im Fazit heißt dies für unsere Parodontaltherapie, sich nicht zu sehr auf die antibiotische Wirksamkeit von Doxycyclin zu verlassen. Wir kennen in der Parodontologie sehr gute klinisch erprobte Therapien zur Entzündungsreduktion. Dazu gehören alle Maßnahmen des Biofilmmagements und der verbesserten häuslichen Mundhygiene, Antiseptika, Laser, Ozon, photodynamische Therapien. Alle diese Maßnahmen reduzieren die gingivalen und parodontalen Entzündungen, haben aber keinen direkten Einfluss auf das Boneremodelling. Dafür benötigen wir zusätzlich das lokale Doxycyclin nach dem Biofilmmangement.

In unseren Studien konnten wir sehen, dass auch für den parodontalen Risikopatienten Zahnverlust und parodontaler Knochenabbau zu verhindern ist, wenn der Patient in ein individuelles Recall mit Biofilmmangement, Entzündungsreduktion und direkter Therapie des Boneremodelling integriert wurde.

Weitere Informationen rund um das Doxycyclin, einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe, können beim Autor erfragt werden. E-Mail: info@moebius-dental.de, Fax: 038483-31539)

Literatur beim Verfasser



Abbildung 5

Professionelle Zahnreinigung sehr gefragt

Jameda ist ein Bewertungsportal im Internet, auf dem Versicherte ihre Meinungen zum Arzt-, Zahnarztbesuch aber auch zu ihrer Krankenkasse abgeben können. Im Dschungel der Navigatoren und Suchfunktionen gehört Jameda dabei zu den Angeboten, die Seriosität vermissen lassen. Die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erarbeiteten Qualitätskriterien für Arztbewertungsportale finden so gut wie keine Beachtung. Neben Freitextfeldern für Schmähkritik kommt bei Jameda jede Bewertung zur Veröffentlichung. So kann es passieren, dass eine Bewertung den Zahnarzt direkt ins schlechte Licht rückt oder an eine Spitzenposition katapultiert. Von Objektivität keine Spur. Zudem ist es ein kommerzielles Portal und damit denkbar schlecht geeignet für eine Meldung in dens. Sie soll hier dennoch wiedergegeben werden. Denn, die professi-

onelle Zahnreinigung ist wichtig und als Vorbeugung in den Köpfen der Patienten fest verankert. Schön, dass auch Jameda das weiß.

Laut einer Umfrage von Jameda nimmt die Mehrheit der Deutschen die professionelle Zahnreinigung als wichtige Vorsorgeleistung an. Zur Frage „Gehen Sie zur professionellen Zahnreinigung?“ gaben 72 Prozent der Befragten an, dieses Angebot anzunehmen. 29 Prozent haben diese Art der Zahnprophylaxe bisher noch nicht wahrgenommen. An der Befragung nahmen insgesamt 1384 Teilnehmer teil.

Für rund ein Fünftel der Befragten kommt eine professionelle Zahnreinigung nicht in Frage. Aber nur vier Prozent dieser Gruppe halten diese zahnärztliche Zusatzleistung tatsächlich für unnötig. Das meistgenannte

Motiv, auf eine Zahnreinigung zu verzichten, sind die hohen Kosten. Elf Prozent der Umfrageteilnehmer nutzen diese Zahnprophylaxe-Maßnahme aus finanziellen Gründen nicht. Oft wird daher bei den Befragten auch die Forderung nach einer Kostenübernahme durch die Kassen laut.

Die Angst vorm Zahnarzt ist nur für wenige ein Grund, sich nicht professionell die Zähne reinigen zu lassen. Nur vier Prozent der Umfrageteilnehmer geben an, den Zahnarzt ganz allgemein zu meiden und daher auch nicht zur Zahnreinigung zu gehen.

Bei den Motiven, zur professionellen Zahnreinigung zu gehen, stehen Gesundheit und Sauberkeit der Zähne ganz klar im Vordergrund (67 Prozent). Für lediglich fünf Prozent der Befragten ist die Verschönerung der Zähne das wichtigste Motiv.

Jameda

Digitale Volumentomographie in der Zahnmedizin

Nach der Etablierung der digitalen Volumentomographie (DVT) im Bereich der zahnärztlichen Diagnostik ist auch in Thüringen der Trend zu verzeichnen, diese Geräte in der Zahnarztpraxis zu nutzen. Im Vergleich zur konventionellen Röntgentechnik bietet die DVT-Bildgebung erhebliche Vorteile für die röntgenologische Differenzialdiagnostik.

Mit der dreidimensionalen digitalen Bildverarbeitung lässt sich die Anatomie des Patienten aus jeder Perspektive professionell darstellen. So ist es möglich, anatomische Einzelheiten und Zusammenhänge genau zu erkennen und auszuwerten. Der digitale Volumentomograph besitzt eine um 360 Grad rotierbare Röntgenröhre mit einem dreidimensionalen Nutzstrahlbündel. Der Detektor ist ein Bildverstärker, die Bilderfassung erfolgt mittels CCD-Chips. Bei der Bilderstellung rotieren Röntgenröhre und Bildverstärker um den Patienten. Dabei werden pro Grad ein Einzelschnittbild erstellt und alle 360 Bilder zu einem dreidimensionalen Rohdatensatz („Volumen“) durch gerätespezifische Software zusammengerechnet. Aus den Axialschichten der primären Rekonstruktion werden,

je nach Bedarf, weitere sekundäre Rekonstruktionen errechnet. Im Volumen findet eine isometrische Auflösung der favorisierten Hartgewebe (Knochen, Zähne) statt. Dabei ist das Spektrum der zu untersuchenden Strukturen auf den Kopfbereich begrenzt.

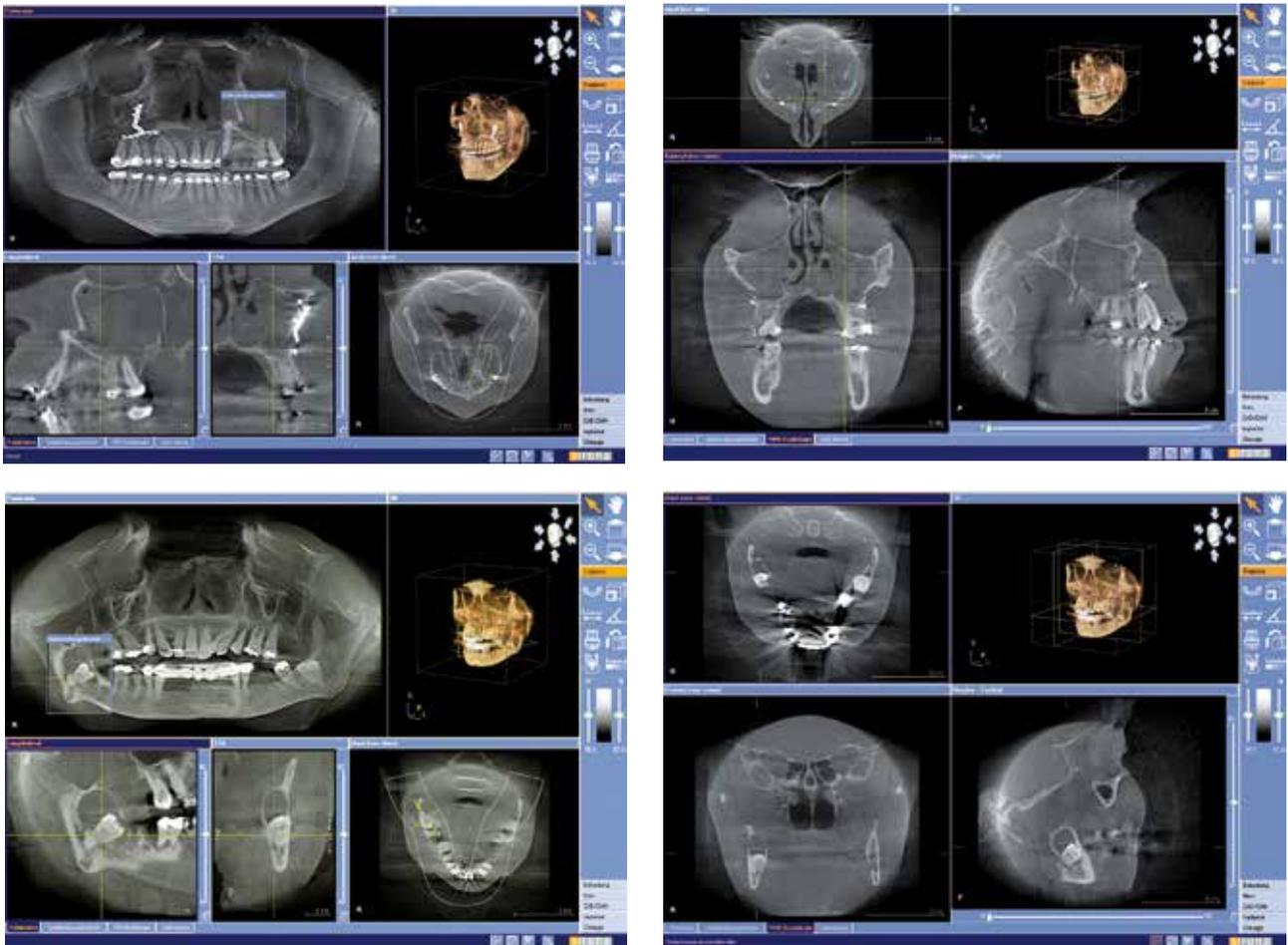
Grundsätzlich unterscheidet man Geräte, die speziell für die 3D-Diagnostik entwickelt wurden, und Panorama-Geräte, die über eine zusätzliche 3D-Funktion verfügen (Dual-Use-System). Der Vorteil von Dual-Use-Geräten besteht darin, dass sie neben der 3D-Bildgebung ein konventionelles Panoramabild erzeugen können. Allerdings ist die 3D-Funktion eingeschränkt, indem diese Geräte nur einen begrenzten Bereich der anatomischen Strukturen erfassen. Daraus ergibt sich, dass für die Diagnostik entfernter Bereiche (z. B. Beurteilung der unteren Weisheitszähne) Mehrfachuntersuchungen notwendig sind. Gleichzeitig ist aufgrund des verwendeten Flatpanel-Detektors die Strahlenexposition vergleichsweise hoch, da die Signale nicht verstärkt werden können (Scherer et al.). Aufgrund dieser Tatsache sind Dual-Use-Geräte für die 3D-Diagnostik nur in

einem eingeschränkten Indikationsbereich einsetzbar.

Die speziell für 3D-Anwendungen entwickelten Geräte bilden große Volumina ab, woraus sich ein breites Anwendungsspektrum mit diagnostischen Vorteilen für oral- und mund-, kiefer-, gesichtschirurgische aber auch kieferorthopädische Anwendungen ergibt. Aufgrund des Einsatzes von Bildverstärkern ist die Strahlenbelastung bei diesen Geräten deutlich geringer als bei den Dual-Use-Geräten. Eine Errechnung zweidimensionaler Bilder (Panoramaaufnahme, Einzelzahnaufnahmen, Fernröntgenseitenaufnahme) ist aufgrund der vergleichsweise hohen Strahlendosen im Vergleich zur herkömmlichen Röntgendiagnostik nicht zulässig.

Bezüglich der Strahlenexposition durch DVT-Untersuchungen sind derzeit nur begrenzt Aussagen möglich. Die effektive Dosis schwankt zwischen den einzelnen Geräten beträchtlich, sie liegt zwischen 13µSv und 1073µSv (Panoramaaufnahme: zwischen 10µSv und 20µSv). Im Vergleich zur herkömmlichen Computertomographie ist die effektive Dosis erheblich reduziert.

Generell gilt, dass die rechtfertigende Indikation unbedingt einzuhalten ist, das heißt, der diagnostische Nutzen muss gegenüber dem Strahlenrisiko



Räumliche Darstellung einer Zyste mittels digitalem Computersystem

Fotos: Wiegner

überwiegen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen besteht ein erheblich erhöhtes Risiko von Folgeschäden nach einer Exposition mit ionisierender Strahlung, weswegen bei ihnen eine besonders sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung zu erfolgen hat. In der Leitlinie der DGZMK „Digitale Volumentomographie (DVT) – S 1-Empfehlung“ werden Indikationsempfehlungen im Bereich der Zahnmedizin definiert. Das Indikationsspektrum umfasst grundsätzlich alle Bereiche der Zahnheilkunde.

Konservierende Zahnheilkunde

- Diagnostik an ungefüllten Zähnen
- ungeeignet bei Zähnen mit Metallrestaurationen durch das Auftreten von Metallartefakten oder Artefakten durch Überlagerungen der Zahnhartsubstanz.

Daher ist die DVT zur Kariesdiagnostik, insbesondere von approximalen Läsionen, kaum geeignet.

Endodontie

- apikale Veränderungen bei Vorliegen klinischer Auffälligkeiten, wenn diese auf zweidimensionalen Aufnah-

men nicht darstellbar sind

- Wurzelfrakturen
- Wurzelresorptionen zum Beispiel nach Zahntrauma

Parodontologie

- Visualisierung der knöchernen Parodontalsituation, da die dreidimensionale parodontale Morphologie gut abgebildet wird

Zahnärztliche Prothetik

In der zahnärztlichen Prothetik bietet die DVT zusätzliche Möglichkeiten in der Diagnostik und in der Therapieplanung. Zukünftig könnten die DVT-Daten in Kombination mit digitalen Daten introraler Scanner durch Integration in eine Planungssoftware zusätzliche Möglichkeiten in der Therapieplanung im Sinne eines virtuellen Set-Ups bereitstellen. Derzeit sind die folgenden Indikationsgebiete für die zahnärztliche Prothetik erkennbar, bei denen eine DVT-Untersuchung erfolgen kann:

- zusätzliche Informationen zur Diagnostik der Pfeilerwertigkeit (z. B. Wurzeloberfläche, Furkationsbefunde)

- Visualisierung des quantitativen und qualitativen Knochenangebotes (implantatgestützter Zahnersatz, herausnehmbare Prothetik)
- Darstellung von Nervenaustrittspunkten (implantatgestützter Zahnersatz, herausnehmbare Prothetik)
- Diagnostik von knöchernen Erkrankungen des Kiefergelenks
- virtuelle Planung von implantatprothetischen Versorgungen
- Verknüpfung der 3D-Daten mit der Konstruktions-Software von CAD/CAM-Systemen (zum Beispiel für CAD/CAM-gefertigte Bohrschablonen, Langzeitprovisorien oder definitiven Zahnersatz)

Funktionsdiagnostik und -therapie

In der Diagnostik und Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen ergänzen bildgebende Verfahren die klinischen und instrumentellen diagnostischen Verfahren. Tomographische Röntgenverfahren sind dabei grundsätzlich nur zur Darstellung knöcherner Veränderungen in der Kiefergelenkregion zielführend. Für die Darstellung von Knorpelstrukturen bleibt die Magnetresonanztomo-

graphie das Verfahren der Wahl, zumal hier die knöchernen Konturen ebenfalls in dreidimensionalen Schnittbildern zur Darstellung kommen.

Derzeit erkennbare Hauptindikationen, für welche eine DVT zur Kiefergelenksdiagnostik herangezogen werden kann, sind:

- Ausschluss primärer Kiefergelenkerkrankungen
- Erfassung differenzialtherapeutisch relevanter Befunde (Ausmaß erosiver Prozesse der Kondylen, Sklerosierungen, Position der Kondylen, Fehlstellungen des Kondylus in der Fossa mandibularis)

Chirurgische Zahnheilkunde

In der zahnärztlichen Chirurgie dient die DVT überwiegend zur Diagnostik von knöchernen (pathologischen) Befunden beziehungsweise räumlichen Verhältnissen, die teilweise bereits unter den anderen Fachgebieten beschrieben wurden. Es zeichnen sich zusätzlich dazu derzeit die folgenden Einsatzmöglichkeiten innerhalb des Fachgebietes ab, in denen die DVT zur röntgenologischen Diagnostik Verwendung finden kann:

- Wurzelfrakturen (wobei es jedoch Hinweise gibt, dass die Sensitivität für frische Wurzelfrakturen unmittelbar nach dem Trauma reduziert sein kann)
- Alveolarfortsatzfrakturen
- intraossäre pathologische Veränderungen wie odontogene Tumoren oder größere periapikale knöcherne Läsionen
- Lageanomalien von Zähnen
- präoperative Schnittbilddiagnostik bei der geplanten operativen Entfernung von (teil-)retinierten Weisheitszähnen. Hier kann ein Einsatzgebiet für die DVT gegeben sein, wenn auf bereits vorhandenen, konventionellen Röntgenaufnahmen die räumliche Lagebeziehung zwischen Mandibularkanal und dem Weisheitszahn nicht ausreichend sicher interpretiert werden kann oder als kritisch einzuschätzen ist. Aufgrund des geringen Effektes, bezogen auf den therapeutischen Nutzen, sollte hingegen auf einen routinemäßigen Einsatz vor Weisheitszahnentfernung verzichtet werden.

Implantologie

In der Implantologie dient die DVT vorwiegend zur Therapieplanung, zur Visualisierung und Vermessung der knöchernen Ausgangssituation sowie zur Visualisierung implantatprothetischer Behandlungsplanungen im dreidimensionalen Patientenkontext (Planungsschablonen). Hierbei sind metrische

Messungen notwendig, deren Genauigkeit von der tatsächlich erreichten Ortsauflösung, der Kontrastauflösung und dem Signal-Rauschverhältnis abhängig ist. Eine computergestützte Planung auf der Basis dreidimensionaler Röntgenverfahren sollte mithilfe der DVT durchgeführt werden.

Auf der Basis dieser Aufnahmen können geplante Implantate, Aufbauten, Augmentationen, Schnittführungen, Zahnersatzrestaurationen softwarebasiert simuliert und evaluiert werden. Die dabei ermittelten Werte und Erkenntnisse können dazu verwendet werden, eine möglichst exakte, prothetisch orientierte Positionierung der Implantate unter bestmöglicher Ausnutzung des Knochenangebots zu planen. Zudem können Defizite im vorhandenen Gewebeangebot detektiert und die Notwendigkeit von Augmentationen/Distraktionen/implantatbettvorbereitenden Maßnahmen vorausschauend erkannt sowie gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen geplant werden. Die Übertragung der räumlichen Information aus dem Planungssystem in die OP-Realität kann über computerunterstützt gefertigte Übertragungsbeziehungsweise Bohrschablonen oder mithilfe der direkten Instrumentennavigation erfolgen.

Da, bedingt durch die hohe Absorption eines Titanimplantats, im weiteren Strahlengang Aufhärtungsartefakte entstehen, ist die Evaluation der unmittelbar periimplantären Region sowie der Region zwischen Implantaten in Strahlengangrichtung nur sehr eingeschränkt möglich.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Zusätzlich zu den bereits genannten chirurgischen Indikationsgebieten der zahnärztlichen Chirurgie und der Implantologie kann die DVT in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie beispielsweise für die folgenden Indikationen eingesetzt werden:

- odontogene Tumoren
- Knochenpathologie und -strukturanomalien insbesondere bei Ostitis, Osteomyelitis und Osteoporose
- Kieferhöhlenerkrankungen
- Speichelsteine
- (knöcherne) Kiefergelenkerkrankungen
- Kiefer- und Gesichtstraumatologie
- Darstellung des räumlichen Verlaufs intraossärer Strukturen (knöcherne Nerven-, Gefäßkanäle)
- Diagnostik und Operationsplanung bei komplexen Fehlbildungen

Kieferorthopädie

Kinder haben ein generell erhöhtes Risiko, in der Folge einer ionisierenden Strahlenexposition einen Folgeschaden zu erleiden. Diese Tatsache ist auch in der Kieferorthopädie grundsätzlich und sicher verstärkt zu berücksichtigen, die Indikationsstellung muss entsprechend angepasst werden. Durch DVT-Untersuchungen ist eine deutliche Erhöhung der Strahlenexposition der jungen Patienten zu erwarten, eine ausreichende Evidenz für einen erhöhten Nutzen liegt derzeit nicht vor. Trotz der derzeit auf relativ niedrigem Evidenzniveau basierenden Erkenntnisse zeichnen sich derzeit die folgenden kieferorthopädischen Indikationen ab, bei denen eine DVT-basierte Diagnostik sinnvoll sein kann:

- Diagnostik von Anomalien des Zahnbestandes
- Diagnostik von Anomalien und Dysplasien der Zahnwurzeln
- differenzialdiagnostische Bewertung von Zahndurchbruchstörungen
- Darstellung des peridentalen Knochenangebots zur prognostischen Bewertung geplanter Zahnbewegungen
- Diagnostik craniofazialer Fehlbildungen

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass mit der digitalen Volumentomographie dem Zahnarzt ein weiteres Instrument zur Diagnostik zur Verfügung steht, das insbesondere der dreidimensionalen Orientierung im Hartgewebe dient und zukünftig Untersuchungen mittels Computertomographie ersetzen wird. Dabei nehmen die Dual-Use-Geräte eine Sonderstellung ein. Dem Vorteil, der Erstellung von Panorama-Aufnahmen, stehen erhebliche Einschränkungen bei der 3D-Darstellung und vergleichsweise hohe Strahlendosen gegenüber.

DVT-Geräte mit hohen Volumina zeigen eine gute dreidimensionale Darstellung. Eine Nutzung zur Erstellung von Panoramaschichtaufnahmen ist aus Strahlenschutzgründen allerdings nicht zulässig.

Dr. Matthias Seyffarth

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Landes Zahnärztekammer Thüringen aus Thüringer Zahnärzteblatt (tzb) Nr. 2/2010.

Literatur: Scherer et al.: Indikationen für die digitale Volumentomografie; zm 98, Nr. 6, 16. März 2008

Leitlinie der DGZMK Dentale Volumentomographie (DVT) - S1-Empfehlung; zm 99, Nr. 17, 1. September 2009

Befristung von Arbeitsverhältnissen



Rechtsanwalt Peter Ihle

Bei der Einstellung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters stellt sich für die Zahnärztin oder den Zahnarzt die Frage, zunächst ein befristetes oder aber ein unbefristetes Arbeitsverhältnis abzuschließen.

Ein befristetes Arbeitsverhältnis endet anders als ein unbefristeter Vertrag durch Zeitablauf. Zur Beendigung bedarf es also keiner Kündigung.

Eine Befristung ist nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz vom 21. Dezember 2000 nur dann zulässig, wenn eine Neueinstellung vorliegt oder sie durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist.

Bei einer Neueinstellung darf ein Arbeitsvertrag maximal bis zur Dauer von zwei Jahren befristet werden, ohne dass es hierzu einer sachlichen Rechtfertigung der Befristung bedarf. Bis zu dieser Gesamtdauer ist eine dreimalige Verlängerung der Befristung zulässig. Beispiel: Arbeitsbeginn am 1. Oktober 2012, zunächst Befristung bis zum 30. April 2013, weitere Befristungen bis zum 30. September 2013, 30. April 2014 und 30. September 2014. Eine Befristung ohne Sachgrund ist nicht zulässig, wenn mit demselben Arbeitgeber bereits vorher ein Arbeitsverhältnis bestand. Es ist also nicht möglich, mit einem bisher unbefristet beschäftigten Mitarbeiter einen befristeten Arbeitsvertrag abzuschließen, so-

fern dafür kein besonderer Sachgrund vorliegt. Ein Berufsausbildungsverhältnis gilt allerdings nicht als Arbeitsverhältnis. Mit einer Mitarbeiterin, die in der eigenen Praxis die Berufsausbildung absolviert hat, kann also auch ohne Sachgrund ein befristeter Anstellungsvertrag abgeschlossen werden. In einer neu gegründeten Praxis ist es möglich, Arbeitnehmer bis zu einer Gesamtdauer von vier Jahren ohne Sachgrund befristet zu beschäftigen, wobei auch hier mehrmalige Verlängerungen innerhalb der zulässigen Gesamtdauer erfolgen können.

Darüber hinaus ist eine Befristung nur zulässig, wenn sie durch einen

sachlichen Grund gerechtfertigt ist. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz nennt als Beispiele sachlicher Gründe,

- einen vorübergehenden betrieblichen Bedarf an der Arbeitsleistung
- die Einstellung eines Mitarbeiters zur Vertretung eines anderen (z. B. Krankheits- oder Schwangerschaftsvertretung)
- die Einstellung zur Erprobung für maximal sechs Monate u. a.

Die Befristung eines Anstellungsvertrages ist nur wirksam, wenn der Vertrag schriftlich abgeschlossen wurde. Es sollte darauf geachtet werden, dass sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber den befristeten Ver-

trag unterzeichnen, bevor die Arbeit aufgenommen wird. Die Mitarbeiterin, die ihre Arbeit beginnt, ohne dass bereits ein schriftlicher Arbeitsvertrag geschlossen wurde, befindet sich in einem unbefristeten Anstellungsverhältnis. Mit ihr kann im Nachhinein kein befristeter Vertrag ohne Sachgrund geschlossen werden, da es sich dann nicht mehr um eine Neueinstellung handelt. Stellt sich heraus, dass eine Befristung unzulässig war, weil eine der o. g. Voraussetzungen nicht vorliegt, gilt das Arbeitsverhältnis als auf unbefristete Zeit abgeschlossen. Gleiches gilt, wenn das Arbeitsverhältnis von beiden Parteien über das Ende der Befristung hinaus stillschweigend fortgesetzt wird, ohne dass eine schriftliche Vereinbarung zur weiteren Befristung getroffen wurde. Die Verlängerung der Befristung muss daher ebenfalls vor Ablauf der zu verlängernden befristeten Beschäftigung schriftlich vereinbart werden, da anderenfalls ein unbefristetes Arbeitsverhältnis entsteht.

Da das Bürgerliche Gesetzbuch festlegt, dass ein Arbeitsverhältnis entweder durch Zeitablauf oder durch Kündigung endet, kann ein befristetes Arbeitsverhältnis nur aus wichtigem Grund vor Ablauf der Befristung gekündigt werden, sofern nicht ausdrücklich die Möglichkeit ordentlicher Kündigungen trotz der Befristung vereinbart wird. Es empfiehlt sich daher, in jeden befristeten Arbeitsvertrag die Regelung aufzunehmen, dass das Arbeitsverhältnis unter Beachtung der gesetzlichen Kündigungsfristen bereits vor Zeitablauf ordentlich kündbar ist.

Rechtsanwalt Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer

Anzeige

Unfallbedingter Einnahmeausfall bei einer Gemeinschaftspraxis

Es kann einen Zahnarzt jederzeit treffen: Er wird z. B. bei einem Autounfall verletzt, den ein anderer verursacht hat. Wegen der Verletzung kann er seinem Beruf nicht nachgehen und hat deshalb auch keine Einnahmen. Seine Praxiskosten laufen jedoch weiter. Kurz: Er hat – abgesehen von den Schmerzen – einen erheblichen finanziellen Nachteil. Dieser ist vom Unfallgegner bzw. dessen Haftpflichtversicherung zu ersetzen, sofern dieser die alleinige Schuld trägt.

Allerdings muss der verletzte Zahnarzt den ihm entstandenen Schaden der Höhe nach darlegen und ggf. beweisen. Dies ist nicht einfach und wird oft bei einem Streit vor Gericht unzureichend gemacht. Es kann passieren, dass dann kein oder nur ein stark geminderter Schadensersatz gezahlt wird. Ein typischer Fall wurde vom Oberlandesgericht Koblenz entschieden (Az. 5 U 547/11).

Es ging darum, dass ein Partner einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis wegen eines von einem Dritten verursachten Unfalls 70 Tage arbeitsunfähig war. Er trug vor, dass er täglich einen Reingewinn von 800 Euro erwirtschaftete. Da er 70 Tage arbeitsunfähig war, forderte er 56 000 Euro (70 x 800 Euro). Außerdem erhalte er monatlich von der Gemeinschaftspraxis eine „Entnahme“ von 12 000 Euro, also 400



*Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Rechtsanwalt*

Euro kalendertäglich. Er fügte hinzu, dass es „offenkundig“ sei, dass ein arbeitender Selbstständiger Einkünfte erziele.

Beide Instanzen, das Landgericht und das Oberlandesgericht (OLG), wiesen die Klage ab, d. h. der Arzt bekam kein Geld.

Das OLG hielt den gesamten Vortrag des Arztes für unzureichend. Es

sei schon offensichtlich falsch, dass der angebliche Reingewinn von 800 Euro auch an Samstagen und Sonntagen entstehe, an denen der Arzt nicht arbeite. Weiter besage die „Entnahme“ von 12 000 Euro nicht, dass der Arzt während der 70 Tage diese Summe erwirtschaftet hätte, wenn er nicht arbeitsunfähig gewesen wäre. Schließlich sei es nicht „offenkundig“, dass ein arbeitender Selbstständiger immer Einkünfte erziele. Hinzu kam, dass der Steuerberater der Gemeinschaftspraxis mitteilte, dass eine Aufstellung der von jedem der drei Partner der Gemeinschaftspraxis in den Monaten vor dem Unfall erzielten Umsätze nicht möglich sei.

Man mag die völlige Abweisung der Klage für unverständlich halten. Jedenfalls wird deutlich, dass nur ein detaillierter Sachvortrag einschließlich der Vorlage von Belegen zu einer Schadensersatzzahlung führt. Es reichen keine allgemeinen Ausführungen. Der geschädigte Arzt muss konkret darlegen, welche Umsätze er gemacht hätte, wenn er nicht arbeitsunfähig gewesen wäre. Dazu hilft z. B. eine genaue Aufstellung, welche Umsätze in den Monaten vorher konstant (!) erzielt wurden und ob nicht die Fehlzeit nach jahrelanger Erfahrung in eine Zeit fiel, in der üblicherweise weniger Umsatz gemacht wird, z. B. in der Urlaubszeit. Bei einer Gemeinschaftspraxis ist es noch schwieriger: Regelmäßig behaupten die Schädiger bzw. deren Haftpflichtversicherung, dass die Arbeit des ausgefallenen Arztes von den verbliebenen Ärzten übernommen worden ist, so dass der Gemeinschaftspraxis kein Schaden entstanden ist.

Quelle: Newsletter Dr. Schinnenburg

Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Lerchenfeld 3, 22081 Hamburg
Tel.: 040-2507202
www.rechtsanwalt-schinnenburg.de

Mit freundlicher Genehmigung aus dem
Niedersächsischen Zahnärzteblatt Juli/August 2012

Anzeige

Bleaching ist Sache des Zahnarztes

Neue Kosmetik-Verordnung stellt Anwendung für Bleichmittel klar

Der Gesetzgeber hat nunmehr die Änderung der Kosmetik-Richtlinie für Zahnbleichmittel umgesetzt. Danach ist der Text der europäischen Vorgabe 1:1 übernommen worden. In Zukunft wird ausschließlich die Zweckbestimmung eines Zahnbleichmittels von Bedeutung für dessen Eingruppierung sein. Das heißt: Ist die Zweckbestimmung eines Zahnbleichmittels medizinisch, dann unterliegt es der Medizinprodukte-Richtlinie und kann auch in Konzentrationen über sechs Prozent H_2O_2 angeboten werden. Mittel mit rein kosmetischer Zweckbestimmung gelten als Kosmetika und sind auf max. sechs Prozent H_2O_2 -Konzentration begrenzt. Allerdings gab und gibt es unterschiedliche Interpretationen innerhalb der EU-Mitglieder zu der am 29. Oktober 2011 veröffentlichten Änderungsrichtlinie zur Anpassung des Anhangs III der Richtlinie 76/768/EWG über kosmetische Mittel (Kosmetikrichtlinie).

Sachverhalt:

Gemäß der Neufassung von Anhang III Teil 1 Nummer 12 der Kosmetikrichtlinie ist aus Gründen des Patientenschutzes künftig die erste Anwendung von Zahnbleichmitteln bzw. Zahnaufhellern auf der Basis von Wasserstoffperoxid und von wasserstoffperoxidfreisetzenden Verbindungen oder Gemischen wie Carbamidperoxid und Zinkperoxid in einer Konzentration von 0,1 Prozent bis sechs Prozent stets einem Zahnarzt im Sinne der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie vorbehalten oder muss unter dessen direkter Aufsicht erfolgen.

Nach der ersten Anwendung kann das Mittel dann dem Verbraucher überlassen werden. Eine Abgabe an Minderjährige ist verboten. Diese Anordnung gilt erneut für jeden einzelnen Anwendungszyklus. Produkte mit einer Wasserstoffperoxidkonzentration von unter 0,1 Prozent sind weiterhin freiverkäuflich. In all diesen Punkten besteht Konsens innerhalb der der EU-Mitglieder.

H_2O_2 -Konzentration von über sechs Prozent

Zu Produkten mit einer H_2O_2 -Konzentration von über sechs Prozent werden in der Richtlinie keine expliziten Aussagen getroffen. Die EU-Kommission legt diesen Sachverhalt sehr streng aus und zieht das Fazit, dass jene Mit-

tel verboten wären und schon immer illegal verwendet worden seien.

Diese Ansicht wird in Deutschland so nicht geteilt. Zahnbleichprodukte mit einer H_2O_2 -Konzentration von über sechs Prozent unterliegen aus Sicht der BZÄK in Distribution und Anwendung ebenfalls dem Zahnarztvorbehalt, wobei alle Anwendungszyklen in der Praxis durchzuführen sind. Ein Großteil dieser Produkte ist in Deutschland seit Jahren als Medizinprodukt zugelassen und dürfte damit nicht der Kosmetikrichtlinie unterliegen.

Diese Ansicht teilen neben Deutschland auch Italien und Portugal. Produkte unter sechs Prozent H_2O_2 sind für internes Bleichen nicht effektiv.

Gleichwohl sieht die EU-Kommission diese Zahnbleichmittel künftig als verboten an; das CED plant ein Informationsschreiben für seine Mitglieder, das von der deutschen Interpretation abweichen wird.

Was gilt?

Festzuhalten ist bislang vor allem Folgendes:

1. Es ändert sich nichts Wesentliches im Vergleich zum status quo, außer
2. dass nunmehr alle Zahnweißpro-

dukte mit einer H_2O_2 -Konzentration über 0,1 Prozent nur über den Zahnarzt abgegeben und im ersten Therapiezyklus auch nur in der Praxis angewendet werden dürfen. Bleaching ist also ausschließlich Sache des Zahnarztes geworden, was positiv zu bewerten ist.

3. Die Delegationsmöglichkeiten bleiben in der Praxis davon unberührt. Zahnweißprodukte mit einer H_2O_2 -Konzentration unter 0,1 Prozent sind frei verkäuflich und können zu Hause angewandt werden.
4. Zu über sechsprozentigen Produkten werden in der Richtlinie keine Aussagen getroffen. Sie sind nicht verboten, unterliegen aber den Kautelen wie unter Punkt 2, wobei alle Anwendungszyklen in der Praxis durchzuführen sind. Ein Großteil dieser Produkte ist in Deutschland als Medizinprodukte zugelassen und von der Kosmetik-Richtlinie nicht betroffen.
5. Zahnweißprodukte mit einer H_2O_2 -Konzentration über sechs Prozent sind für das interne Bleichen implizit von der Medizinprodukte-Richtlinie abgedeckt (Klasse 2a-Produkte).

BZÄK

Bindungsklausel an ein Dentallabor nichtig

Die vertragliche Verpflichtung eines Zahnarztes, zahntechnische Arbeiten nur bei einem bestimmten Dentallabor anfertigen zu lassen, verstößt gegen das Wettbewerbsrecht, gegen das Bürgerliche Gesetzbuch und gegen die zahnärztliche Berufsordnung.

Dies stellte der Bundesgerichtshof (BGH) in einer jetzt veröffentlichten Entscheidung (Az: I ZR 231/10, Urteil vom 23. Februar 2012) fest, meldet der Nachrichtendienst „adp“. In den Leitsätzen des Urteils heißt es: „Es stellt eine unangemessene unsachliche Einflussnahme auf die zahnärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit dar, wenn sich Zahnärzte vertraglich verpflichten, ein von einer GmbH betriebenes Dentallabor mit sämtlichen bei der Behandlung ihrer Patienten anfallenden Dentallaborleistungen zu beauftragen und die Zahnärzte durch eine gesellschaftsrechtliche Konstruktion am Gewinn

dieser GmbH partizipieren können.“

Zudem heißt es in dem Urteil: „Die auf eine solche unangemessene unsachliche Einflussnahme gerichtete Vertragsbestimmung ist gemäß § 134 BGB in Verbindung mit dem zahnärztlichen Berufsrecht sowie §§ 3, 4 Nr. 1 UWG nichtig.“ Und schließlich: „Da das Verbot der unsachlichen Einflussnahme auf die ärztliche Behandlungstätigkeit verhindern soll, dass Ärzte und Zahnärzte ihre Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und dem Berufsrecht nicht allein im Sinne des Patienteninteresses wahrnehmen, ist es den vom Dentallabor auf Erfüllung der Verpflichtung zur Auftragserteilung in Anspruch genommenen Zahnärzten nicht nach Treu und Glauben verwehrt, sich auf die Nichtigkeit der entsprechenden Vertragsklausel zu berufen.“ Volltext zur BGH-Entscheidung: <http://www.bundesgerichtshof.de> **zm-online**

Nachruf für Prof. Dr. Alfred Gerber

Kurz nach seinem 92. Geburtstag, den er im Kreise seiner Familie und im Beisein von Freunden begehen konnte, ist Obermedizinalrat Professor Dr. Alfred Gerber am 22. August 2012 unerwartet verstorben.

Seine Kollegen und die Mitarbeiter der ehemaligen Bezirkspoliklinik für Stomatologie Schwerin trauern um ihren langjährigen Chef.

Alfred Gerber begann das Studium der Zahnheilkunde an der Universität Königsberg (Ostpreußen). Unterbrochen durch Kriegsdienst und Verwundung im zweiten Weltkrieg beendete er sein Studium 1947 an der Universität Greifswald mit der Zahnärztlichen Approbation und der Promotion.

Es folgten berufliche Stationen als Assistenz Zahnarzt an der dor-

tigen Universitätsklinik sowie als leitender Zahnarzt im Gesundheitswesen in Greifswald, Neubrandenburg und Parchim. Im Jahre 1951 übernahm er die Leitung der Zahnmedizinischen Abteilung der Poliklinik Schwerin.

In den folgenden Jahren wurden hier die Grundlagen für die im Jahre 1964 erfolgte Gründung der Bezirkspoliklinik für Stomatologie Schwerin gelegt, deren Ärztlicher Direktor Prof. Gerber bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand im Jahre 1986 blieb.

Schwerin war somit 35 Jahre der Mittelpunkt seines beruflichen Schaffens für die Zahnheilkunde im Gesundheitswesen der ehemaligen DDR.

Die Vielfalt und Breite dieses Wirkens ist in „dens“ mehrfach gewürdigt worden.

Auch im Ruhestand ist Prof. Gerber aktiv geblieben. Er beschäftigte sich vor allem mit der Geschichte der Zahnheilkunde. Seine Veröffentlichungen in „dens“ in den Jahren 2000 bis 2003 unter dem Gesamttitel „Die Zahnheilkunde im Wandel der Zeit“ fanden stets Beachtung.

Nun hat ein erfülltes Leben sein Ende gefunden. Die Erinnerung an eine Persönlichkeit als Arzt, Wissenschaftler und Klinikleiter, als Streiter und Kämpfer, als Lehrender und Förderer, als Mensch, der Lebenswürdigkeit und Strenge, Lebensfreude und Pflichterfüllung in Würde vereinte, bleibt.

Prof. Dr. Gert Seefeld
Dr. Hans-Ulrich Kossov
Dr. Ernst Zschunke
Dr. Harald Möhler
Dr. Holger Garling

Mundtrockenheit – Ursachen, Diagnose, Therapie

Neues Fachbuch von Sebastian Hahnel



Spitta Verlag, im August 2012; Broschur; 176 Seiten; 31 Abbildungen und Tabellen; 39,80 Euro; ISBN 978-3-943996-00-5; versandkostenfrei

Die demographische Entwicklung und die sich kontinuierlich entwickelnden Therapien von schweren Erkrankungen bewirken, dass die Zahl der Patienten mit subjektiver Xerostomie und objektiver Hyposalivation deutlich zunimmt. Das neue Fachbuch von Sebastian Hahnel vereinigt umfangreiches Wissen und fasst Ursachen, Diagnostik und Therapien des Krankheitsbildes für Zahnärzte, Mediziner und Pflegepersonal logisch und strukturiert zusammen.

Von Autoimmunerkrankungen über Infektionen oder Tumore bis hin zu Nebenwirkungen von Medikamenten – es gibt viele Ursachen für das Symptom Mundtrockenheit.

Und Mundtrockenheit ist häufig: Etwa jeder fünfte Erwachsene leidet daran. Für Deutschland bedeutet dies, dass mehr als zehn Millionen Erwachsene Mundtrockenheit haben. Und das Risiko steigt stark mit zunehmendem Alter und der Zahl an

eingenommenen Medikamenten.

Bis heute herrscht vielfach Unsicherheit, wie mit dem Krankheitsbild Xerostomie oder Hyposalivation umzugehen ist. Hier setzt das neue Fachbuch von Sebastian Hahnel an. Ausgehend von der Zusammensetzung und den Funktionen des Speichels, erläutert der Autor die vielfältigen Ursachen, die zu Mundtrockenheit führen können, und teilt sie in krankheitsbedingte Symptome sowie als Nebenwirkungen von Therapien ein. Er gibt praktische Tipps zur Diagnostik und präsentiert die verschiedenen therapeutischen Strategien wie kausale Therapien, Speichel-Stimulation und unterstützende Therapien. Da die Behandlung häufig eine interdisziplinäre Herangehensweise erfordert, richtet sich das Buch nicht nur an Zahnärzte, sondern auch an Kollegen der Inneren Medizin, Psychiatrie, Geriatrie und anderer Fachgebiete sowie an Pflegefachkräfte.

Verlagsangaben

Businesspläne für Ärzte und Zahnärzte

Von Benjamin Feindt

Dieses Buch klärt die Fragen der Praxisgründung für Ärzte und deren Berater und unterstützt bei den Verhandlungen mit Praxisverkäufern und Banken. Steuerberater können ihren Mandanten so strukturiert im Gründungsprozess zur Seite stehen. Der Schritt in die Selbstständigkeit bringt viele Fragen mit sich.

Dieses Buch hilft Ärzten und deren Beratern auf dem Weg zur eigenen Praxis, in dem es die Möglichkeiten der Selbstständigkeit strukturiert und leicht verständlich beschreibt. Die relevanten Vorgründungsentscheidungen werden anschaulich beschrieben. Jeder Gründer stellt sich im Rahmen seiner Überlegungen die Frage nach dem ärztlichen Einkommen. Letztlich determinieren Umsätze, Kosten, Investitionen, Finanzierungen und Steuern den Betrag, der dem Arzt am Monatsende für private Ausgaben zur Verfügung steht. Das Buch beschreibt Möglichkeiten zur Planung dieser Größen, wobei der Schwerpunkt auf dem konkreten Praxisnutzen liegt – eben eine Hilfe aus der Praxis für die Praxis.“

Zielgruppen des Buches sind Arzt- und Zahnarztpraxen und deren Berater wie Banken, Steuerberater, Rechtsanwälte, Unternehmensberater, Fachanwälte für Steuerrecht, Wirtschaftsprüfer.

Verlagsangaben



bei Verhandlungen mit Praxiskäufern und Banken; HDS-Verlag 2012; 128 Seiten; kartoniert; Inhalt zweifarbig; 49,90 Euro; ISBN 978-3-941480-52-0

Erfolgreiche Führung der Praxis

Von Hans-Peter Held/
Christian Stoffel

Checklisten zur Praxisführung für Arzt- und Zahnarztpraxen Kompakt;



HDS-Verlag 2012; 128 Seiten; kartoniert; Inhalt zweifarbig; 39,90 Euro; ISBN 978-3-941480-33-9

Der Erfolg ist gekrönt vom Blick für das Wesentliche. Weniger ist mehr. Qualität und nicht Quantität sichert den Erfolg für die (eigene) Praxis.

Die wichtigsten Bausteine erfolgreicher Praxisführung werden in diesem Buch kurz und prägnant mit Lösungsoptionen dargestellt. Erprobte und in der Praxis langjährig bewährte Checklisten zur professionellen, kompetenten und effizienten Führung von Arzt- und Zahnarztpraxen können hier genutzt werden. Eine ideale Zusammenfassung der wichtigsten Bausteine erfolgreicher Praxen in Checklistenform für den Arzt und dessen steuerliche, rechtliche und betriebswirtschaftliche Berater.

In diesem Buch werden folgende Themen dargestellt: Betriebsprüfung, Steuerplanung, Umsatzsteuer, Finanzierung, Personalplanung und Personalkalkulation, Praxisbewertung/Praxisverträge, Vermögensaufbau und -sicherung, Vor- und Gründungsphase, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung.

Zielgruppen des Buches sind Arzt- und Zahnarztpraxen und deren Berater wie Banken, Steuerberater, Rechtsanwälte, Unternehmensberater, Fachanwälte für Steuerrecht, Wirtschaftsprüfer.

Verlagsangaben

Besteuerung

Von Hans-Peter Held/
Christian Stoffel

Das Buch soll praktische Hilfe bei der steuerlichen Beratung von Zahnärzten geben. So begleiten die folgenden Fragen den Zahnarzt sowie dessen steuerlichen Berater während der gesamten beruflichen Tätigkeit: Wie wird die berufliche Tätigkeit ausgeübt? Wie wird die Niederlassung optimal vorbereitet? Wie funktioniert eine Kooperation und welche Alternativen stehen zur Verfügung? Was ist eine Praxis wert? Welche Steuererklärungen fordert das Finanzamt? Was bedeutet die Betriebsprüfung?

Diese und viele Fragen mehr werden sowohl aus der Sicht des Zahnarztes als auch dessen Berater gestellt, die Antworten orientieren sich an beider Sichtweise. Die Beförderung des Dialogs zwischen Zahnarzt und Berater kann so professionell, kompetent und effizient geführt und gefördert werden.

Das Buch stellt die steuerlichen Aspekte der Zahnärzte aktuell und praxisbezogen dar. Unter Verwendung von Übersichten, Beispielen und Tipps, sowie Checklisten wird eine konkrete Handlungsanweisung gegeben. Dabei werden die wichtigen Probleme des Steuerrechts mit den Bereichen Gewerbetreibender oder Freiberufler, Der angestellte Zahnarzt, Arztvertreter, Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxis- oder Kostengemeinschaft, Praxiserwerb durch Erbschaft oder innerhalb der Familie, Besonderheiten und Fallen bei Kooperationen, Finanzierungsfragen, Betriebsausgaben/Privat ausgaben, Optimalstruktur der Bankkonten, Steuerklassen und Steuertarif, Erbschaft-/Schenkungsteuer, Gewerbesteuer, Umsatzsteuer des Zahnarztes,



Die Besteuerung der Zahnärzte Kompakt; HDS-Verlag 2012; 152 Seiten; kartoniert; Inhalt zweifarbig; 39,90 Euro; ISBN 978-3-941480-14-8

Unterschiedliche Besteuerung in Abhängigkeit der Rechtsform, Optimale Gestaltung, Prüfungen durch Behörden dargestellt.

Zielgruppen sind Zahnärzte und deren Berater wie Steuerberater, Rechtsanwälte, Unternehmensberater, Fachanwälte für Steuerrecht, Wirtschaftsprüfer.

Verlagsangaben

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Oktober und November vollenden

das 80. Lebensjahr

Dr. Nanna Gil (Demmin)
am 1. Oktober,

das 75. Lebensjahr

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

das 70. Lebensjahr

Dr. Rüdiger Pohl
(Carwitz)
am 5. November,

Zahnarzt Winfried Bock
(Greifswald)
am 6. November,

das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Karin Paul
(Jördenstorf)
am 27. Oktober,

Zahnärztin Brigitte Schulz
(Charlottenhal)
am 31. Oktober,

das 60. Lebensjahr

Dr. Sylvia Schmidtman (Wiek)
am 9. Oktober,

Zahnärztin Burghild Scheunemann
(Demmin)
am 30. Oktober,

Dr. Bärbel Pangerl (Demmin)
am 5. November,

das 50. Lebensjahr

Dr. Manuela Brück (Greifswald)
am 16. Oktober,
Zahnarzt Christian Blohm (Penzlin)
am 17. Oktober,
Dr. Petra Schleifer (Rostock)
am 26. Oktober,
Zahnärztin Susanne Hofmann
(Grevesmühlen)
am 6. November und
Zahnarzt Torsten Perlberg
(Richtenberg)
am 6. November

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

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

Zahnarzteausweise ungültig

Hiermit werden der Verlust des Zahnarzteausweises Nr. 791 der Zahnärztin Ute Dehn-Hamm, Graal-Müritz, sowie des Zahnarzteausweises Nr. 134 der Zahnärztin Dr. Dagmar Kaiser, Wismar, bekannt gegeben. Diese Zahnarzteausweise werden hiermit für **ungültig** erklärt.

ZÄK

Anzeigen

Wir trauern um

MR Dr. Lothar Hahn,
Lübz

geb. 17. April 1940
gest. 1. August 2012

Wir werden ihm ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Schweiz will unabhängiger werden

Die Schweiz will künftig mehr Ärzte ausbilden und sich somit unabhängiger machen von deutschen und anderen ausländischen Ärzten. Das berichtet der Schweizer „Tagesanzeiger“. In einer gemeinsamen Absichtserklärung hätten sich die Präsidenten der kantonalen Gesundheits- und Erziehungsdirektoren, der Universitätskonferenz sowie der Unirektorenkonferenz darauf verständigt, zusätzliche Ärzte auszubilden.

Das Ziel seien 400 zusätzliche Ärzte pro Jahr, meldet die Zeitung. Voraussetzung sei eine Lockerung des Numerus clausus' an den deutsch-schweizer Universitäten. Die medizinischen Fakultäten in der Westschweiz, die keine Zulassungsbeschränkung haben, sollten bei der ersten Prüfung nach zwei Jahren weniger stark selektieren. Nach Angaben der Zeitung schließen in der Schweiz bislang im Schnitt 700 Frauen und Männer jährlich ihr Medizinstudium ab.

Die längerfristigen Ausgaben für die Initiative würden auf 180 Millionen Franken (ca. 150 Millionen Euro) geschätzt, schreibt der „Tagesanzeiger“. Hinzu kämen die Kosten für den notwendigen Ausbau der Infrastruktur, zum Beispiel mehr Laborplätze.

änd