

# dens

3  
2007

7. März

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---





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

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

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



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

Ansprechpartnerin: R. Niemann, Steuerberaterin



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

Ansprechpartnerin: H. Rottmann, Steuerberaterin



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

Ansprechpartner: W. Reisener, Steuerberater



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

Ansprechpartnerin: K. Winkler, Steuerberaterin



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

Ansprechpartnerin: A. Bruhn, Steuerberaterin



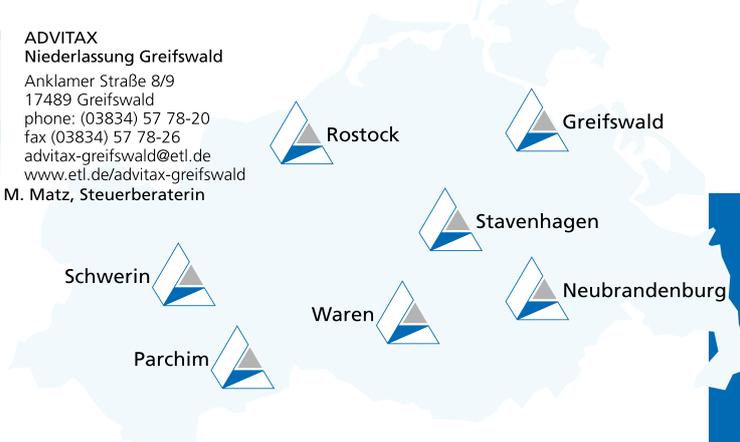
**ADMEDIO Niederlassung  
Stavenhagen**  
 Malchiner Straße 31  
 17153 Stavenhagen  
 phone: (039954) 2 84-0  
 fax: (039954) 2 84-24  
 admedio-stavenhagen@etl.de  
 www.etl.de/admedio-stavenhagen

Ansprechpartner: K. Bernert, Steuerberaterin



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

Ansprechpartnerin: M. Matz, Steuerberaterin



Mitglieder in der European Tax & Law  
[www.etl.de](http://www.etl.de)

# Reform und wie soll es nun weitergehen?

Nachdem auch der Bundesrat die erforderliche Zustimmung dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) gegeben hat, ist nun der Weg frei für die sogenannte „Jahrhundertreform“. Bekanntermaßen hat das Schmieden der zahlreichen Kompromisse in der Regierungskoalition, aber auch im Rahmen des Bundesrates, zu einer wahren Flut von Änderungsanträgen in letzter Minute geführt. Nur wenige unserer Volksvertreter waren somit in der Lage, letztendlich zu verstehen, was dort eigentlich beschlossen wurde. Laut Duden wird als Reform die Verbesserung des Bestehenden verstanden. Das vorgelegte Gesetzeswerk erfüllt weder diesen Anspruch, noch ist es Zeichen für eine überzeugende Handlungsfähigkeit der Regierung. Gemessen an den Herausforderungen des demographischen Umbaus unserer Gesellschaft, den Erwartungshaltungen unserer Patienten und dem medizinisch-technischen Fortschritt wird wohl kaum jemand behaupten können, dass diese Probleme auch nur ansatzweise gelöst wurden.

Fakt ist, dieses Gesetz tritt mit dem 1. April dieses Jahres in Kraft.

Zwar haben wir verglichen mit den Gesundheitsreformen der Vergangenheit, wie beispielsweise bei der Umsetzung des Festzuschusskonzeptes, nicht unmittelbar am 1. April die Notwendigkeit, unseren Patienten zahlreiche Neuregelungen zu erläutern. Jedoch bleiben langfristige Auswirkungen für jede Praxis. Die



*Präsident Dr. Dietmar Oesterreich auf der außerordentlichen Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer am 31. Januar in Berlin*

deutlich erweiterte staatliche Einflussnahme auf die Selbstverwaltung bis hin zur Ausdehnung der Sozialgesetzgebung in den privaten Krankenversicherungsbereich, so bei der Einführung des Basistarifs, tangiert jede Praxis.

Da der Berufsstand gewissermaßen trainiert ist, und mittlerweile mit guten Datenquellen unterlegen kann, dass mit eigenen Konzepten erfolgreich die Zukunft gestaltet werden kann, sind wir vor allen Dingen in unserer Selbstverwaltung gefordert, dem gesundheitspolitischen Kräftefeld diese Konzepte entgegenzuhalten. Dabei besitzt insbesondere das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zahlreiche Aspekte, die über die Interpretation unserer Berufsordnung die

gemeinschaftliche Berufsausübung fördern. Dies war und ist letztendlich auch eine Gestaltungsmöglichkeit, die der Berufsstand sich selber auferlegt hat. Nicht zuletzt auch aus wirtschaftlichen Gründen steht vor uns allen die Herausforderung, neue Wege zu gehen. Inwieweit dabei der Spagat zwischen Einheitlichkeit des Berufsstandes und Gruppeninteressen gelingt, muss im Rahmen der Selbstverwaltung geklärt werden. Grundlagen unserer Diskussionen sollten allerdings in jedem Fall die Fachlichkeit und nicht zuletzt auch die Interessen unserer Patienten sein.

Gesundheit mit ausschließlich ökonomischen Vorgaben zu verbinden, lebt uns die Politik ausführlich vor. Sie öffnet damit Wege für Kapitalgesellschaften oder Franchise-Unternehmen, den Gesundheitsmarkt zu gestalten.

Nehmen wir also unser Schicksal in die eigene Hand, gestalten wir im Rahmen unserer Selbstverwaltung und entdecken Kooperation als eine Form des gegenseitigen Vorteils.

Wichtig bei diesem Vorhaben sind dabei Strukturen, die eine basisdemokratische Diskussion ermöglichen. Daher möchte ich Sie auf diesem Wege bitten, sich an den jetzt stattfindenden Wahlen der Kreisstellenvorstände und an der weiteren Gestaltung Ihrer Kreisstellenorganisation der Zahnärztekammer zu beteiligen. Bleiben Sie also aktiv.

Ihr  
Dr. Dietmar Oesterreich

## Zwischenruf zum Aschermittwoch: Basistarif ist der Feind des medizinischen Fortschritts

### Präsident Weitkamp: Politiker sollen Zeit zur Überarbeitung bis zum Inkrafttreten im Jahr 2009 nutzen

Am Aschermittwoch, dem Tag der öffentlichen Buße, forderte Bundeszahnärztekammer-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp von den Politikern tiefes Nachdenken beim Gesundheits-Reformgesetz. Der umstrittene Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV), der zum 1. Januar 2009 eingeführt werden soll, müsse nochmals gründlich geprüft werden: „Noch bleiben 22 Monate, ehe dieser

Tarif in Kraft tritt. In dieser Zeit werden wir nicht aufhören, die unzulässige Verknüpfung der beiden Systeme gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) weiter zu bekämpfen.“

Der BZÄK-Präsident fordert die Bundesregierung auf, diese Regelung erneut zu prüfen. Weitkamp sieht die konkrete Gefahr, dass die Verkopplung der Systeme und die darin

enthaltenen Leistungs- und Vergütungsstrukturen eine Teilhabe der Patienten am Niveau der jeweils neuesten wissenschaftlich abgesicherten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland unmöglich macht. Weitkamp: „Der Basistarif ist der Feind des medizinischen Fortschritts und darf nicht wie geplant umgesetzt werden.“

BZÄK

# Tanz in den Frühling unter weißen Segeln

Anmeldeschluss: 5. April

## Einladung zum 5. Zahnärzteball



am Sonnabend, 5. Mai 2007

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lädt alle Kolleginnen und Kollegen ins Hotel **Yachthafenresidenz Hohe Düne** in Rostock-Warnemünde ein. Wir hoffen, dass Sie zahlreich die Gelegenheit nutzen, mit der Kollegenschaft unbeschwerte Stunden zu verleben.

**Für den Morgen in der Zeit von 10 bis 13 Uhr bereiten wir ein  
Fortbildungsangebot vor.**

**Die Thematik teilen wir Ihnen rechtzeitig mit.**

Der Ball beginnt traditionell um 20.00 Uhr und wird erst enden, wenn niemand mehr tanzt. Die Karten für den Ball inklusive Referat werden auch in diesem Jahr 50 Euro kosten. Hotelübernachtungen müssen bis 5. April 2007 direkt im Hotel **Yachthafenresidenz Hohe Düne, Am Yachthafen 1, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel. 0381-50 40 63 63**, gebucht werden – Stichwort Zahnärzteball. (Doppelzimmer: 190 Euro)

## Anmeldung zum Zahnärzteball 2007

Bitte schicken Sie den Anmeldecoupon an:

**Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Straße 304  
- Öffentlichkeitsarbeit -  
19055 Schwerin**

Fax: 0385 / 54 92 498

E-Mail: [oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de)

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

Nach Möglichkeit möchte/n ich/wir zusammensitzen mit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Praxisstempel

--

# dens

16. Jahrgang

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer  
und der Kassenzahnärztlichen Vereini-  
gung Mecklenburg-Vorpommern mit amt-  
lichen 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

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

## Druck:

cw Obotritendruck GmbH, Schwerin

## Anzeigenberatung:

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 Re-  
daktion wieder. Produktinformationen werden  
ohne Gewähr veröffentlicht.

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

## Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

## Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

## Bezugsbedingungen:

Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztl.  
Körperschaften M-V kostenlos. Nichtmit-  
glieder erhalten ein Jahresabonnement für 36  
Euro, Einzelheft 4 Euro zzgl. Versandkosten.

## Titelbild:

Reinhard Klawitter, Wittenförden

# Aus dem Inhalt:

## Deutschland / M-V

Koalition verabschiedet Gesundheitsreform	4
Zahnersatz aus Deutschland erhält Arbeitsplätze	7
Krankenkassen gegen Angleichung	7
Ärzte nutzen Internet viel	7
Gesundheit jetzt auch im TV	7
„Honorarordnung der Zahnärzte“ als Entwurf der Zahnärzteschaft liegt auf dem Tisch	8-10
Zahnärzte on the road	13
Chaos statt Wirtschaftswachstum	14
Bundeszuschuss für gesetzliche Kassen wird erhöht	14
Spenden gesucht: Hand- und Winkelstücke für Sri Lanka	19
Zentralregister erfasst Kiefernekrosen	19
Sportlicher Wettkampf an der Westküste von Afrika	19
Versandapotheke darf Filiale wieder öffnen	23
Bücher	30/31
Geburtstage/Fortbildung/Anzeigen	32

## Zahnärztekammer

Gespräch mit dem Minister	10
Notfallmedizin in der Zahnarztpraxis	11-13
Aufbau eines Verteilers für E-Mails	14
Fortbildung	14-17
Offener Brief an die Vorstände von ZÄK und KZV	15
Antwort auf den offenen Brief	16
Dank für lange Zusammenarbeit	17
Starthilfe auf der Suche nach einer Ausbildung	22
Engagement und Kompetenz prägen ihre Arbeit	23

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zahnersatz zum Nulltarif?	5/6
Hinweise zur Neufassung	20/21
Aktuelle Fortbildungsangebote	24

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis Recht / Versorgung / Steuern

Neue Zahnklinik Greifswald lädt zum Tag der offenen Tür	19
Die Wurzelkanalspülung	18/19
„Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten	21
Haftungsfragen bei Praxiskooperationen	26/27
Haftung für Spitzenabszess bei Hygienemängeln	27
Zahnärztliche Werkzeugmaschine	28/29

Impressum	3
Herstellerinformationen	25

# Koalition verabschiedet Gesundheitsreform

Mehrheit von Union und SPD war sich einig - Reform tritt zum 1. April in Kraft

Diesmal war alles anders. Kein Widerstand seitens der Unions-Ministerpräsidenten. Kein scheidender CSU-Chef, der quasi von einer Sekunde zur anderen die mühsam ausgehandelte Gesundheitsreform in Frage stellt. Und kein neu entflammter Streit zwischen Union und SPD. Im Gegenteil: Nach einer unspektakulären Schlussdebatte billigte am 16. Februar auch der Bundesrat das zentrale Reformprojekt der großen Koalition.

Sollte Bundespräsident Horst Köhler keine Einwände anmelden, hätte die Gesundheitsreform alle parlamentarischen Hürden genommen – sie wäre somit „durch“ und träte am 1. April in Kraft. So missglückt das Werk auch sein mag, Gesetz ist Gesetz. Auch wenn bei der Abstimmung immerhin 51 Abgeordnete aus den beiden Koalitionsfraktionen den Mut aufbrachten, zusammen mit der Opposition gegen die Reform und das GKV-WSG zu stimmen oder sich der Stimme zu enthalten; darunter auch Christian Kleiminger, SPD-Abgeordneter aus Rostock.

Trotzdem hielt die Mehrheit von Union und SPD. Interessant ist jedoch die politische Herkunft der „Tapferen“. Bei der Union überwiegen die Vertreter der jungen Generation, des Wirtschaftsflügels und der Süddeutschen, bei den Sozialdemokraten die Vertreter der parlamentarischen Linken. Auffällig: die Mehrheit aller ordentlichen SPD-Mitglieder im zuständigen Gesundheitsausschuss des Bundestages (7 von 11) stimmte gegen die Reform oder enthielt sich. Bezog also Stellung gegen das Reformwerk der zuständigen Ministerin, die von ihrer eigenen Partei gestellt wird.

Zu den Kernpunkten der Reform zählen die Einführung des Gesundheitsfonds und eine Pflicht zur Krankenversicherung im Jahr 2009. Von diesem Zeitpunkt an gilt für gesetzlich Versicherte ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz. Die rund 200 000 bis 300 000 Nichtversicherten sollen in die gesetzlichen und privaten Kassen zurückkehren können.

Der Bundestag hatte die Reform bereits am 2. Februar verabschiedet. Schmidt sprach von einem „Kom-

promiss, bei dem jede Seite hat Dinge durchsetzen können und andere nicht“. Als großen Fortschritt bezeichnete sie die künftige Pflicht zur Versicherung und neue tarifliche Wahlmöglichkeiten für gesetzlich Versicherte.

*Die Inhalte der Gesundheitsreform im Einzelnen:*

## Versicherungspflicht

Ab 2009 muss jeder in Deutschland krankenversichert sein. Für die Bürger, die der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen, gilt dies bereits ab dem 1. April. Ehemals Privatversicherte, die ihren Schutz verloren haben, weil sie die Beiträge nicht mehr bezahlen konnten, können ab dem 1. Juli 2007 in den Standardtarif ihrer letzten Privatversicherung zurückkehren.

## Basistarif bei den Privaten

Ab 2009 müssen die Privaten einen Basistarif anbieten, bei dem es keine Prüfung gibt. Nur Alter und Geschlecht dürfen bei diesem Tarif eine Rolle spielen.

## Wechsel der Krankenkasse

Wer heute schon privat versichert ist, kann während des ersten Halbjahres 2009 in den Basistarif einer anderen privaten Versicherung wechseln und dabei einen Teil seiner Altersrückstellungen mitnehmen. Für alle, die sich ab 2009 privat versichern, gilt, dass sie zu einer anderen Kasse wechseln können, dabei allerdings ihre Altersrückstellungen immer nur im Umfang des Basistarifs mitnehmen können.

## Wahltarife

Auch gesetzlich Versicherte haben künftig mehr Wahlfreiheit. Ihnen sollen verschiedene Tarife angeboten werden. Ab 1. April müssen die Kassen unterschiedliche Versorgungsmodelle anbieten, also etwa das Hausarztmodell, bei dem der Versicherte sich verpflichtet, immer zuerst zum Hausarzt zu gehen.

## Verbesserungen für Patienten

Künftig sollen die Krankenhäuser sich stärker für chronisch Kranke und Patienten mit sehr schweren Leiden öffnen.

## Ärztehonoreare

Die Reform der Arzthonoreare soll bis 2011 abgeschlossen sein. Die Ärzte erhalten dann für bestimmte Leistungen einen festgelegten Betrag, eine sogenannte Fallpauschale. Anders als geplant wird es keinen Honorarabschlag für Ärzte in über- und unterversorgten Gebieten geben; dafür erhalten ab 2008 Ärzte, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen, einen Zuschlag auf ihre Honorare.

## Zulassungsbeschränkungen

Ab 1. April fallen die Zulassungsbeschränkungen für niederlassungswillige Zahnärzte weg. *Dens* wird in seiner nächsten Ausgabe detailliert informieren.

## Arzneimittel

Hier fallen die Einsparungen weit geringer aus als geplant. Es wird keine Höchstpreise für Arzneimittel geben. Stattdessen sind Apotheker lediglich gehalten, möglichst günstige Präparate zu verkaufen.

## Gesundheitsfonds

Eingeführt wird der Fonds 2009. Er gilt nur für die gesetzliche Krankenversicherung. Der Staat legt einen einheitlichen Beitragssatz fest. Anschließend erhält jede Kasse pro Versicherten eine pauschale Zuweisung, die nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren modifiziert wird. Beim Start des Fonds sollen die Kosten der Kassen zu 100 Prozent gedeckt sein.

## Zusatzprämie

Kommen die Kassen mit dem Geld aus dem Fonds nicht aus, erhalten sie die Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Dieser darf allerdings höchstens ein Prozent des Einkommens oder – ohne Einkommensprüfung – acht Euro im Monat ausmachen.

## Beitragserhöhungen

Die Beiträge werden auch künftig steigen.

Damit ist es nicht gelungen, die Gesundheitskosten von den Lohnkosten abzukoppeln. Bereits zu Beginn des Jahres sind die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung durchschnittlich um 0,6 Prozent des Bruttolohns gestiegen.

# „Zahnersatz zum Nulltarif“

## Reaktion auf Artikel in der Schweriner Volkszeitung

Der Artikel des Berufskollegen Stoltz aus Remscheid (Nordrhein-Westfalen) in der SVZ am 29. Januar 2007 hat viel Wirbel unter den Kollegen verursacht. Die KZV hat spontan reagiert, und einen – wenn auch von der SVZ gekürzten – Leserbrief veröffentlicht.

Das Thema hat seine breite Leserschaft gefunden, so waren es nicht nur die Kolleginnen und Kollegen, die sofort diesbezüglich Kontakt mit ihrer KZV aufgenommen hatten, es hatten sich auch welche direkt an die Redaktion gewandt und das aus unterschiedlicher Motivation heraus. So war es zum einen die grundsätzliche Zustimmung sich dieser Theematik in der Öffentlichkeit einmal zu stellen, zum anderen löste der Artikel allerdings auch Entsetzen über die Art und Weise der Auseinandersetzung mit dieser Problematik aus.

Ein großes Echo dürfte dieser Artikel insbesondere bei der eigentlichen Zielgruppe – unseren Patienten – ausgelöst haben. So bin ich sicherlich nicht der einzige Berufskollege, der bereits am Erscheinungstag dieses Artikels während der Behandlung damit konfrontiert wurde. So nahm ein Patient ein geplantes Gespräch über die notwendige prothetische Behandlungskonzeption zum Anlass, mir den Artikel vorzulegen. Ein anderer, der mich bereits zu einem früheren Zeitpunkt davon zu überzeugen versuchte, dass diesbezüglich die Globalisierung auch vor meiner Praxis nicht halt machen würde, informierte mich sofort per Fax, dass er sich auch für mich freue. Da ich mich ja bisher energisch verweigere in Asien arbeiten zu lassen, könne ich dieses jetzt ja zu den gleichen Konditionen in Deutschland tun.

Wir müssen uns dem Thema kostengünstiger Zahnersatz über kurz oder lang stellen, auch wenn wir uns aus fachlicher Sicht darauf nicht einlassen wollen und konzeptionell unter Umständen auch nicht können. Wir benötigen Argumente in den Beratungsgesprächen mit unseren Patienten, die belegen, dass die vom Patienten eingeforderte Qualität nicht zum so genannten „Nulltarif“ zu haben ist und damit seinen fairen Preis haben wird.

Bevor man sich nun im Detail mit den Aussagen des SVZ-Artikels auseinandersetzt, sind vorab einige Fakten zu benennen, die als Auslöser der bereits seit längerer Zeit geführten Diskussion heranzuziehen sind.

1. Alle Möglichkeiten, innerhalb von Deutschland Arbeitsplätze zu erhalten,

sollten genutzt werden und jede Initiative, die dieses Ziel verfolgt, ist zu begrüßen. Auf dieser Argumentation beruht das große Medieninteresse für die Geschäftsidee des Herrn Stoltz.

2. Zahnprothetische Versorgungen setzen sich hinsichtlich der Kosten zum einen

in Rechnung gestellten Arbeiten nicht beglichen werden. Ansonsten fallen sie als sogenannte „Durchlaufposten“ für unser Betriebsergebnis kaum ins Gewicht.

Problematisch wird der Faktor Material- und Laborkosten dann, wenn sich mit ihm die „Verkaufbarkeit“ der von uns dem Patienten angebotenen Leistung derart erschwert, dass der Patient sich vor die Alternative gestellt sieht, entweder auf die notwendige Versorgung zu verzichten oder die sich vielfältig bietenden Preisa-

**Zahnersatz zum Nulltarif?**  
Ein Remscheider Zahnarzt macht es wahr – nicht nur in seiner Heimatstadt

Zahnersatz zum Nulltarif – das klingt für gebesetzte Kassenspatienten wie ein Märchen. Und doch ist es wahr: Der Remscheider Zahnarzt Dr. Thomas Stoltz hat mit seinem System best-price-dent nicht nur ein wettbewerbsfähiges System für Zahnkronen zum Nulltarif, sondern zugleich auch eine Alternative für bezahlbare Zahnprothetik aus Deutschland geschaffen.

Schon vor der Neuregelung von Zahnarztsvergütungen durch die Gesundheitsreform suchte der Remscheider Zahnarzt Dr. Thomas Stoltz für seine Patienten einen Ausweg aus dem Dilemma der Zuschussverweigerung. Seit dem 1. Januar 2005 müssen Patienten wesentlich mehr für Zahnarbeiten zahlen.

„Viele meiner Patienten bezogen, dass sie sich keinen ordentlichen Zahn sehr leisten können, kann, dass ein nachhaltiges, um es treffender auszudrücken es und lohnt sich für alle Beteiligten – wie allem auch für Patienten. Die können im Ausland Zahnersatz zum Nulltarif erhalten.“

**Hier Arbeitsplätze erhalten**  
Auskünfte von best-price-dent-Erfinder Dr. Thomas Stoltz

Foto: Jena-Owe Röke

Artikel offerierte in der Schweriner Volkszeitung den kostenlosen Zahnersatz.

aus dem zahnärztlichen Honorar und zum anderen aus den Kosten für Material und zahntechnische Laborleistungen zusammen. Hier hat sich in den vergangenen Jahren eine Verschiebung in den Kosten zu Gunsten der Laborleistungen ergeben, sodass – der SVZ-Artikel ist ein Beleg dafür – bereits heute vor allem von den Patienten, die diese Leistungen in Anspruch nehmen müssen, hier Korrekturen eingefordert werden.

Den Ergebnissen der KZBV-Analyse zu den „Auswirkungen der Einführung der Festzuschüsse“ ist zu entnehmen, dass die Kosten für Material und Laborleistungen bei 60 bis 70 Prozent der Gesamtkosten liegen. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Auftrag gegebene Studie belegt eine Steigerung der Laborkosten sogar um fast 30 Prozent im Vergleich zu 2004.

Um es gleich vorweg zu sagen, ich möchte hier an dieser Stelle keine Neid Diskussion auslösen. Neid ist ein schlechter Ratgeber, aber es ist sicherlich an der Zeit, dass wir uns dieser Diskussion fair stellen. Für uns als Zahnärzte erlangt der Kostenfaktor Material- und Laborkosten betriebswirtschaftlich erst dann Relevanz, wenn die durch uns dem Patienten

alternativen in Anspruch zu nehmen. Dann steht der Behandler vor der Alternative, entweder den Patienten zu verlieren oder die Arbeit in einem ihm unbekanntem Laboratorium zu den angebotenen Sonderkonditionen fertigen zu lassen.

Es ist schon als schizophrene einzuschätzen, wenn die Krankenkassen auf der einen Seite durch die jährlichen Vertragsabschlüsse diese Verschiebung weiter forcieren, dann aber anschließend ihren Versicherten bei der Einreichung eines Heil- und Kostenplans ein Informationsblatt mit Verweisen an die Möglichkeit der Fertigung von preiswerterem Zahnersatz im Ausland aushändigen, die dann wiederum damit ihren Behandler nötigen, eine jahrelang bewährte Zusammenarbeit mit der von ihm bevorzugten Zahntechnik aufzukündigen.

Wer davon ausgeht, dass solch ein eingeforderter Wechsel insbesondere bei aufwändigeren prothetischen Versorgungen völlig unproblematisch vorstatten gehen könnte, ist sich nicht darüber bewusst, wieviel es neben organisatorischen Absprachen an weiteren z. B. Abstimmungen über detaillierte Arbeitsabläufe bis hinzu gemeinsam von Zahnarzt und Zahntechniker absolvierten Fortbil-

dungen bedarf, bis die Qualität der Arbeit in routinierter Weise einen Stand erreicht hat, die vor allem den Patienten in einem auch für ihn vertretbaren Zeitaufwand zufriedenstellt.

Grundsätzlich wird sowohl ein Zahnarzt als auch ein Zahntechniker in der Lage sein, sich auf einen Wechsel einzustellen. Aber der einmalige Wechsel nur nach dem Kriterium, wer macht mir für welche Arbeit das preisgünstigste Angebot berücksichtigt weder das Erfordernis des notwendigen „Eingespiltsein“ noch die betriebswirtschaftlichen Einbußen, die ein daraus resultierender zeitlicher Mehraufwand für das Erreichen der geforderten Qualitätsansprüche sowohl für den Behandler, als auch für den Zahntechniker mit sich bringen.

Und nun zurück zu dem SVZ-Artikel, der der ursprüngliche Anlass dieses Beitrags ist.

Auf den ersten Blick stellt sich Herr Stoltz dieser aktuellen Thematik mit einer perfekten Geschäftsidee. Er bietet Zahnersatz unter dem Schlagwort „Nulltarif“ an und führt gleichzeitig das Argument ins Feld, zahntechnische Arbeitsplätze hier in Deutschland erhalten zu wollen. Beides Aufmacher, die einem die Veröffentlichung eines ganzseitigen Artikels in den Ratgeberrubriken der Presse ermöglichen. Gegenargumente sind im ersten Moment schwer zu finden und sind natürlich auch nicht geeignet, soviel Aufmerksamkeit zu erheischen.

Man ist also gehalten, sich tiefer in die Problematik hineinzugeben.

Als Erstes wird das seit 2005 eingeführte Festzuschussystem als Schuldiger entlarvt und damit die Berechnungsgrundlage und die vom Gesetzgeber vorgegebene Zielsetzung ignoriert. Es wird damit davon ausgegangen, dass bereits in der prozentualen Bezuschussung bis 2004 ein preislicher Gestaltungsspielraum sowohl bei Zahnärzten und bei den Zahnlaboratorien sowieso vorhanden gewesen sein müsse, so dass auch damals die Kosten um den Betrag des vom Patienten zu tragenden Eigenanteils hätten geringer ausfallen können, ohne dass dies Auswirkungen auf die betriebswirtschaftliche Basis für das Unternehmen Zahnarztpraxis gehabt hätte. Darüber hinaus sind dem Kollegen wohl nicht mehr die Ausgrenzungsprobleme bei der Versorgung unserer GKV-Patienten mit modernem Zahnersatz auf Grund der damals bestehenden Rechtslage (§12, §30, §135 SGB V) in Erinnerung. Bereits im März 1999 hatten deshalb aus dem Erfordernis heraus, die Auswirkungen dieser gesetzlich vorgegebenen Einschränkungen für unsere Patienten zu mindern, sowohl die KZBV als auch die Spitzenverbän-

de der Krankenkassen in einer Gemeinsamen Erklärung die Möglichkeiten der Versorgung mit modernem Zahnersatz erweitert. Es resultierte die Erweiterung der Anwendbarkeit der Mehrkostenvereinbarungen gemäß §30 SGB V in all ihrer Kompliziertheit und Undurchschaubarkeit bei der Berechnung. Durch die Einführung der ZE-Festzuschüsse haben sich dann all diese Regelungen erübrigt und die Abrechnungswege erheblich vereinfacht.

Von Vorteil für die Erwiderung wäre es, die betriebswirtschaftliche Berechnungsgrundlage für die Praxis des Herrn Stoltz zu kennen und wo er für sich die erwähnten Einsparpotentiale am zahnärztlichen Honorar sieht.

Bei einem näheren Blick auf das Internetportal der Maxident GmbH ist zu lesen, dass die Preisbildung nach einem Baukastenprinzip vorzunehmen ist. Auffällig ist, dass sich dies nicht mit einem befundadäquaten Versorgungskonzept in Einklang bringen lässt, das geeignet ist, den Patienten so zu versorgen, dass in jedem Fall mit seiner Zufriedenheit bezüglich des Behandlungsergebnisses gerechnet werden kann.

In das Baukastensystem sind z. B. unverzichtbare Behandlungsschritte, wie z. B. individuelle oder funktionelle Abformungen und Bissregistrationen als eine Option für das konzeptionelle Vorgehen des jeweiligen Behandlers, verbunden mit einem zusätzlichem Preisaufschlag, ausgewiesen. Eine Frage nach möglichen Qualitätsdefiziten im gesamten Konzept ist hier mit großer Sicherheit angebracht.

Eine Zusammenstellung der Laborkosten nach dem Baukastenprinzip und die anschließende Gegenüberstellung mit dem zu erwartenden Festzuschuss macht dann sehr schnell klar, dass es einen „Nulltarif“ lediglich für Sonderangebote geben wird. Bei den anderen Versorgungen bleibt sehr wohl ein vom Patienten zu tragender Eigenanteil und das unabhängig von der Höhe des Bonus.

Diese Werbestrategie lässt einen zwangsläufig an einen großen deutschen Optiker denken, bei dem der Kunde sich längst daran gewöhnt hat, dass er im Regelfall letztlich, trotz der Versprechungen, nicht zum „Nulltarif“ versorgt wird.

Im zweiten Teil der schlagzeilenträchtigen Veröffentlichung unter dem Titel „Hier Arbeitsplätze erhalten“ steht die Antwort von Herrn Stoltz auf die Frage nach der Möglichkeit der Einbindung von Laboratorien aus unserer Region im Gegensatz zu dem Ansatz der Veröffentlichung dieser brisanten Thematik in einer Lokalzeitung, die Arbeitsplatz sichernde Konzepte vor Ort im Blick haben sollte. Denn das vorliegende Konzept ist ein

Großlabor in Remscheid, das nur dann betriebswirtschaftlich sicher überleben wird, wenn aus einem großen Einzugsgebiet – möglichst aus ganz Deutschland – Zahnärzte dieses Großlabor beauftragen, das dann preisgünstigeren Zahnersatz anbieten kann, weil dann nach dem Prinzip der Fließbandarbeit diese Effizienz auch Preissenkungen zulässt. Mag der Patient dieses für seinen laborgefertigten Zahnersatz noch akzeptieren, stellt sich dann doch für den Patienten die Frage, ob eine solche Straffung von Arbeitsabläufen in einer Zahnarztpraxis noch mit seinen individuellen Wünschen zu vereinbaren ist. Ein kompetenter Ratgeber kann dem Patienten nur sein ihn behandelnder Hauszahnarzt sein. Nur er kann dem Patienten fachlich fundiert die Gründe nennen, die ihn in den bereits oben aufgeführten Gewissenskonflikt zwischen dem verständlichen Wunsch nach preiswerterem Zahnersatz und dem Wunsch nach Patientenzufriedenheit bringen.

Schließlich ist auch davon auszugehen, dass es sehr wohl eine große Spanne gibt zwischen einem tatsächlichen „Nulltarif“ und der Höhe des vom Patienten zu zahlenden Eigenanteiles, die ihn dazu zwingt, entweder verzichten zu müssen oder Alternativen bei der laborseitigen Herstellung seines Zahnersatzes einzufordern.

Es ist sicherlich nicht allen Zahnärzten klar, dass es sich bei der Bepreisung der BEL II-Positionen um eine sog. Höchstpreisliste handelt, die diesbezüglich nicht nur den Betrieben außerhalb der Zahntechnikerinnungen preisliche Gestaltungsspielräume bietet.

Unabhängig davon wirken bereits auch weitere Marktmechanismen, so dass bereits jede Zahnarztpraxis unseres Landes davon in Kenntnis gesetzt und beworben wurde, dass es auch in Mecklenburg-Vorpommern die Möglichkeit gibt preiswert Zahnersatz einzukaufen.

Damit ist man weder auf die Konzepte von best-price-dent aus Remscheid noch auf international agierende Dentalhandelsfirmen angewiesen. Der Wille, auf dem Markt bestehen zu können und damit auch hier Arbeitsplätze zu erhalten, liegt zwangsläufig auch im Interesse jedes zahntechnischen Laboratoriums in M-V.

Eine Entscheidung ist allerdings von jedem Zahnarzt unabhängig von solchen Veröffentlichungen in der Presse selbstständig zu treffen: Mit welchem Labor und zu welchem Preis er zusammenarbeiten möchte. Letztlich entscheidet allein die Patientenzufriedenheit über seinen Erfolg und die ist preislich nicht darstellbar.

**Dr. Manfred Krohn**

## Zahnersatz aus Deutschland erhält Arbeitsplätze

**Welche Folgen hat es, wenn Zahnersatz aus China oder Indonesien kommt? Zahnarzt Dr. Ulrich Lohse aus Burg auf Fehmarn weist auf die Folgen für den Arbeitsmarkt hin.**

„Wir lassen Ihre Zähne dort anfertigen, wo Ihre Kinder oder Enkel eines Tages einen Ausbildungsplatz haben sollen“, heißt es auf einem selbst entworfenen Plakat in der Praxis von Dr. Ulrich Lohse. Ostholstein statt Fernost – für Lohses Patienten kommt der Zahnersatz grundsätzlich nicht aus China, sondern aus der Region.

„Ich lasse nur in der Region fertigen. Das erkläre ich jedem Patienten und bis jetzt hat das auch jeder akzeptiert“, berichtet Lohse. Der seit 30 Jahren niedergelassene Zahnarzt hebt in seinen Gesprächen nicht etwa auf die vermeintlich schlechtere Qualität der Produkte aus dem Ausland ab. „Ich glaube auch nicht, dass der Zahnersatz qualitativ minderwertig ist. Auch ein Hersteller in Shanghai versteht sein Handwerk“, sagt Lohse. Er setzt auf Zahnersatz aus Deutschland, um die Arbeitsplätze zu erhalten. Und: bei Komplikationen ist es für den Zahnarzt leichter, Kontakt mit dem Hersteller aufzunehmen – zum Vorteil des Patienten. Wer Interesse an Lohses selbst entworfenem Plakat



hat, kann mit ihm per E-Mail Kontakt aufnehmen: [uml@drlohse.de](mailto:uml@drlohse.de) (Urheberrecht liegt bei ihm, Copyright bei Pelican Publishing). Für Zahnärzte, die das Plakat in ihrer Praxis nutzen möchten, ist dies kostenfrei.

Mit freundlicher Genehmigung  
aus dem Zahnärzteblatt  
Schleswig-Holstein Nr. 11/2006.

*Anm. d. Red. Diskutiert wurde in der Redaktion die mögliche Aufklärungspflicht des Zahnarztes, seine Patienten auf heutige Alternativen beim Zahnersatz hinzuweisen. Das soll Thema in unserer nächsten Ausgabe sein.*

## Ärzte nutzen Internet viel

Niedergelassene Ärzte sind berufliche Vielnutzer des Internets. Beim Thema schnelle Internetzugänge über DSL hängen sie sogar Privathaushalte ab. Das ist das Ergebnis einer Studie.

Für die Untersuchung wurden u. a. 3000 niedergelassene Ärzte angeschrieben, eine Zufallsauswahl von Mitgliedern des Hartmannbunds. Der Rücklauf betrug fünf Prozent. In der nicht-repräsentativen Befragung, an der mehrere Industrieverbände beteiligt waren, gab die Hälfte der Niedergelassenen an, eine eigene Praxiswebsite zu haben.

Jeder zweite Arzt mit Website stellt

nicht nur Informationen zur Praxis, sondern auch zu Gesundheitsthemen ins Netz. Für die direkte Kommunikation mit den Patienten wird das Internet zunehmend eingesetzt.

41 Prozent der Befragten nutzen dafür auch E-Mail. Jeder Fünfte bietet die Möglichkeit an, auf elektronischem Weg Rezeptverlängerungen zu bestellen und Terminabsprachen zu treffen. Das wichtigste Anliegen der niedergelassenen Ärzte im Internet ist der Studie zufolge die medizinische Recherche. Dafür geht fast die Hälfte der Mediziner mindestens einmal wöchentlich und ein weiteres Drittel einmal im Monat online.

## Krankenkassen gegen Angleichung

**Belastungen zu groß bei höheren Ost-Honoraren**

Die Betriebskrankenkassen (BKK) haben sich gegen eine Angleichung der ostdeutschen Ärztehonorare auf Westniveau gewandt.

Die damit verbundenen Mehrbelastungen von einer Milliarde Euro gingen zu Lasten der gesetzlich Krankenversicherten, warnte der Vorsitzende des BKK-Landesverbandes Ost, Axel Wald, kürzlich in Erfurt: „Das wird ohne Beitragserhöhungen nicht zu finanzieren sein.“

Eine pauschale Anhebung der Ärztevergütung und einheitliche Honorarverträge für alle Kassen hätten zudem nichts mit Wettbewerb zu tun. Die Bundesregierung will mit der Gesundheitsreform auch die Vergütung der Kassenärzte verbessern.

MVr



v.l.: BZÄK-Geschäftsführer Klaus Schlechtweg mit seinem Präsidium: Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich

## „Honorarordnung der Zahnärzte“ als Entwurf der Zahnärzteschaft liegt auf dem Tisch

**Außerordentliche BZÄK-Bundesversammlung am 31. Januar in Berlin**

Auf der Außerordentlichen Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) stand die „Honorarordnung der Zahnärzte“ (HOZ) im Mittelpunkt der Tagesordnung. In einem Vortrag erläuterte Prof. Dr. Wilfried Wagner (Mainz) zu Beginn der BV die Bedeutung der HOZ als eine „Vision des Berufsstandes“ mit „realisierbaren Handlungsoptionen für die Zukunft“. Den Delegierten war im Verlauf der Debatte die Feststellung wichtig, dass die HOZ – basierend auf der Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – regelmäßig überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden soll. Das gemeinsame Ringen um die Sache führte schließlich zu den folgenden Ergebnissen:

### „Honorarordnung der Zahnärzte“ verabschiedet

Der Antrag des Vorstands der BZÄK zur „Honorarordnung der Zahnärzte“ wurde bei zwei Enthaltungen angenommen: „Die Bundesversammlung der BZÄK verabschiedet eine neue Honorarordnung der Zahnärzte in der anliegenden Fassung als fachlichen Entwurf der Zahnärzteschaft. Der Verordnungsgeber wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die HOZ die Interessen der Patienten ebenso berücksichtigt, wie die der Zahnärzte. Seine Umsetzung ist da-

mit geeignet, den Anforderungen des Zahnheilkundegesetzes Rechnung zu tragen. Begründung: Das ‚Verzeichnis der zahnärztlichen Leistungen‘ setzt die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – ein Gemeinschaftsprojekt von Bundeszahnärztekammer, Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung – konsequent in eine HOZ um. Ausgehend von einer strukturierten Diagnostik werden in der Neubeschreibung über alle Fachbereiche hinweg die wissenschaftlich fundierten Methoden und Maßnahmen der gesamten Zahnmedizin unter besonderer Berücksichtigung einer Präventionsorientierung erfasst. Ein Ansatz, der die Neubeschreibung geradezu zwingend als Patin einer neuen, den Interessen von Patienten und Zahnärzten Rechnung tragenden Honorarordnung anbietet. Eine ausgewogene Leistungsbewertung auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Bewertung komplettiert den Entwurf, der damit den Anforderungen des Paragraphen 15 Zahnheilkundegesetz genügt. Danach hat eine Honorarordnung den ‚berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen‘. Eine ständige Weiterentwicklung ist dafür Voraussetzung.“

### Ziele der HOZ

Folgender Antrag von Dr. Wilfried Beckmann (ZÄK Westfalen-Lippe) zu den Zielen der HOZ wurde angenommen:

„Die Bundesversammlung verabschiedet heute die HOZ. Die HOZ ist der fachlich kompetente Beitrag der Zahnärzte zur Novellierung der GOZ 1988. Die fachlich-zahnmedizinische Beschreibung der zahnärztlichen Leistungen dokumentiert auf der Basis der wissenschaftlich begründeten präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde den akademischen Konsens der Zahnmedizinischen Wissenschaft der DGZMK und der BZÄK. Die ökonomische Bewertung basiert auf einer unabhängigen ökonomischen Studie des anerkannten Prognos-Instituts. Die HOZ ist keine ‚Verhandlungsgrundlage‘ sondern die fachlich unbestreitbare Vorlage der deutschen Zahnärztekammern zur Novellierung der GOZ 1988.

Die Bundesversammlung fordert den Verordnungsgeber auf, diese Vorlage zur Basis seiner Novellierung zu machen. Durch die HOZ wird Zahnmedizin nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft für jeden Patienten transparent beschrieben und unbürokratisch zugänglich.

Gleichzeitig wird der Leistungskatalog mit der von dem Prognos-Institut ermittelten Bewertung allen

Zahnärzten für die Beschreibung und Bewertung ihrer Leistung zur Verfügung gestellt. Ergänzend erhält jede Praxis ein Kalkulationsraster, um die vom Prognos-Institut ermittelten Durchschnittswerte für die eigene Praxis individualisieren zu können.

Dadurch wird die HOZ zur Honorarrichtlinie der Bundeszahnärztekammer für die deutschen Zahnärzte. Durch den Vergleich zwischen der Honorarrichtlinie und der praxiseigenen individuell kalkulierten Honorarliste wird für jeden Patienten größtmögliche Transparenz geschaffen.“

### Wertigkeit nicht in Frage stellen

Ebenfalls auf Antrag von Dr. Beckmann beschloss die Bundesversammlung mehrheitlich:

„Die HOZ soll sich auf die in der Bundesversammlung in Erfurt bereits anerkannten fachlichen zahnmedizinischen und ökonomischen Fakten beschränken. Die vom Prognos-Institut ermittelten statistischen Durchschnittswerte können die individuellen patientenbezogenen Gegebenheiten nicht abbilden. Deshalb verlässt ein zusätzlicher, den oberen Gebührenrahmen fixierender Honorarbetrag den wissenschaftlichen Boden der durch Prognos ermittelten Fakten.

Dadurch würde das integrale Ziel der HOZ gefährdet. Der von Prognos vorgelegte Honoraransatz beschreibt einen betriebswirtschaftlichen Basiswert. Durch das Zahnheilkundengesetz ist ein ‚Gebührenrahmen‘ festgelegt. Er muss im Einzelfall so bemessen sein, dass bei vor Behandlungsbeginn nicht vorhersehbarem Mehraufwand oder erhöhter Schwierigkeit eine aufwandsgerechte Honorierung durch die Nutzung des Gebührenrahmens ermöglicht wird.

Hierzu kann die Prognos-Studie im Detail keine Aussagen treffen. Es wäre unglücklich, jetzt vorschnell durch wissenschaftlich nicht belegte Zahlen die Wertigkeit der HOZ in Frage zu stellen.“

### HOZ in Öffentlichkeit bringen

Auf Antrag von Dr. K. Ulrich Rubehn (ZÄK Schleswig-Holstein) beschloss die Bundesversammlung einstimmig:

„Die Bundesversammlung der BZÄK beauftragt den Vorstand, die HOZ/Honorarordnung für Zahnärzte als den wissenschaftlich fundierten und betriebswirtschaftlich objektiv ermittelten Vorschlag der Zahnärzteschaft für eine neue Gebührentaxe

## Erläuterungen zum Entwurf

Am 31. Januar 2007 hat die außerordentliche Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer einstimmig den Entwurf einer „Honorarordnung der Zahnärzte“ verabschiedet, der den Anforderungen an eine wissenschaftlich fundierte und präventionsorientierte Zahnheilkunde gerecht wird und durch eine auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen beruhende Bewertung die Grundlage für eine qualitativ hochstehende Zahnheilkunde schafft.

Die für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde derzeit gültige Gebührenordnung aus dem Jahre 1988 entspricht in weiten Teilen nicht mehr dem heutigen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat seitdem eine intensive Weiterentwicklung erfahren, die aus fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie aus neuen und verbesserten medizinischen Techniken resultiert. Das „Verzeichnis der zahnärztlichen Leistungen“ als Bestandteil des Entwurfes setzt die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – ein Gemeinschaftsprojekt von Bundeszahnärztekammer, Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung – konsequent in eine HOZ um.

Ausgehend von einer strukturierten Diagnostik werden in der Neubeschreibung über alle Fachbereiche hinweg die wissenschaftlich fundierten Methoden und Maßnahmen der gesamten Zahnmedizin unter besonderer

Berücksichtigung einer Präventionsorientierung erfasst. Ein Ansatz, der die Neubeschreibung als Patin einer neuen, den Interessen von Patienten und Zahnärzten Rechnung tragenden Honorarordnung anbietet.

Eine Leistungsbewertung auf der Grundlage einer wissenschaftlich-betriebswirtschaftlichen Bewertung komplettiert den Entwurf, der damit den Anforderungen des § 15 Zahnheilkundengesetz genügt. Danach hat eine Gebührenordnung den „berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen“.

Die Bundesversammlung hat mit der Verabschiedung der Honorarordnung der Zahnärzte dem Vorstand der Bundeszahnärztekammer das Mandat erteilt, den Entwurf als den wissenschaftlich fundierten und betriebswirtschaftlich objektiv ermittelten Vorschlag der Zahnärzteschaft für eine neue Gebührentaxe zu veröffentlichen und zum Inhalt der aktiven politischen Arbeit der Bundeszahnärztekammer im Jahr 2007 zu machen.

In diesem Sinne ist der Entwurf in die Beratungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einzubringen, verbunden mit der Forderung, die wesentlichen Strukturen und Merkmale bei der Novellierung der GOZ zu berücksichtigen. Zugleich und vor allem ist der Entwurf jedoch die Richtschnur, an der sich alle Überlegungen des BMG zu einer neuen GOZ messen lassen müssen.

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp  
Präsident der Bundeszahnärztekammer

Dr. Peter Engel  
Vorsitzender des Senates für privates  
Leistungs- und Gebührenrecht  
der Bundeszahnärztekammer

unverzüglich zu veröffentlichen und zum Inhalt seiner aktiven politischen Arbeit im Jahr 2007 zu machen.

Eine Beteiligung an den Konsultationen über die Novellierung der Gebührenordnung mit dem Bundesgesundheitsministerium ist nur dann zielführend, wenn wesentliche

Strukturen und Merkmale der HOZ erkennbar Akzeptanz finden.“

### Regelmäßige Aktualisierung

Ebenfalls auf Antrag von Dr. K. Ulrich Rubehn beschloss die BV mehrheitlich:

Fortsetzung auf Seite 10

**Fortsetzung von Seite 9**

„Die Bundesversammlung beauftragt den Vorstand, die HOZ hinsichtlich der fachlichen Leistungsbeschreibung und hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Bewertung durch den GOZ-Senat in enger Abstimmung mit den Fachgesellschaften jährlich zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren.“

**Honorare auf Grundlage der Basiswerte**

Auf gemeinsamen Antrag der LZÄK Bayern und Hessen beschloss die BV:

„Paragraf 3 HOZ - Bemessung der Honorare wird wie folgt formuliert: Die Höhe der Honorare für einzelne zahnärztliche Leistungen bestimmt der Zahnarzt nach dieser Honorarordnung auf der Grundlage der im Verzeichnis angegebenen Basiswerte.

Die Berechnung der patientenindividuellen Honorarwerte ergibt sich aus den Umständen, der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der einzelnen Therapieschritte unter Berücksichtigung der jeweiligen Praxisstruktur.“

aus BZÄK-Klartext



Die Vertreter der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern: v.l.n.r. Vorstandsmitglied Dipl.-Stom. Gerald Flemming, Vizepräsident Dipl.-Stom. Andreas Wegener und Hauptgeschäftsführer Peter Ihle.



Präsident Dr. Dietmar Oesterreich (l.) mit dem neuen Sozialminister Erwin Sellering (r.)  
Foto: Peter Ihle

## Gespräch mit dem Minister

Am 29. Januar waren der Präsident der Zahnärztekammer Dr. Dietmar Oesterreich sowie der Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle zu einem persönlichen Gespräch mit dem Sozialminister Erwin Sellering in das Sozialministerium geladen. Dr. Oesterreich stellte den derzeitigen Stand der zahnmedizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in einem kurzen Überblick dar. Zu diesem Zweck überreichte Dr. Oesterreich dem Sozialminister eine Ausarbeitung über den Mundgesundheitszustand in Mecklenburg-Vorpommern unter Einbezug relevanter Faktoren und jeweils ein Exemplar des zahnärztlichen Kinderpasses, des Behindertenratgebers und des Handbuchs Mundhygiene.

Seitens des Sozialministeriums wurde darauf hingewiesen, dass bereits ein erster Entwurf zur No-

vellierung des Heilberufsgesetzes vorliegt, der unter anderem eine Teilselbstständigkeit der Versorgungseinrichtungen und ein Rückgerecht der Heilberufskammern vorsieht. Einvernehmen bestand darüber, dass sich die Zahnärzteschaft in die politische Zielsetzung der Landesregierung, Mecklenburg-Vorpommern zum Gesundheitsland Nr. 1 zu entwickeln, angemessen einbringt. Abschließend wies Minister Sellering darauf hin, dass es sein Anliegen sei, Regelungskompetenzen soweit möglich bei der gesetzlichen Selbstverwaltung zu belassen. Die Entstaatlichung gesetzlicher Aufgaben sei auch im Sinne des Bürokratieabbaus dringend notwendig. Die Gesprächspartner gingen in dem Einvernehmen auseinander, sich künftig über politische Entwicklungen in der Zahnärzteschaft sowie im Ministerium wechselseitig informiert zu halten.

# Notfallmedizin in der Zahnarztpraxis

## Neue Richtlinien in der Kardiopulmonalen Reanimation

Akute lebensbedrohliche Störungen der vitalen Funktionen (Atmung und Kreislauf) gehören zu den seltenen Ereignissen in der Zahnarztpraxis. Daraus resultiert, dass ein zahnärztliches Team kaum Routine in der Erstversorgung von Notfallpatienten erlangen kann. Somit erscheint es umso wichtiger, für diesen seltenen Ernstfall mit einer adäquaten Ausrüstung und einem klaren Notfallmanagement gewappnet zu sein.

Im Rahmen eines Kreislaufstillstandes hängt das Überleben des Patienten vom sofortigen Beginn der Basisreanimation ab. Dazu wurden in letzter Zeit neue internationale Richtlinien zur kardiopulmonalen Reanimation von Erwachsenen sowie von Kindern erarbeitet, um durch effektivere Reanimationsmaßnahmen bei einem Großteil von Patienten eine vitale Bedrohung abwenden zu können. Bisher überlebte nur etwa jeder zehnte Patient, bei dem prähospital eine Herzmassage durchgeführt werden musste. Daraus resultieren teilweise gravierende Änderungen der Leitlinien für die Basisreanimation durch professionelle Helfer sowie medizinische Laien.

### Hintergrund

Zahlreiche prähospitalen Untersuchungen konnten zeigen, dass die alleinige Druckmassage durch Thoraxkompression ohne begleitende Mund-zu-Mund- oder Mund-zu-Nase-Beatmung in vielen Fällen zu gleich guten oder sogar besseren Ergebnissen führte als die bislang übliche Praxis der kardiopulmonalen Basisreanimation. Dabei erwiesen sich einfachere Verfahren der Herz-Lungen-Wiederbelebung den komplexeren Reanimationen als gleichwertig oder gar überlegen. Im ersten Fall erreichten 14,6 Prozent der Patienten lebend das Krankenhaus, wobei bei letzteren nur 10,4 Prozent hospitalisiert werden konnten. Auf dieser Grundlage wurden in einem aufwendigen evidenzbasierten Prozess neue Leitlinien erarbeitet, welche im November 2005 vom International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) „2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommen-

dations (CoSTR)“ zur Veröffentlichung gelangten.

### Der neue Reanimationszyklus

Auf der Basis von zahlreichen klinischen Untersuchungen konnte verdeutlicht werden, dass auch kurze Unterbrechungen der Thoraxkompression das Überleben deutlich negativ beeinflussen. Des Weiteren gilt die Notwendigkeit einer Beatmung während der Anfangsphase einer Reanimation als umstritten. Dies gilt insbesondere für negative Effekte in Hinsicht auf den koronaren und zerebralen Perfusionsdruck. Resultierend daraus wurde in den neuen Reanimationsrichtlinien das Verhältnis aus Thoraxkompression zu Beatmung noch eindeutiger zugunsten der Kompression verändert. Bei Herzkreislauf und Atemstillstand wird das Verhältnis von Thoraxkompression zu Beatmung von bisher 15:2 auf jetzt 30:2 erhöht. Die bisher bekannten Regeln für die Ein- bzw. Zweihelfermethoden entfallen. Somit sollte dieser neue Algorithmus sowohl bei Anwesenheit eines Helfers als auch bei zwei zur Verfügung stehenden Helfern angewandt werden.

Neben dieser allgemein gültigen Regel gilt nur die Wiederbelebung von Kindern durch zwei professionelle Helfer als Ausnahme. Hier sollte weiterhin ein Verhältnis von 15:2 eingehalten werden. Bei nicht sicher diagnostizierbarem Herz-Kreislauf- und Atemstillstand gilt der Grundsatz, dass sofort mit den Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen werden muss. Dabei gewinnt das Prinzip der Wiederherstellung der Zirkulation oberste Priorität, da im Lungenkreislauf zumindest initial noch eine ausreichende Sauerstoffreserve vorhanden ist. Somit sollte bei Erwachsenen auf die initiale Beatmung verzichtet und direkt mit einer Thoraxkompression begonnen werden.

Damit erlangt die Herzmassage, die im Durchschnitt nur etwa 50 Prozent der Reanimationszeit im bisher empfohlenen Modus (Pulscheck, Beatmung, Defibrillation) eingenommen hat, eine herausragende Bedeutung.

### Basismaßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation (CPR)

Erleidet ein Patient auf dem zahnärztlichen Behandlungsstuhl einen

Bewusstseinsverlust, wird sofort mit den Maßnahmen des Basic Life Support (BLS) begonnen. Danach ist die Tiefe der Bewusstlosigkeit durch laute Ansprache und ein leichtes Schütteln an den Schultern zu kontrollieren. Reagiert der Patient nicht, sind umgehend zwei Helferinnen/Helfer zu alarmieren. Es folgt nun die Atemkontrolle unter Überstreckung des Kopfes zum Freimachen der Atemwege. Zur Unterstützung dieses Manövers wird der Unterkiefer des Patienten nach vorn gezogen. Eine Überprüfung der Atmung erfolgt durch unmittelbares Hören des Atemgeräusches sowie Sehen und Fühlen einer Thoraxexkursion. Diese Prozedur sollte nicht länger als zehn Sekunden dauern.

Falls der Patient nicht normal atmet, ist umgehend der Rettungsdienst (Notruf 112) zu alarmieren. Während der medizinische Laie daraufhin sofort mit einer Thoraxkompression (Herzdruckmassage) beginnen sollte, erfolgt durch das medizinische Fachpersonal der Versuch der Pulslokalisierung an der Arteria carotis. Auch hierfür sollte keine längere Zeitspanne als zehn Sekunden verwandt werden.

Erfolgt all dies im zahnärztlichen Behandlungsstuhl, ist der Patient unverzüglich auf den Boden umzulagern, da für eine erfolgreiche Reanimation eine harte Unterlage erforderlich ist. Etwas schwierig gestaltete sich die Interpretation der „normalen Atmung“, da häufig das Symptom der Schnappatmung (in bis zu 40 Prozent der Kreislaufzustände) fälschlicherweise als Atmung interpretiert wird und deshalb ein Beginn der Reanimation unterbleibt. Bestehen die Symptome des Herz-Kreislaufstillstandes weiter, ist unverzüglich mit einer Thoraxkompression zu beginnen. Diese ist so lange durchzuführen, bis eine adäquate Herztätigkeit und damit eine ausreichende Perfusion diagnostiziert werden kann. Für diese Maßnahme werden die beiden Hände des Helfers übereinander in der Mitte des Brustkorbes aufgelegt und das Brustbein ca. 4 bis 5 cm tief in Richtung der Wirbelsäule gedrückt. Die Frequenz der Thoraxkompression beträgt 100 pro Minute, wobei das Verhältnis von Druck und Entlastung 1:1 besteht. **Fortsetzung auf Seite 12**

**Fortsetzung von Seite 11**

Die besten Kompromisse zwischen Blutfluss und Sauerstoffversorgung bestehen in einem Verhältnis von Kompression zu Beatmung von 30:2. Dies wird sowohl für Erwachsene als auch für Kinder neu empfohlen. Damit entfallen die bisher gelehrt zwei initialen Beatmungen vor der Thoraxkompression. Allerdings sollte bei Kindern eine fünfmalige Beatmung vor der Herzdruckmassage vorangehen. Für eine Vermeidung von hohen Beatmungsdrücken sollte die Luft über eine Zeitspanne von 1 Sekunde eingeblasen werden. Nach der zweiten Beatmung beginnt der Zyklus von neuem, wobei darauf zu achten ist, dass die Unterbrechungen der Thoraxkompression auf ein zeitliches Minimum reduziert werden. Diese Prozedur sollte so lange fortgesetzt werden, bis Hilfe durch den Notarzt eintrifft oder der Patient normal atmet.

Stehen zwei Helfer zur Verfügung, sollten diese sich bei der Thoraxkompression nach jeweils 5 Minuten abwechseln. Im Rahmen der Reanimation dient die Beatmung dem Zweck, eine ausreichende Oxygenierung des Blutes zu erhalten. Infolge der stark reduzierten Perfusion der Lungen wird mit niedrigen Beatmungsfrequenzen sowie Atemzugvolumina ein ausreichendes Ventilations-Perfusions-Verhältnis erzielt.

Bei ungesicherten Atemwegen führt die Erhöhung der Beatmungsvolumina zu einer starken Magenüberblähung. Weiterhin ist eine Hyperventilation nicht nur unnötig, sondern schädlich, da infolge des erhöhten intrathorakalen Drucks der venöse Rückstrom zum Herzen vermindert wird. Als Folge sinkt hier die Überlebenschance für den Patienten. Neu ist, dass vor der initialen zweimaligen Beatmung keine routinemäßige Kontrolle des Nasen-Rachen- und Mundraumes erfolgt. Diese ist nur indiziert, wenn Atemhindernisse oder Fremdkörper erkannt werden bzw. eine Beatmung bei regelrechter Reklination des Kopfes und Hervorziehen des Unterkiefers zum Freimachen der Atemwege nicht möglich ist.

Die hier aufgezeigten Basisreanimationsmaßnahmen besitzen nur einen überbrückenden Charakter. Zur kausalen Therapie eines Herz-Kreislaufzustandes ist der Einsatz von Notfallmedikamenten und/oder einer Defibrillation unabdingbar. Diese Prozeduren werden als erwei-

terte Maßnahmen zur Reanimation (advanced life support, ALS) bezeichnet. Der Hauptunterschied zu den Basismaßnahmen besteht in der Notwendigkeit eines schnellen Defibrillationsversuches bei Patienten mit Kammerflimmern bzw. einer pulslosen Kammertachykardie. Weiterhin zählt zu diesen Maßnahmen das Legen eines venösen Zuganges, sowie die Injektion von Adrenalin. Die übliche intravenöse Dosierung für Adrenalin beträgt 1 mg (= 1 ml) aufgefüllt mit ca. 9 ml 0,9-prozentiger NaCl-Lösung. Nach dieser Gabe wird mit 20 ml Elektrolytlösung nachinfundiert. Die Gabe dieser Menge sollte nach 5 Minuten bei jedem Herz-Kreislaufstillstand wiederholt werden, wenn zwei Defibrillationsversuche erfolglos blieben bzw. eine Asystolie vorliegt. Betont sei die Durchführung der Basismaßnahmen bis zum Eintreffen des Notarztes, da für das erfolgreiche Legen eines intravenösen Zuganges bei reduzierter Venenperfusion sowie die Sicherung der Atemwege durch endotracheale Intubation ein sicheres und geübtes Handling notwendig ist.

**Defibrillation**

In zunehmendem Maße werden an Orten mit hohem Publikumsverkehr (Sportstätten, Einkaufszentren, Flughäfen) Automatisierte Externe Defibrillatoren (AED) installiert, die auch von Laien bedient werden können. Diese Geräte sind sprachgeführt und gelten als sehr sicher. Im Rahmen der Handhabung muss vom Helfer nur noch das Elektrodenpaar auf der vorderen Thoraxwand appliziert werden, wobei auf die richtige Elektrodenanordnung (Klavikula rechts, Herzspitze links) geachtet werden muss. Nach Anlegen der Elektroden unter Beachtung der eben erwähnten Polarität übernimmt das Gerät die komplette Diagnostik sowie die eventuell notwendige Defibrillation unter vorhergehender Warnung der Helfer vor einem Patientenkontakt während der Defibrillationsphase. Unmittelbar im Anschluss an eine erfolgte Defibrillation sollte vorerst keine Analyse von Herzrhythmus oder Puls begonnen werden, da dieser Vorgang einen Zeitraum von bis zu 30 Sekunden in Anspruch nehmen kann. Ferner schließt sich nahtlos eine zweiminütige Thoraxkompressionsphase an.

**Zusammenfassung (Eckpunkte der Bundesärztekammer für die Reanimation):**

**Reanimation bei Erwachsenen**

*Wesentliche Änderungen bei der Basisreanimation (Basic Life Support)*

- Die Entscheidung zum Start von Reanimationsmaßnahmen fällt, sobald ein Patient nicht ansprechbar ist und nicht normal atmet.
- Es soll gelehrt werden, zur Durchführung der Herzdruckmassage die Hände in der Mitte des Brustkorbes, d. h. auf die untere Hälfte des Brustbeines, aufzusetzen.
- Jede Notfall-Beatmung dauert eine Sekunde.
- Für Erwachsene im Kreislaufstillstand beträgt das Verhältnis von Kompressionen zu Beatmungen 30:2. Dasselbe Verhältnis soll auch bei Kindern angewendet werden, wenn die Reanimation von einem Laienhelfer begonnen wird.
- Beim erwachsenen Patienten entfallen die bisher gelehrt zwei Initialbeatmungen; sofort nach Eintreten des Kreislaufstillstandes wird mit 30 Kompressionen begonnen.

*Wesentliche Änderungen bei der automatisierten Defibrillation*

- Public Access Defibrillations-Projekte (PAD = Defibrillation mit öffentlich zugänglichen automatisierten externen Defibrillatoren (AED) ) werden dort empfohlen, wo der AED vermutlich mindestens einmal in zwei Jahren bei einem Kreislaufstillstand zur Anwendung kommt.
- Am AED ausgebildete Ersthelfer führen bis zum Einsatz des AED Basismaßnahmen durch.
- Ein einzelner Defibrillationsschock – geräteabhängig mindestens 150 J biphasisch oder 360 J monophasisch – wird ausgelöst. Sofort danach werden für 2 Minuten die Maßnahmen der Basisreanimation durchgeführt, ohne dass die Beendigung des Kammerflimmerns, Lebenszeichen oder der Puls überprüft werden.

*Wesentliche Änderungen bei der erweiterten Reanimation Adult Advanced Life Support*

Kardiopulmonale Reanimation (CPR) vor der Defibrillation:

- Professionelle Helfer führen bei von ihnen nicht beobachtetem Kreislaufstillstand vor der Defibrillation 2 Minuten (d. h. ca. fünf Zyklen zu 30:2) Basisreanimation durch.
- Professionelle Helfer führen bei von ihnen beobachtetem Kreislaufstillstand die Defibrillation sofort durch.

*Strategie der Defibrillation:*

- Beim Kammerflimmern/pulsloser Kammertachykardie (VF/VT) wird mit einem einzelnen Schock begonnen. Dann werden sofort weiter die Basismaßnahmen durchgeführt (30 Kompressionen zu zwei Beatmungen). Nach der Defibrillation werden also weder Rhythmus noch Puls überprüft. Dies erfolgt erst nach 2 Minuten CPR-Maßnahmen. Danach wird, wenn indiziert, ein weiterer Schock verabreicht.
- Anfangs beträgt die empfohlene Leistung bei biphasischen Defibrillatoren geräteabhängig 150 - 200 J, beim zweiten und allen nachfolgenden Schocks 150-360 J.
- Bei Verwendung eines monophasischen Defibrillators beträgt die empfohlene Energie für den ersten wie auch für alle nachfolgenden Schocks 360 J.

*Feines Kammerflimmern*

- Wenn irgendein Zweifel besteht, ob eine Asystolie oder ein feines Kammerflimmern vorliegt, wird keine Defibrillation durchgeführt. Stattdessen wird mit Thoraxkompressionen und Beatmungen fortgefahren.

*Adrenalin (Epinephrin)*

- Wenn Kammerflimmern/pulslose Kammertachykardie (VF/VT) bei der Prüfung 2 Minuten nach dem 2. Schock andauert: 1 mg Adrenalin (+9 ml 0,9 Prozent NaCl) intravenös. Solange VF/VT fortbesteht wird alle drei bis fünf Minuten die Adrenalingabe wiederholt.
- Pulslose Elektrische Aktivität (PEA)/ Asystolie: 1 mg Adrenalin intravenös, sobald ein intravenöser Zugang gelegt ist. Dies wird alle drei bis fünf Minuten wiederholt, bis eine spontane Zirkulation erreicht ist.

**Reanimation im Kindesalter**

Das Kindesalter lässt sich unterscheiden in: Kinder, Säuglinge und Neugeborene.

Der Helfer soll sich dabei auf seine Alterseinschätzung verlassen. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Reanimationsmaßnahmen mit denen bei Erwachsenen identisch.

*Wesentliche Änderungen beim Paediatric Life Support*

*Paediatric Basic Life Support*

- Laienhelfer oder ein professioneller Helfer, die einen kindlichen Kreislaufstillstand beobachten oder

hinzukommen, sollen ein Verhältnis von 30 Kompressionen zu zwei Beatmungen anwenden. Sie sollen mit fünf Beatmungen beginnen und wie bei den Erwachsenen mit einem Verhältnis von 30:2 fortfahren.

- Zwei oder mehr professionelle Helfer verwenden bei einem Kind das 15:2 Verhältnis.
- Bei einem Säugling (< als 1 Jahr) bleibt die Technik der Thoraxkompression wie bisher: die Zwei-Finger-Technik für einen einzelnen Helfer oder die Zwei-Daumen-Technik mit Umfassen des Thorax bei zwei oder mehr Helfern. Bei Kindern, die älter als ein Jahr sind, wird nach Bedarf die Ein- oder Zwei-Hände-Technik verwendet.
- AED können bei Kindern, die älter als ein Jahr sind, verwendet werden.
- Neu ist beim bewusstlosen Kind nach Aspiration eines Fremdkörpers der Versuch von fünf Beatmungen. Wenn diese erfolglos sind, wird mit Thoraxkompressionen ohne Überprüfung des Kreislaufs begonnen.

*Paediatric Advanced Life Support*

- Ein Endotrachealtubus mit Cuff kann in bestimmten Situationen sinnvoll sein.
- Für erfahrene Anwender ist die Larynxmaske eine akzeptable Alternative.
- Die Hyperventilation ist während des Kreislaufstillstandes gefährlich. Das ideale Beatmungsvolumen soll zu einer mäßigen Hebung des Brustkorbs führen.
- Bei Einsatz eines manuellen Defibrillators soll eine Energie von 4 J/kg KG (biphasisch und monophasisch) für den ersten und

alle weiteren Schocks angewendet werden.

*Asystolie, Pulslose Elektrische Aktivität (PEA)*

- Adrenalin intravenös oder intraossär soll in einer Dosierung von 10 µg/kg KG gegeben und, wenn indiziert, alle 3-5 Minuten wiederholt werden. Wenn kein Zugang verfügbar und der Patient intubiert ist, kann Adrenalin in einer Dosierung von 100 µg/kg KG über den Tubus gegeben werden, bis ein intravenöser oder intraossärer Zugang geschaffen wurde.

*Strategie der Defibrillation*

- Kammerflimmern und pulslose Kammertachykardie (VF/VT) sollen mit einem einzelnen Schock behandelt werden. Danach sollen die Basisreanimationsmaßnahmen (15 Kompressionen: zwei Beatmungen) sofort, d. h. ohne zwischenzeitliche Überprüfung des Rhythmus oder des Pulses, fortgeführt werden. Der Rhythmus wird erst nach zwei Minuten Basisreanimation kontrolliert. Danach wird, falls indiziert, ein weiterer Schock gegeben.
- Wenn VF/VT nach dem zweiten Schock fortbesteht: Adrenalin 10 µg/kg KG intravenös.
- Solange VF/VT fortbesteht, wird alle 3-5 Minuten die Adrenalingabe wiederholt.

**Prof. Dr. Dr. Günter Lauer,  
Dr. Ronald Mai,**

**Dr. Dr. Henry Leonhardt,**

**Prof. Dr. Dr. Lutz Päßler,**

**Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden**

(Nachdruck aus ZÄB Sachsen 01/07)

## Zahnärzte on the road

Seit mehr als einem Jahr versorgt ein Zahnarztteam aus Vellmar (Nahe Kassel) Patienten, die keine Zahnarztpraxis mehr aufsuchen können. „Mozart“ nennt sich das von Dr. Bodo Vogl ins Leben gerufene Projekt, das pünktlich zum 250. Geburtstag des großen Musikers am 27. Januar 2006 ins Leben gerufen wurde. Mozart steht für „Mobiles Zahnarzt-Team für immobile Patienten“, das aus seinem Erfinder und dessen Sohn Dr. Benjamin Vogl besteht. Mit „Mozart“ soll eine medizinische Versorgungslücke

geschlossen werden. Zwei bis drei wöchentliche Einsätze zeigen, wie dringend dies notwendig ist. Dabei beschränken sich die Einsätze nicht nur auf die unmittelbare Vellmarer Umgebung. Ein „tragbares Sprechzimmer“, aus vier Alukoffern bestehend, ermöglicht selbst chirurgische Eingriffe.

„Mozart“ ist per E-Mail praxis@mozart-kassel.de und Telefon 0561-82 35 55 zu erreichen. Weitere Infos unter <http://www.mozart-kassel.de>.

## Fortbildung im April und Mai (1)

### 11. April

Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)  
Prof. Dr. U. Rother, Dr. R. Bonitz  
15 – 18 Uhr, Hotel am Ring  
Große Krauthöfer Straße 1,  
17033 Neubrandenburg  
Seminar Nr. 63  
Seminargebühr: 30 €

### 11. April

Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)  
PD Dr. P. Machinek,  
Dr. Ing. K.-P. Führ  
15 – 18 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
Seminar Nr. 64  
Seminargebühr: 30 €

### 11. April

Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)  
Dr. E. Zschunke,  
Dipl.-Stom. S. Neubert  
15 – 18 Uhr, Intercity Hotel  
Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin  
Seminar Nr. 65  
Seminargebühr: 30 €

### 18. April

7 Punkte

Behandlung der Parodontitis –  
Darstellung grundlegender  
Behandlungsprinzipien  
Prof. Dr. Th. Kocher,  
Dr. J. Fanghänel  
14 – 19 Uhr, Zentrum für ZMK  
Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
Seminar Nr. 36  
Seminargebühr: 180 €

### 18. April

4 Punkte

Chirurgische Navigation – Was nützt sie unseren Patienten?  
Prof. Dr. Dr. W. Kaduk,  
Dr. St. Schöbel, Dr. Ch. Lucas  
15 – 18.30 Uhr, Univ.-Klinikum  
Greifswald  
Ferdinand-Sauerbruch-Straße,  
17475 Greifswald  
Seminar Nr. 37  
Seminargebühr: 140 €

## Chaos statt Wirtschaftswachstum

Trotz deutlichem Wirtschaftswachstum geht der Aufschwung an den meisten Freien Berufen vorbei. Die Aussichten, insbesondere der klassischen Freien Berufe, bleiben unverändert pessimistisch.

Vor allem bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten hat das Chaos um die Gesundheitsreform und gesetzliche Neuregelungen, wie beispielsweise die Bonus-Malus-Regelung im Bereich der Arzneimittelverordnung, große Verunsicherung hervorgerufen. Dies schränkt zusätz-



lich auch die Ausbildungsplatzangebote bei den Freien Berufen ein.

Der BFB als Spitzenorganisation der freiberuflichen Kammern und Verbände vertritt 906 000 selbstständige Freiberufler. Diese beschäftigen über 2,8 Millionen Mitarbeiter – darunter zirka 141 000 Auszubildende – und erwirtschaften 9,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

BFB

## Aufbau eines Verteilers für E-Mails

### Kammermitglieder um Angaben gebeten

Die Zahnärztekammer (ZÄK) beabsichtigt, zukünftig gesundheits-, berufs- und standespolitische Mitteilungen sowie aktuelle Meldungen zur zahnärztlichen Praxisführung möglichst zeitnah ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen.

Die für den Zahnarzt informativen und nützlichen Meldungen, gespeist aus verschiedenen Quellen, sollen per E-Mail verteilt werden.

Dazu bittet die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern alle Kammermitglieder um Mitteilung der aktuellen E-Mail-Adresse an das Referat Mitgliederwesen.

Jana Voigt,  
Tel. 03 85-5 91 08 17  
oder per Email an  
j.voigt@zaekmv.de

# Offener Brief an den Vorstand der Zahnärztekammer

## Praxisgebühr muss im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion bleiben

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Vorstandsmitglieder des neu gewählten Vorstandes der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, gemeinsam mit dem Kollegen Rainer Kremkow, als frisch wiedergewählte Mitglieder der neuen Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, hatte ich am 20. Januar die Ehre, Sie als alte und neue Vorstandsmitglieder wählen zu dürfen und möchte diese Gelegenheit nutzen, auch im Namen der Kolleginnen und Kollegen der Kreisstelle Uecker-Randow Sie zu Ihrer Wahl zu beglückwünschen und Ihnen viel Erfolg und vor allem viel Kraft für die vor uns liegenden Aufgaben zu wünschen.

Als eine der aus meiner Sicht dringenden Aufgaben für unsere standespolitischen Vertretungen erachte ich es, natürlich auch im Bundesmaßstab betrachtet, die „so genannte“ Praxisgebühr auf das Podium einer notwendigen Diskussion zu heben.

Zur Erinnerung, ursprünglich ange-dacht als Mittel zur Senkung des Versichertenanteils an Krankenkassenbeiträgen, natürlich nicht gesetzlich verankert, hat die Praxisgebühr ihren Wirkmechanismus weit verfehlt. Das „Resultat“ sind ständig steigende Beitragssätze, gerade in den letzten Wochen zu beobachten.

Die Erfahrung der letzten Jahre und Monate zeigt, dass gerade in den strukturschwachen Regionen, wie zum Beispiel dem Uecker-Randow-Kreis mit der bundesweit höchsten Arbeitslosenrate und im Übrigen auch einem sehr hohen NPD-Wahlanteil, die Praxen nur in den dringenden Fällen bzw. hauptsächlich im IV. Quartal zur Abstempelung des Bonusheftes aufgesucht werden.

Kollegialen Gesprächen ist ein Patientenrückgang seit Einführung der Praxisgebühr um 30 Prozent in unserer Region zu entnehmen, statistisch gesicherte Zahlen selbst im Berliner KZV-Bereich belaufen sich auf um die 25 Prozent.

Mir ist auch die Meinung von Steu-

erberatern und einiger Kollegen bekannt, hauptsächlich aus der Gruppe der Fachzahnärzte, dass die Patienten es lernen müssten, auch beim Zahnarzt dazubezahlen zu müssen. Aber dazu müssen die Patienten erst einmal den Weg in die Praxen finden! Diese Ansicht lässt sich leicht vertreten, wenn man hauptsächlich von Überweisungen lebt.

Ich kann auch nach drei Jahren Praxisgebühr die Auffassung einiger Steuerberater nicht unterstreichen, dass sich dieses System eingespielt hat.

Aus meiner Sicht ist eher ein Umkehrereffekt des ursprünglich geplanten Einsparzieles zu erkennen, durch Verschleppung und Heraus-zögerung dringend notwendiger Therapien, die lebensnotwendige Früherkennung von malignen Prozessen soll hier nur am Rande erwähnt werden, kommt es oft zu endodontischen Behandlungen mit meist anschließenden auch für die Krankenkassen teuren prothetischen Restaurationen.

Die Politik und die Medien sind doch seit Jahren bemüht, einen Keil zwischen die Zahnärzteschaft und die Patienten zu treiben! Bei gezielten Protestaktionen der Zahnärzteschaft gegen die Praxisgebühr haben wir die große Chance, die Patienten zu 100 Prozent hinter uns zu haben, was für sie zu unternehmen!

In diesem Sinne habe ich nicht die Bitte, sondern den Auftrag an den neu gewählten Vorstand unserer Landes-zahnärztekammer auf die Agenda zu setzen, die Möglichkeiten gezielter Protestaktionen gegen die Praxisgebühr zu prüfen!

Mit kollegialen Grüßen,

Dr. Hannjo Badzio

Kreisstellenvorsitzender

der Kreisstelle Uecker-Randow und Mitglied der Kammer-versammlung der Zahnärztekammer

(Die Antwort von der Zahnärztekammer finden Sie auf der Seite 16, d. Red)

## Fortbildung im April und Mai (2)

**18. April** 3 Punkte  
Früherkennung maligner Tumoren der Mundhöhle, Diagnostik und Behandlungskonzepte. Zahnärztliche Behandlung bei strahlen- und chemotherapierten Patienten  
PD Dr. Dr. B. Liebermann, Dr. C. Dittes  
17 – 19.30 Uhr, Konferenzzentrum Bethesdaklinik am Klinikum Neubrandenburg  
Dr. Salvadore-Allende-Straße 30, 17036 Neubrandenburg  
Seminar Nr. 38  
Seminargebühr: 50 €

**28. April** 9 Punkte  
Notfallseminar für das zahnärztliche Praxisteam, Management der allgemeinärztlichen Risikopatienten  
Dr. L. Fischer, Dr. K. Westphal, M. Drüner, Dr. Ch. Lucas, Dr. St. Pietschmann  
9 – 16.30 Uhr, Zentrum für ZMK Neubau  
Walther-Rathenau-Straße, 17489 Greifswald  
Seminar Nr. 39  
Seminargebühr: 250 €

**28. April**  
Ein unschätzbare Talent: Die Mitarbeiterin als Beratungsfachkraft  
Dipl.-Germ. K. Namianowski  
9 – 16 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
Seminar Nr. 73  
Seminargebühr: 200 €

**4./5. Mai** 14 Punkte  
Ohrakupunktur, Einführungskurs für Zahnärzte  
Dr. W. Wojak  
4. Mai, 14 – 19 Uhr, 5. Mai, 9 – 16 Uhr  
Zahnärztekammer M-V  
Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
Seminar Nr. 40  
Seminargebühr: 210 €

**9. Mai** 7 Punkte  
Das ABC der Schientherapie  
Prof. Dr. G. Meyer  
14 – 20 Uhr, Zahnärztekammer M-V  
Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
Seminar Nr. 41  
Seminargebühr: 180 €

## Fortbildung im April und Mai (3)

**11. Mai** 4 Punkte  
Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis  
Rechtsanwalt P. Ihle  
15 – 18 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
Seminar Nr. 42  
Seminargebühr: 75 €

**12. Mai** 8 Punkte  
Parodontitistherapie in der Praxis  
Prof. Dr. H. Jentsch  
9 – 15 Uhr, Klinik und Polikliniken für ZMK  
Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
Seminar Nr. 43  
Seminargebühr: 230 €

**12. Mai** 8 Punkte  
Die Überführung der therapeutischen Schienenposition in die definitive prothetische Rekonstruktion  
Dr. T. Mundt, Dr. G. Tauche  
9 – 17 Uhr, Zentrum für ZMK  
Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald  
Seminar Nr. 44  
Seminargebühr: 200 €

**16. Mai**  
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)  
PD Dr. P. Machinek,  
Dr. Ing. K.-P. Führ  
15 – 18 Uhr, Mercure Hotel  
Am Gorzberg, 17489 Greifswald  
Seminar Nr. 66  
Seminargebühr: 30 €

**16. Mai**  
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)  
Dr. E. Zschunke, Dipl.-Stom.  
S. Neubert  
15 – 18 Uhr, Hotel am Ring  
Große Krauthöfer Straße 1,  
17033 Neubrandenburg  
Seminar Nr. 67  
Seminargebühr: 30 €

**16. Mai**  
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für Personen ohne abgeschlossene sonstige medizinische Ausbildung)  
Prof. Dr. U. Rother, Dr. R. Bonitz  
14.30 – 19.30 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald, 18055 Rostock  
Tessiner Straße 103  
Seminar Nr. 68, Seminargebühr: 40 €

## Antwort auf den offenen Brief des Kollegen Badzio, Kreisstellenvorsitzender der Kreisstelle Uecker-Randow:

Sehr geehrter Herr Kollege Badzio,

vielen Dank für Ihren offenen Brief vom 8. Februar 2007, den ich an gleicher Stelle beantworten möchte.

Zuerst bedanken wir uns sehr herzlich für Ihre Glückwünsche und freuen uns gleichzeitig sehr, dass sich die neu gewählten Kammerversamm lungsmitglieder aktiv in die berufspolitische Arbeit einbringen.

Ihre Argumente zum Thema Praxisgebühr kann ich auf Grund von Erfahrungen in der eigenen Praxis nachvollziehen. Das Institut Deutscher Zahnärzte stützt die von Ihnen vorgetragenen Effekte. So hat Dr. Klingenberg im Jahre 2005 zum Thema „Steuerungs- und Verteilungswirkung der Praxisgebühr im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung – eine Kosten-Nutzen-Analyse“ eine wissenschaftliche Publikation vorgelegt. Trotz der geltenden Härtefallregelung, der Befreiung der Kontrolluntersuchungen für Erwachsene, der vollständigen Befreiung von der Praxisgebühr für Kinder hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Wirkung auf die Regelmäßigkeit der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Gerade die regelmäßige kontrollorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen ist Grundlage präventiver Konzepte. Auch die verzögerte Behandlungs-

aufnahme führt unter Umständen zu erhöhten Kosteneffekten.

Allerdings ist aus der IV. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) über alle untersuchten Altersgruppen hinweg eine weitere Zunahme der kontrollorientierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste bevölkerungsweit im Vergleich zur DMS III aus dem Jahre 1997 zu verzeichnen. Ich werde vor diesem Hintergrund Ihr Schreiben zum Anlass nehmen, dass IDZ zu bitten, die Datenlage nach einem Ost-West-Vergleich zu prüfen.

Wir sind uns einig, dass diese Thematik im Interesse unserer Patienten ist.

Natürlich werden wir unsere Kollegen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung um Unterstützung Ihres Anliegens bitten, da die Einführung der Praxisgebühr den Regelungen der Sozialgesetzgebung unterliegt. Nach Vorliegen entsprechender Datenlagen werden wir die politischen Schritte abstimmen und natürlich die Kollegenschaft darüber weiter informieren.

Nochmals mein herzlicher Dank für Ihre Aktivitäten und ich verbleibe mit freundlichen kollegialen Grüßen

**Dr. Dietmar Oesterreich**  
Präsident

## Dank für lange Zusammenarbeit

### Dr. Klaus-Dieter Knüppel blickt auf 16 Jahre zurück

Am 19. Januar dieses Jahres sind über 16 Jahre, das heißt vier Legislaturen ehrenamtlicher Tätigkeit im Kammervorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern für mich zu Ende gegangen. Ich bin sehr dankbar, dass ich nach der Wende, also von Anfang an, dabei war und unsere Kammerstrukturen mit aufbauen durfte.

Mein Interesse galt schon vor dem Neuanfang 1990 der Aus- und Fortbildung unserer zahnärztlichen Mitarbeiterinnen, daher war ich auch froh, dass man mir von Anfang an das Referat für Zahnarzhelferinnen/Zahnmedizinische Fachangestellte verantwortlich übertragen hat.

Viel ist in den vergangenen Jahren erreicht worden. Von 1991 bis 2006 wurden im Referat fast 4000 Auszubildende mit allen Erfordernissen betreut.

363 Umschülerinnen fanden mit unserer Hilfe den Einstieg in den für sie neuen Beruf „Zahnarzhelferin“ und in 760 Fällen wurde die anfänglich leider notwendige Anpassungsfortbildung der Stomatologischen Schwestern zur Zahnarzhelferin organisiert und durchgeführt.

Besonders beeindruckend aber sind die Zahlen, die den Fortbildungswillen unserer Mitarbeiterinnen belegen. In den Bereichen Prophylaxe, Praxisverwaltung und Kieferorthopädie inklusive ZMP und ZMV gibt es durch 63 mehrmonatige Kurse mittlerweile fast 1400 fortgebildete und damit hochqualifizierte Mitarbeiterinnen in unserem Bundesland.

All diese Aufgaben kann man nur mit der Unterstützung anderer Menschen bewältigen. Mein besonderer Dank gilt daher denen, die mich auf diesem Weg begleitet haben. Dank dem Präsidenten, Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsidenten Dipl.-Stom. Andreas Wegener, meinen ehemaligen Vorstandskollegen, dem ausgeschiedenen Geschäftsführer Dr. Peter Berg und dem neuen Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle, dem Geschäftsführer Konrad Curth sowie allen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle.

Ohne kompetente Mitarbeiter kann ein Referat nicht geführt werden. Ich danke allen Damen, die dort auch für mich gearbeitet haben, speziell Margrit Bolsmann. Dank auch den Partnern in der Ausbildung, den Prüfungsausschüssen an den Schulstandorten, den Leitern der beruflichen Schulen und vor allem den Fachlehrern, die in der Zusammenarbeit besonders wertvoll waren. Ebenso danke ich den Partnern in der Fortbildung. Die Universitäten Greifswald, Prof. Dr. Christian Splieth und Mitarbeiter, und Rostock, Prof. Dr. Eckehard Beetke und Mitarbeiter, garantierten mit Zahnärztinnen und Zahnärzten aus dem Schweriner Raum eine ausgezeichnete Fortbildung im Bereich Prophylaxe.

Die Rostocker Bildungsgesellschaft unter der Leitung von Dr. Winfried Kaschitzki war unser Ansprechpartner im Bereich der Verwaltung. Im Bereich der Kieferorthopädie brachte Dipl.-Stom. Holger Donath die Fortbildung mit uns auf den Weg.

Bei der Vielzahl derer, denen zu danken ist, habe ich diesen Weg über die „dens“ gewählt. Da noch einige wenige berufspolitische Verpflichtungen auf mich warten, ergibt sich vielleicht noch einmal die Gelegenheit, den Dank persönlich abzustatten.

Allen, die mir bei diesem gemeinsamen Miteinander ans Herz gewachsen sind, wünsche ich weiterhin Schaffenskraft, nur Gutes und eine stabile Gesundheit. Meinem Nachfolger im Amt wünsche ich dies ebenso und eine glückliche Hand.



Dr. Klaus-Dieter Knüppel

## Fortbildung im April und Mai (4)

### 23. Mai

Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz

Prof. Dr. U. Rother,

PD Dr. P. Machinek, Dr. R. Bonitz

14.30 – 20.30 Uhr, Mercure Hotel

Am Gorzberg, 17489 Greifswald

Seminar Nr. 47

Seminargebühr: 75 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0 385-5 91 08 13 und Fax: 03 85-5 91 08 23 zu erreichen.

### Bitte beachten Sie:

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

## Falscher Zahnarzt

In der saudiarabischen Pilgerstadt Mekka hat ein falscher Zahnarzt sein Unwesen getrieben. Der Mann, der sich eine Zahnarzttausrüstung gekauft hatte, hantiert eigentlich mit ganz anderen Werkzeugen.

HB RIAD. Ein Automechaniker bot seine Dienste zu niedrigen Preisen auf der Straße an. Seinen Kunden zog er daheim auf der Couch die Zähne oder machte ihnen Füllungen. Der Mechaniker ist daraufhin festgenommen worden.

# Die Wurzelkanalspülung

**Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) vom August 2006**

Die Wurzelkanalspülung stellt einen integralen Bestandteil der chemo-mechanischen Wurzelkanalpräparation dar.

## Ziele der Wurzelkanalspülung:

1. Reduktion der Keime und bakteriellen Toxine im Wurzelkanalsystem
2. Auflösung und Entfernung von Resten des Pulpagewebes
3. Unterstützung der mechanischen Aufbereitung und Abtransport von Dentinspänen

## Anforderungen an Spüllösungen:

1. Desinfektionswirkung
2. Biologische Verträglichkeit
3. Gewebe auflösende Wirkung
4. Einfache Applizierbarkeit

## Spüllösungen zur Desinfektion

Die antimikrobielle Wirkung einer Spüllösung steigt in Abhängigkeit von der Applikationsmenge, der Applikationsdauer, der Konzentration und der Temperatur. Die Spülwirkung ist nur effektiv, wenn die Aufbereitung ein Vordringen der Spülkanüle in apikale Bereiche erlaubt. Daher ist es empfehlenswert, entsprechend weit aufzubereiten und dünne Kanülen ( $\text{\O} 300 - 400 \mu\text{m}$ ) zu verwenden, die ohne Friktion bis etwa 4 - 5 mm vor den apikalen Aufbereitungsendpunkt eingebracht werden können. Ein Verklemmen der Kanüle im Wurzelkanal ist zu vermeiden, da es zur Überpresung der Spüllösung in apikale Gewebe und damit zu Gewebedestruktionen und starken Schmerzen kommen kann.

Eine Aktivierung der Spüllösung z. B. durch Ultraschall ist von Vorteil (1). In infizierten Kanälen ist eine ausreichend lange Einwirkung zur Auflösung des Biofilms angeraten (2).

## 1. Natriumhypochlorit (NaOCl)

Natriumhypochlorit gilt in einer Konzentration zwischen 0,5 Prozent und 5 Prozent als Spüllösung der ersten Wahl. Es weist folgende Eigenschaften auf:

- a) sehr gute antimikrobielle Wirkung auf die Mehrzahl der endodontisch relevanten Keime bei geringer Toxizität,
- b) die Fähigkeit, nekrotisches, aber auch vitales Gewebe aufzulösen (3) und
- c) die Fähigkeit, Lipopolysaccharide zu neutralisieren (4).

Die gewebeauflösende Wirkung von NaOCl steigt in Abhängigkeit von der Applikationsmenge, der Applikationsdauer, der Konzentration und der Temperatur der Lösung (5, 6).

Da die NaOCl-Lösung bei höheren Temperaturen rasch zerfällt, sollte eine Erwärmung erst unmittelbar vor oder während der Anwendung stattfinden (6). Bei der Lagerung ist darauf zu achten, dass NaOCl dunkel und kühl aufbewahrt wird.

## 2. Chlorhexidindigluconat (CHX)

Es zeigt in Konzentrationen zwischen 0,2 bis 2 Prozent ebenso wie NaOCl eine sehr gute antimikrobielle Wirkung bei guter Bioverträglichkeit (7). Es wirkt nicht Gewebe auflösend

und kann Endotoxine (LPS) nicht neutralisieren. Die Spülung mit CHX ist als Zusatzspülung zu verstehen, ihre Vorteile liegen in ihrer Substantivität am Dentin (8) sowie in der besonders guten Wirkung gegen grampositive Keime (9) (wie z. B. Enterokokken) und Fungi, die sich vermehrt in Revisionsfällen finden und gegen NaOCl und/oder  $\text{Ca(OH)}_2$  resistent sein können.

Bei CHX-Spülung vor oder nach NaOCl-Spülung kann es zum Ausfällen von CHX-Kristallen im Wurzelkanal kommen.

## 3. Wasserstoffperoxid ( $\text{H}_2\text{O}_2$ )

$\text{H}_2\text{O}_2$  (3 - 5 Prozent) verfügt kaum über eine antimikrobielle Wirkung (10). Die Wechselfspülung von NaOCl mit  $\text{H}_2\text{O}_2$  ist nicht sinnvoll, da sowohl die antimikrobielle als auch die gewebeauflösende Wirkung des NaOCl durch gegenseitige Neutralisation ( $\text{H}_2\text{O}_2 + \text{NaOCl} \rightarrow \text{H}_2\text{O} + \text{NaCl} + \text{O}_2$ ) stark reduziert wird.

## 4. Phenolhaltige und formaldehydhaltige Substanzen

Aus heutiger Sicht sind Spülungen mit phenol- und formaldehydhaltigen Substanzen nicht indiziert. Sie müssen als unspezifisch toxisch bezeichnet werden (11), d. h., sie sind auch für gesundes körpereigenes Gewebe toxisch. Sie können periapikale Entzündungen hervorrufen, u. a. auch wegen ihrer raschen Diffusion in Bereiche jenseits des Wurzelkanals, die auch in einer kurzen Wirkdauer dieser Substanzen resultiert (12,13) – siehe auch Stellungnahme der

Anzeige

## GÜSTROWER FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTE

GFZ • Pfahlweg 1 • 18273 Güstrow • Tel. (0 38 43) 84 34 95 • E-Mail: [info@zahnarztfisher.de](mailto:info@zahnarztfisher.de) • Internet: [www.gfza.de](http://www.gfza.de)

### „Zahnärztliche Leistungen erfolgreich verkaufen und finanzieren“

Ein Seminar mit Diskussionen und Übungen für Zahnärztinnen, Zahnärzte und Zahnarzhelferinnen mit entsprechendem Aufgabenspektrum

**Referent: Cay Baron von Brockdorff**

**Freitag, den 18. und Samstag, den 19. Mai 2007 in Güstrow,  
Kursgebühr: 590,00 € zzgl. MwSt., Punkte ZÄK: 16, Teilnehmerzahl: max. 15**

DGZMK und der ESE (14,15).

### 5. Jod-Jod-Kali-Lösung (IKI)

IKI zeigt sehr gute antimikrobielle Eigenschaften bei geringer Toxizität und ist als Zusatzspülung in Revisionsfällen empfehlenswert (11). Es darf nicht bei Patienten mit Jod-Allergie verwendet werden.

### Spüllösungen zur Entfernung der Schmierschicht

Bei der mechanischen Aufbereitung des Wurzelkanals entsteht an den bearbeiteten Kanalabschnitten eine Schmierschicht (Smear layer) aus Den-

tin, Pulparesten und Bakterien, die die Dentintubuli verblockt.

### 1. Editinsäure (EDTA)

EDTA verfügt über mäßige antimikrobielle Eigenschaften und wird in der Regel in einer Konzentration bis 15 Prozent zur Entfernung der Schmierschicht verwendet. Nach EDTA-Applikation wird ein Nachspülen mit Natriumhypochlorit empfohlen (16).

### 2. Zitronensäure

Zitronensäure wird ebenfalls zur Entfernung der Schmierschicht verwendet. In höheren Konzentrationen (bis zu

30 Prozent) wird jedoch nicht nur die Schmierschicht aufgelöst, sondern es werden auch Teile des peritubulären Dentins angegriffen.

### Spüllösung zur Trocknung des Kanals

#### 1. Alkohol

Alkohol weist ungenügende antimikrobielle Eigenschaften auf, kann jedoch bei Applikation unmittelbar vor der Wurzelkanalfüllung zur Trocknung des Kanals herangezogen werden.

Literatur im Internet unter [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)

## Spenden gesucht: Hand- und Winkelstücke für Sri Lanka

Für eine nach Sri Lanka gespendete Dentaleinheit (FINNDENT) werden dringend handelsübliche Hand- und Winkelstücke und Turbinen gesucht. Sollten Sie entsprechend gebrauchsfähige Geräteteile

entbehren und spenden können, bitten wir Sie, sich unter Tel. 03-85-5 92 54 15 zu melden. Versandkosten werden selbstverständlich übernommen und bei Bedarf Spendenquittungen ausgestellt.



Zu einem Tag der offenen Tür wird in die neue Zahnklinik in Greifswald eingeladen.

## Neue Zahnklinik Greifswald lädt zum Tag der offenen Tür

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Greifswald laden die Zahnärztinnen und Zahnärzte Mecklenburg-Vorpommerns ein zu einem Tag der offenen Tür am Mittwoch,

14. März 2007, ab 15 Uhr in die neue Zahnklinik, Walther-Rathenau-Straße 42 (neben dem Bio-

technikum). Neben einer Vorstellung der neuen Klinik ist ein kleines wissenschaftliches Programm über aktuelle Forschungsprojekte und ein kollegialer Erfahrungsaustausch zu allen Fragen der Zusammenarbeit geplant.

Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer,  
Geschäftsführender Direktor/  
OÄ Dr. Angela Löw

## Zentralregister erfasst Kiefernekrosen

Das Zentrum „Muskel- und Knochenforschung“ der Berliner Charité (Campus Benjamin Franklin) führt seit Januar 2005 ein deutschlandweites Zentralregister zur Erfassung von durch Biphosphat verursachten Kiefernekrosen.

Nach Auffassung der Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer sind derartige schwerwiegende Erkrankungen gerade wegen des weitgehend ungeklärten Mechanismus der Entstehung unbedingt aufklärungsbedürftig. Die Arzneimittelkommission appelliert daher an die Zahnärzteschaft, schwerwiegende Nebenwirkungen im Zusammenhang mit einer Biphosphat-Therapie zu melden. Das Formblatt ist in jeder „zm“ abgeleitet und kann auch auf der Internet-Seite der Bundeszahnärztekammer [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de), Rubrik Zahnärzte, Arzneimittelkommission, heruntergeladen werden.

Zahnärzte, die Biphosphat-assoziierte Kiefernekrosen melden, werden von der Arzneimittelkommission über das Projekt der Charité informiert und aus Datenschutzgründen um eine vorgefertigte Einverständniserklärung zwecks Weiterleitung der Praxisanschrift an die Charité beziehungsweise um direkte Kontaktaufnahme mit dem Forschungszentrum gebeten.

BZÄK

# Festzuschuss-Richtlinien in Befundgruppe 6

## Änderungen durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. November 2006 sind die Festzuschuss-Richtlinien in der Befundgruppe 6 teilweise geändert bzw. neu eingefügt worden.

### **Festzuschuss – Befund Nr. 6.0 wurde neu eingefügt:**

Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Erfordernis der Abformung und ohne Erfordernis zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese

#### *Erläuterung:*

Werden Wiederherstellungsmaßnahmen ohne Erfordernis der Abformung an herausnehmbaren Versorgungsen oder Kombinationsversorgungsen durchgeführt, bei denen keine zahntechnischen Leistungen erforderlich sind, ist Befund 6.0 anzusetzen.

Hierunter fallen u. a. das direkte Verschließen eines Sekundärteleskopes nach Extraktion des Primärteiltragenden Zahnes, die Wiederherstellungen der Funktion von gegossenen Halte- und Stützelementen durch Aktivierung und die Wiederherstellung der Funktion von Verbindungselementen durch Aktivierung.

Für das Wiederbefestigen von Sekundärteleskopen und anderer Verbindungselemente sind die Befunde 6.2 oder 6.3 ansetzbar. Der Befund Nr. 6.0 ist hingegen ansetzbar für das einfache Aktivieren von Verbindungselementen und das Aktivieren durch das Auswechseln von konfektionierten Teilen soweit keine zahntechnischen Leistungen erforderlich sind und nur Materialkosten anfallen.

### **Festzuschuss – Befund Nr. 6.1 wurde neu gefasst:**

(Änderungen fett gedruckt)

Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung ohne Erfordernis der Abformung, je Prothese

#### *Erläuterung:*

Diese Änderung dient ausschließlich der Klarstellung, dass auch

wiederherstellungsbedürftige Kombinationsversorgungsen festzuschussfähig sind. Es spielt im System der befundbezogenen Festzuschüsse keine Rolle, ob eine Prothese wiederherstellungsbedürftig ist, weil eine Gussklammer frakturiert ist, ein Zahn oder eine Teleskopkrone wiederbefestigt werden muss oder die Friktion eines Verbindungselementes soweit reduziert ist, dass keine Lagestabilität mehr besteht. Festzuschüsse sind, soweit es sich um anerkannte Versorgungsformen handelt, ansetzbar.

Der Klammerzusatz („Maßnahmen im Kunststoffbereich“) wurde gestrichen. Das nunmehr eindeutige Abgrenzungskriterium der Befunde 6.2 und 6.3 zu dem Befund 6.1 ist die Erforderlichkeit einer Abformung.

### **Festzuschuss – Befund Nr. 6.4 wurde neu gefasst:**

(Änderungen fett gedruckt)

Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger **herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung** mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese **bei Erweiterung um einen Zahn**

#### *Erläuterung:*

Die erste Änderung dient der Klarstellung, dass auch erweiterungsbedürftige Kombinationsversorgungsen festzuschussfähig sind. Die zweite Änderung war im Zusammenhang mit der Einführung von Befund Nr. 6.4.1 notwendig. Befund 6.4 ist wie bisher bei Erweiterungsbedürftigkeit von Versorgungsen mit Maßnahmen im Kunststoffbereich je Prothese ansetzbar und umfasst nach der Neufassung der Befundbeschreibung die Erweiterung *eines Zahnes*. Wird die Prothese um weitere Zähne erweitert, ist für jeden weiteren Zahn Befund Nr. 6.4.1 zusätzlich ansetzbar.

### **Festzuschuss – Befund Nr. 6.4.1 wurde neu eingefügt**

Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese *bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn*

#### *Erläuterung:*

Neuer Festzuschuss, der nur in Verbindung mit Befund 6.4 ansetzbar ist, wenn mehr als ein Zahn erweitert wird. In solchen Fällen ist Befund 6.4.1 für jeden weiteren erweiterten Zahn ansetzbar. Für die Erneuerung oder Wiederbefestigung von Prothesenzähnen ist Befund 6.4.1 **nicht** ansetzbar.

#### *Beispiele:*

1. Erweiterung einer Kunststoffprothese um einen Zahn:  
Ansetzbarer Festzuschuss: **1x 6.4**
2. Erweiterung einer Kunststoffprothese um zwei Zähne:  
Ansetzbare Festzuschüsse: **1x 6.4 und 1x 6.4.1**

### **Festzuschuss – Befund Nr. 6.5 wurde neu gefasst:**

(Änderungen fett gedruckt)

Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger **herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung** mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese **bei Erweiterung um einen Zahn**

#### *Erläuterung:*

Die erste Änderung dient der Klarstellung, dass auch erweiterungsbedürftige Kombinationsversorgungsen festzuschussfähig sind. Die zweite Änderung war im Zusammenhang mit der Einführung von Befund Nr. 6.5.1 notwendig. Befund 6.5 ist wie bisher bei Erweiterungsbedürftigkeit von Versorgungsen mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich je Prothese ansetzbar und umfasst nach der Neufassung der Befundbeschreibung die Erweiterung *eines Zahnes*. Wird die Prothese um weitere Zähne erweitert, ist für jeden weiteren Zahn Befund Nr. 6.5.1 zusätzlich ansetzbar.

### **Festzuschuss – Befund Nr. 6.5.1 wurde neu eingefügt**

Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese *bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn*

**Erläuterung:**

Neuer Festzuschuss, der nur in Verbindung mit Befund 6.5 ansetzbar ist, wenn mehr als ein Zahn erweitert wird. In solchen Fällen ist Befund 6.5.1 für jeden weiteren erweiterten Zahn ansetzbar. Für die Erneuerung oder Wiederbefestigung von Prothesenzähnen ist Befund 6.5.1 **nicht** ansetzbar.

**Beispiele:**

1. Erweiterung einer Modellgussprothese um einen Zahn, eine gegossene Retention ist erforderlich, die an der Metallbasis der Prothese befestigt wird.  
Ansetzbarer Festzuschuss: **1x 6.5**
2. Erweiterung einer Modellgussprothese um vier Zähne und ein ge-

gossenes Basisteil.

Ansetzbare Festzuschüsse: **1x 6.5 und 3x 6.5.1**

**Hinweis:**

**Bitte im Feld Bemerkung immer die Art der Wiederherstellung und die Bonushöhe eintragen.**

Heidrun Göcks

## „Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten“

### Pilotstudie stellt Ergebnisse aus einer zahnärztlichen Angstambulanz dar

Das Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Dienstleistungen seitens der Bevölkerung hat sich in Deutschland in den letzten 15 Jahren stark verändert: Der Anteil der Menschen, die „kontrollorientiert“, also vorbeugend im Sinne eines Check-ups, zum Zahnarzt gehen, hat sich von rund 46 Prozent (1989) auf mittlerweile rund 75 Prozent (2005) erhöht.

Dennoch spielt im psychologischen Kontext des Inanspruchnahmeverhaltens zahnärztlicher Dienstleistungen das Thema der „Angst vor dem Zahnarztbesuch“ auch heutzutage keineswegs eine randständige Rolle. Übersichten der internationalen Forschungsergebnisse zur Prävalenz bzw. Vorkommenshäufigkeit von Zahnbehandlungsängsten zeigen starke Angstprobleme bei rund 5 bis 15 Prozent der Bevölkerung. Und dass solche Verhaltensprobleme nicht nur massive Barrieren für einen präventionsorientierten Zahnarztbesuch auslösen, sondern auch die Verschleppungsgefahr oraler Erkrankungsverläufe heraufbeschwören, liegt auf der Hand. Weniger deutlich dürfte hingegen sein, dass auch die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität insgesamt durch übersteigerte Dentalängste erheblich in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Die vorliegende Pilotstudie mit dem Titel „Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit starken Zahnbehandlungsängsten“ von M. Mehrstedt, S. Tönnies, M. John, W. Micheelis stellt die Ergebnisse aus einer zahnärztlichen Angstambulanz dar, in der Patienten mit einer umschriebenen Dentalphobie (gemessen mit dem „Dental Anxiety Scale“ und dem „Dental Fear Survey“) hinsichtlich des Ausmaßes einer eingeschränkten mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem „Oral Health Impact Profile“) untersucht

wurden. Das Datenmaterial aus dieser Feldstudie zeigt eindrücklich, wie stark Zahnbehandlungsängste in das gesamte subjektive Erleben eingreifen und die orale Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen. Umfangreiche teststatistische Berechnungen runden das Gesamtergebnis ab. Es werden Ansätze für die Patientenführung dieser „zahnbehandlungsängst-

lichen“ Personengruppe diskutiert.

Die IDZ-Information kann kostenlos beim IDZ Köln, Universitätsstr. 73, 50931 Köln, Tel. 0221 – 4001-0, Fax: 0221 – 404886, E-Mail: [idez@idz-koeln.de](mailto:idez@idz-koeln.de) angefordert werden.

Außerdem besteht die Möglichkeit, IDZ-Informationen im Internet unter [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de) als pdf-File herunterzuladen.

## Sportlicher Wettkampf an der Westküste von Afrika

### 28. Weltspiele der Medizin und Gesundheit 2007 vom 23. bis 30. Juni in Agadir, Marokko

Sportbegeisterte Mediziner, Ärzte und Mitglieder der gesundheitlichen Berufe aus aller Welt können sich freuen. Die diesjährigen Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit (kurz JMM – jeux mondiaux de la médecine et de la santé) finden in einem der schönsten Badeorte der Welt statt: Agadir im Süden von Marokko.

Vom 23. bis 30. Juni 2007 werden wieder Mediziner, Apotheker, Krankenschwestern und Therapeuten bei den Sportweltspielen Kampfgeist und Fairness zeigen.

Bei dem größten Sportereignis der Berufsgruppe messen sich jährlich mehr als 2000 Teilnehmer in rund 25 Disziplinen. Die Hobbysportler können sich für den Einzelkampf von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Segeln anmelden. Bewertet wird je nach Sportart in fünf Altersgruppen. Auch Anmeldungen für mehrere Sportarten sind

möglich. Die Mannschaftsportarten Fußball und Beach-Volleyball werden in drei Gruppen bewertet. In Einzel- und in Mannschaftssportarten sind alle teilnahmeberechtigt, die eine abgeschlossene Fachausbildung im Gesundheitsbereich und ein Gesundheitsattest vorweisen können. Auch Studenten und Auszubildende der Fachbereiche können an den Start gehen.

Die Teilnahmegebühr 2007 wird voraussichtlich ab 300 Euro betragen, je nach Hotelkategorie. Die Veranstalter bieten günstige Pauschalen in verschiedenen Hotels an, Ermäßigungen gibt es für Partner, Studenten und mitreisende Kinder. Weitere Informationen über die Teilnahmebedingungen, zur Unterbringung sowie zur Anmeldung werden in Kürze auf [www.sportweltspiele.de](http://www.sportweltspiele.de) veröffentlicht. Anfragen bitte per E-Mail unter: [info@sportweltspiele.de](mailto:info@sportweltspiele.de).

## Öffentliche Ausschreibung

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgenden Vertragszahnarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus, da es sich um ein für weitere Zulassungen gesperrtes Gebiet handelt:

### Allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Stralsund zum 1. Februar 2008

Die Bewerbungsfrist endet am 31. März 2007

### Allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Güstrow zum 1. Mai 2007

Die Bewerbungsfrist endet am 5. April 2007

### Allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Güstrow zum 12. April 2007

Die Bewerbungsfrist endet am 8. April 2007

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (03 85-5 49 21 30).

Bewerbungen sind ab sofort an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, zu richten.

Die Bewerber müssen zum Zeitpunkt der Praxisübergabe die Voraussetzungen für eine Zulassung gemäß §§ 3 und 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte erfüllen.

Bereits vorliegende Eintragungen in der Warteliste für allgemeinzahnärztliche Praxen gelten nicht automatisch als Bewerber um diese Praxis.

In jedem Falle ist eine schriftliche Bewerbung für diesen Vertragszahnarztsitz erforderlich.

## Schließung einer Praxis

Marianne Milkereit  
Zahnärztin  
Straße der Freundschaft 11  
17166 Teterow

## Starthilfe auf der Suche nach einer Ausbildung

### Messe „JOBEX 2007 – Job und Bildungs-Expo“

Auch in diesem Jahr war Greifswald der Veranstaltungsort für die Ausbildungsmesse – die Auflage 2007 fand in der Sporthalle des Berufsbildungswerkes (BBW) in Greifswald statt. Als Organisatoren zeichneten auch in diesem Jahr die BARMER Greifswald und die Volksbank Raiffeisenbank eG verantwortlich.

Die Zahnärztekammer M-V war mit einem Ausstellungsstand zum Berufsbild der „Zahnmedizinischen Fachangestellten“ vertreten und gehörte somit zu den 41 Ausstellern dieser Messe, die den zukünftigen Auszubildenden die Möglichkeit bot, sich über die unterschiedlichen regionalen Ausbildungsberufe zu informieren und sich zu inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Ausbildung beraten zu lassen.

Das Berufsbild der „Zahnmedizinischen Fachangestellten“ wurde vorgestellt durch Annette Krause, Mitarbeiterin der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpom-

mern im Helferinnenreferat, und Kati Rapke, Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres. Der Informationsstand mit seiner Fotowand weckte das Interesse von Jugendlichen und deren Eltern. Es konnten Fragen zur Ausbildung, zu Berufsschulstandorten und zu Fortbildungsmöglichkeiten beantwortet werden.

Den Veranstaltern ist es sehr gut gelungen, auf die Interessen der jungen Besucher einzugehen. Die Vorführung einer Modenschau zum Thema: „Wie kleide ich mich zum Vorstellungsgespräch?“ und ein „Schaufrisieren“ trafen den Geschmack des Publikums, auch das im Hintergrund laufende Bewerbungstraining wurde begeistert angenommen.

Die große Besucherzahl bewies somit das Interesse bei jungen Menschen und deren Familien und gab Hilfestellungen auf dem Weg ins Berufsleben.

Referat ZAH/ ZFA

Anzeige




**Informationsveranstaltung**  
für Berufsangehörige der Heilberufe:

**Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung durch Kooperation von Zahnärzten, Ärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern**

**Wann?** Am 21. März um 19.30 Uhr  
**Wo?** Hochschule Neubrandenburg · Brodaer Str. 2 · 17033 Neubrandenburg

Referenten: ■ Herr H.-M. Hoeck, Rechtsanwalt  
■ Frau A. Bruhn, Steuerberaterin, ADVITAX Steuerberatungsgesellschaft mbH Neubrandenburg  
■ Frau A. Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion im Deutschen Bundestag

Bitte richten Sie Ihre Anmeldung bis zum 15.03.2007 an  
Susanne Bethge  
Telefon: (0160) 8 05 84 21, E-Mail: susannebethge@yahoo.de

## Engagement und Kompetenz prägten ihre Arbeit

### Margrit Bolsmann in Ruhestand verabschiedet

Zum 1. März wurde Margrit Bolsmann nach mehr als 15-jähriger Tätigkeit für die Zahnärztekammer M-V in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Die Geschäftsstelle unserer Kammer verliert damit eine Mitarbeiterin, die allen Zahnärztinnen und Zahnärzten unseres Bundeslandes, vor allem aber den Zahnarthelferinnen und Zahnmedizinischen Fachangestellten, bestens bekannt ist.

Nach Tätigkeiten als Zahnärztliche Helferin, Stomatologische Schwester, leitende Abteilungsschwester, stellvertretende Oberschwester und leitende Schwester einer Poliklinik in Schwerin, begann Margrit Bolsmann am 1. September 1991 ihre Tätigkeit für die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Ihr reges Interesse für Aus- und Fortbildungsbelange unserer Praxismitarbeiterinnen hatte sich herumgesprochen. Dies und ihr großes organisatorisches Talent ließen sie deshalb auch bald zu einer äußerst geschätzten Mitarbeiterin im Referat für Zahnarthelferinnen unserer Geschäftsstelle werden. Margrit Bolsmann ist der Aufbau und die Funktionstüchtigkeit des Referates in entscheidendem Maße zu verdanken. Ihr Engagement und ihre Kom-

petenz haben es mir als zuständigem Referenten erst ermöglicht, Arbeiten so zu tun, wie sie getan werden mussten.

Anlässlich ihres Ruhestandes haben vor allem die Zahnarthelferinnen und Zahnmedizinischen Fachangestellten Margrit Bolsmann für die vielfältigen Aktivitäten zu danken. Die Geschäftsführung, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle unserer Kammer und natürlich auch Präsident Dr. Dietmar Oesterreich und der Vorstand schließen sich diesem Dank an und wünschen Freude, Zufriedenheit und stabile Gesundheit im Ruhestand.

Dr. Klaus-Dieter Knüppel



Margrit Bolsmann wurde in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Foto: privat

## Praxisabgaben/übernahmen

Die von SR Irmtraud Rathmann seit dem 27. Dezember 1990 geführte Zahnarztpraxis in Woldegk wird ab dem 1. März 2007 von Frau Ramona Keiss weitergeführt.

Die von Dr. Renate Koine seit dem 1. Mai 1991 geführte Zahnarztpraxis in Schwaan wird ab dem 1. März 2007 von Frau Antje Rambow weitergeführt.

Die von Dr. Walter Beyer seit dem 1. April 1991 geführte Zahnarztpraxis in Löcknitz wird ab dem 1. Februar 2007 von Frau Sylvia Helling weitergeführt.

## Ausschuss für Zulassungen

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte für den 11. April 2007 und 20. Juni 2007 anberaumt sind.

Die Antragsunterlagen müssen drei Wochen vor Sitzungstermin in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses vollständig vorliegen.

Über später eingehende Anträge wird in der darauffolgenden Sitzung verhandelt.

Nachstehend aufgeführte Anträge erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

Anträge auf

- Zulassung, Ermächtigung
- Führung einer Gemeinschaftspraxis
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarzt-sitzes

## Versandapotheke darf Filiale wieder öffnen

Das Fremdbesitzverbot wackelt. Die jüngste Entscheidung des saarländischen Oberverwaltungsgerichts (OVG) vom 22. Januar hat dies sogar jenen Apothekern deutlich vor Augen geführt, die sich mit großer Sicherheit auf das deutsche Recht verlassen haben. Die niederländische Versandapotheke DocMorris darf ihre erste eigene Filiale in Rechtsform

einer Kapitalgesellschaft in Saarbrücken demnach bis auf Entscheidung der Hauptsache wieder öffnen. Damit ist die aufschiebende Wirkung des Vollzugs der Zulassung aus der erstinstanzlichen Entscheidung aufgehoben.

Das Unternehmen und das saarländische Gesundheitsministerium hatten gegen eine Entscheidung des

saarländischen Verwaltungsgerichts Beschwerde eingereicht. Dieses hatte Apothekern, die gegen den Betrieb der DocMorris-Apotheke sind, vorläufigen Rechtsschutz gewährt und die einstweilige Schließung der Filiale angeordnet. Am 3. Juli 2006 hatte DocMorris die Filiale eröffnet, am 14. September hat das Verwaltungsgericht eine Schließung angeordnet.

# Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV

## PC-SCHULUNGEN

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V

**Wo:** KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

**Punkte: 3**

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

**Gebühr:** 60,00 € für Zahnärzte, 30,00 € für Vorb.-ass., Zahnarzhelferinnen

### Schatztruhe Gratissoftware

**Inhalt:** Avira-AntiVir – Gratis-Virenschutz; OpenOffice – Alternative für Word, Exel & Co.; Google-Picasa – kostenloser PhotoShop; Wikipedia – „Brockhaus-Ersatz“ für lau

**Wann:** 14. März 2007, 16 – 19 Uhr, in Schwerin

### POWER POINT - Präsentation selbst erstellen

**Inhalt:** die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen, Arbeiten mit POWERPOINT unter verschiedenen Ansichten; Freies Erstellen einer Präsentation; Verwendung des Folienmasters; Einfügen verschiedener Elemente; Aktionseinstellungen

**Wann:** 18. April 2007, 16 – 19 Uhr, in Schwerin

### Textverarbeitung

**Inhalt:** Textverarbeitungsprogramm Word und alternative Programme, Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief

**Wann:** 9. Mai 2007, 16 – 19 Uhr, in Schwerin

### BEMA-Blockseminar für Azubis im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger (Helferinnen/Vorbereitungsassistenten)

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Elke Köhn, stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V;

Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

**Inhalt:** Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH-, KFO- und ZE-Leistungen; Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Praxisgebühr; zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht; vertragszahnärztliche Kfo-Behandlung; ZE-Festzuschüsse

**Wann:** 23. März 2007, 15 – 18 Uhr, und 24. März 2007, 10 – 13 Uhr, in Schwerin

**Punkte: 6**

**Gebühr:** 75,00 € für Auszubildende, Zahnarzhelferinnen, Vorbereitungsassistenten

## Seminar zum Honorarbescheid

**Referentin:** Iris Franz, Abteilungsleiterin Finanzbuchhaltung KZV M-V

**Inhalt:** gesetzliche Grundlagen; Aufbau und Inhalt des Honorarbescheides; Auswirkungen von Überzahlungen

**Wann:** 16. Mai 2007, 15 – 17 Uhr in Schwerin

**Punkte: 2**

**Gebühr:** 150,00 € für Zahnärzte, 75,00 € für Vorbereitungsassistenten

### Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V

Antje Peters  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Fax-Nr.: 03 85-54 92 498  
E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de



### Ich melde mich an zum Seminar:

- Schatztruhe Gratissoftware am 14. März 2007, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Blockseminar am 23./24. März 2007, Schwerin
- Power Point-Präsentation am 18. April 2007, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung am 9. Mai 2007, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- Seminar zum Honorarbescheid am 16. Mai 2007, 15 - 17 Uhr, Schwerin

Datum (Seminar)	Name, Vorname (Druckschrift)	A b r . - Nr.	Zahnarzt (ZA) Zahnarzhelferin (ZAH) Vorbereitungsassistent (VA)

Unterschrift, Datum

Stempel

## www.implantat-berater.de

Ein werbefreies Informationsportal bei dem sich ein Eintrag offenbar lohnt. Dies zeigt die Positionierung des Implantat-Beraters bei bekannten Suchmaschinen. Ob Google, MSN, AOL oder Freenet, mittlerweile finden Hilfe suchende Patienten das Informationsportal unter dem Suchbegriff „Implantat“ meist auf der ersten Seite.

Wer im World Wide Web Patienten ansprechen oder für Besucher auf der eigenen Homepage sorgen möchte, kann sich online für einen geringen Jahresbeitrag in der Arztsuche registrieren. Eine für implantologisch arbeitende Ärzte sinnvolle Ausgabe, die sich rechnet. Das Portal informiert ausführlich, patientengerecht und sachlich. Patienten finden in der Arztsuche eine Praxis ganz

in der Nähe. Diese wird mit Adresse, Telefonnummer und falls vorhanden, der eigenen Web-Adresse angezeigt. Über einen Link gelangt der Patient direkt auf die Praxis-Homepage. Ein Mausklick und Patienten wird das Leistungsangebot der eigenen Praxis präsentiert.

Eine weitere, nach kurzer Zeit etablierte Informationsquelle für Rat suchende Patienten ist [www.parodontologie-berater.de](http://www.parodontologie-berater.de). Ebenfalls mit transparenten Konditionen, dokumentierten Besucherzahlen und Links zur eigenen Praxis-Homepage.

Besonders erfreulich ist, dass die virtuelle Welt dieser beiden Portale es ermöglicht, Patienten in die reale Welt der eigenen Zahnarztpraxis zu führen.

### Hocmodo

Telefon 02 41 / 182 45 05  
[www.hoc-modo.de](http://www.hoc-modo.de)



## Beeindruckende Knochenregeneration

Präklinische und klinische Untersuchungen deuten darauf hin, dass Implantate mit der hydrophilen und chemisch aktiven SLActive-Oberfläche im Wundbereich eine Stabilisierung des Blutkoagulums bewirken und die Knochenanlagerung während der initialen Wundheilung verbessern.

In einer Veranstaltungsreihe zu dieser Oberflächentechnologie, die am 17. Januar 2007 in Dortmund startete, erläutert PD Dr. Frank Schwarz die potenzielle Bedeutung dieser SLActive-Oberfläche für die zahnärztliche Implantologie.

In zahlreichen präklinischen Studien haben Dr. Schwarz und Prof. Dr. Becker den Einheilungsprozess von Implantaten mit dieser Oberfläche untersucht.

Die Arbeitsgruppe verfügt über beeindruckende Studienergebnisse.

- SLActive-Implantatoberflächen führten unter In-vitro-Bedingungen zu einer signifikanten Steigerung der zellulären Aktivität von Osteoblasten.
- Zweite präklinische Untersuchungen zeigten an diesen Oberflächen im Vergleich zu konventionellen SLA-Oberflächen ein signifikant höheres Knochen-

Implantat-Kontakt jeweils 1, 2 und 4 Wochen nach Implantatinserktion.

Köln	Mittwoch,	28. März 2007
Erfurt	Mittwoch,	9. Mai 2007
Berlin	Mittwoch,	20. Juni 2007
Stuttgart	Mittwoch,	27. Juni 2007
Frankfurt	Freitag,	29. Juni 2007
München	Mittwoch,	11. Juli 2007
Nürnberg	Mittwoch,	18. Juli 2007

### Straumann GmbH

Telefon: 07 61 / 4 50 14 44,  
[www.straumann.de](http://www.straumann.de)

## Qualität und Präzision

Die neue Behandlungseinheit ESTETICA E80 von KaVo lässt sich flexibel auf die individuellen Anforderungen von Zahnarzt und Patient abstimmen und ermöglicht dadurch ein optimales Arbeiten bei gesunder, belastungsfreier, ergonomischer Körperhaltung. Zusätzlich bietet das innovative Schwebestuhlkonzept viel Bewegungs- und Beinfreiheit bei der Behandlung. Die horizontale Verstellbarkeit des Patientenstuhls stellt sicher, dass sich der Patientenmund auch bei Stuhlbewegungen immer an derselben Position befindet.

Sowohl Arzt- als auch Assistenzelement der Behandlungseinheit verfügen über eine zukunftssichere Ausstattung und ergonomisch perfekt angeordnete Instrumente. Der neue kollektorlose, sterilisierbare KL 702 Motor mit optionaler Endfunktion, sowie die Adaptionmöglichkeit des Chirurgiemotors SL 550 am Arztelement lassen teure Zusatzinstrumente für endodontische oder implantologische Arbeiten überflüssig werden.

Das integrierte Informations- und Kommunikationssystem ERGocom 4 verbindet die Einheit mit dem Praxissystem, greift per Knopfdruck auf die Daten der Praxisgeräte zu und liefert benötigte Informationen direkt an den Behandlungsplatz. Über integrierte USB-Schnittstellen an Arzt- und Assistenzelement können USB-taugliche Geräte jederzeit mit der Einheit verbunden und angeschlossen werden.

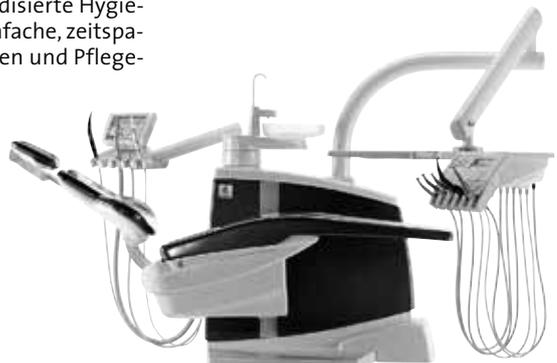
Die Behandlungseinheit verfügt über automatisierte und standardisierte Hygienefunktionen, die eine einfache, zeitsparende Hygiene ermöglichen und Pflegefehler verhindern.

Die Qualität und Präzision der Teile garantiert eine lange Lebensdauer, macht diese extrem verschleißarm und sorgt für einen äußerst geringen Wartungsaufwand. Innovative Lösungen und effiziente Arbeitsabläufe tragen über den

Gewinn an Sicherheit, Zeit und Geld in hohem Maße wirtschaftlichen Gesichtspunkten Rechnung. Es werden intelligente, wegweisende Technologien, Materialien und Funktionen vereint. Damit bietet sie dem Anwender auch eine sehr hohe Investitionssicherheit.

### KaVo Dental GmbH

Telefon 07351 / 56 16 91  
[www.kavo.com](http://www.kavo.com)



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

# Haftungsfragen bei Praxiskooperationen

## Kurzer Überblick zum Umfang des Risikos

Eindeutig geregelt und allgemein bekannt ist, dass ein niedergelassener Vertragszahnarzt in seiner Einzelpraxis für jeden Fehler die Haftung zu übernehmen hat. Demgegenüber kommt es gerade bei den immer beliebter werdenden Praxiskooperationen aufgrund der Vielfalt der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten darauf an, die Fragen der gemeinschaftlichen und gegenseitigen Haftung rechtlich so genau wie möglich zu vereinbaren. Insofern ist zu empfehlen, sich von einem fachlich sachkundigen Rechtsanwalt beraten zu lassen.

Dieser Beitrag soll einen kurzen Überblick zum Umfang des Haftungsrisikos bei den bisher möglichen Praxiskooperationen wie Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft, Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaftsgesellschaft und den neuen Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder durch die Integrierte Versorgung geben.

### 1. Praxisgemeinschaft

Die Praxisgemeinschaft ist der Zusammenschluss mehrerer Ärzte/Zahnärzte zur gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie zur gemeinsamen Beschäftigung von Personal. Jeder Zahnarzt führt in gemeinsamen Räumen seine eigene Praxis mit seinem eigenen Patientenstamm und eigener Patientenkartei. Insbesondere rechnet jeder getrennt von dem anderen seine vertragszahnärztlichen Leistungen bei der KZV und die Patientenanteile sowie seine privatärztlichen Leistungen mit den Patienten ab. Im Außenverhältnis, also gegenüber den Patienten oder der KZV, haftet jeder Zahnarzt eigenverantwortlich und selbstständig. Ein gemeinschaftliches Auftreten gegenüber den Patienten und im allgemeinen Rechtsverkehr erfolgt nicht, sodass auch eine gesamtschuldnerische Haftung nicht besteht. Der Umfang der gemeinsamen Nutzung der Praxisräume, Praxiseinrichtung und des Personals wird vertraglich vereinbart, wobei sich insoweit die Rechtsform der BGB-Gesellschaft im Sinne des Paragraphen 705 BGB anbietet, aber auch eine Partnerschaftsgesellschaft oder die Rechtsform der juristischen Person (z. B. GmbH) sind möglich. Diese Vertragsgestaltungen

beschränken die gemeinsame Haftung der sich zu einer Praxisgemeinschaft zusammengeschlossenen Zahnärzte auf die gemeinsam genutzten Räume, Einrichtungen, Einkauf von Verbrauchsmaterial oder das Personal. Eine besondere Form der Praxisgemeinschaft ist die Apparategemeinschaft, wozu auch die Praxislaborgemeinschaft zählt, bei der sich der



*Katja Millies*

Zusammenschluss der Zahnärzte auf die gemeinschaftliche Nutzung medizinisch-technischer Geräte und eventuell den Einsatz der Labormitarbeiter beschränkt.

### 2. Gemeinschaftspraxis

Die Gemeinschaftspraxis ist eine gemeinsame Form der Berufsausübung zwischen Zahnärzten. Im Unterschied zur Praxisgemeinschaft wird hier eine gemeinsame Patientenkartei geführt und gemeinsam abgerechnet.

Die Gemeinschaftspraxis kann in der Form der BGB-Gesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft gegründet werden. Bei der BGB-Gesellschaft hat dies zur Folge, dass die Gemeinschaftspraxis selbst im Außenverhältnis wie eine eigenständige Rechtsperson haftet, aber auch alle Partner gegenüber den Patienten und im Rechtsverkehr unbeschränkt – d. h. mit ihrem Privatvermögen als Gesamtschuldner – haften. Die Haftung gilt grundsätzlich ebenfalls für die zahnärztliche Tätigkeit aller in der Gemeinschaftspraxis tätigen Kollegen und zwar bis zu fünf

Jahre nach dem Ausscheiden sogar für eventuelle Altschulden der Gemeinschaft. Die Haftung für Altverbindlichkeiten trifft nach dem Urteil des BGH vom 12. Dezember 2005 (AZ: II ZR 283/03) auch hinzukommende Gesellschafter. Diesbezüglich besteht aber die Möglichkeit, im Zuge des Gesellschaftsvertrages im Verhältnis unter den Partnern der Gemeinschaftspraxis die Haftung auszuschließen oder zu beschränken. Auch wenn Zahnärzte, die vorher in Einzelpraxen tätig waren, eine Gemeinschaftspraxis gründen, besteht nach dem in der dens-Ausgabe 1/2007 dargelegten Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 7. Dezember 2005 (nicht rechtskräftig) und des OLG Naumburg, MedR 2006, 725f die Gefahr, dass man für Altschulden des Partners haftbar gemacht werden kann.

### 3. Partnerschaftsgesellschaft

Die Partnerschaftsgesellschaft ist eine Alternative gegenüber der Gesellschaft bürgerlichen Rechts und ist seit Juli 1995 durch das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG) geregelt. Die Partner schließen einen Partnerschaftsvertrag, der zur Anmeldung beim Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes vorzulegen ist. Der Vorteil dieser Rechtsform besteht darin, dass gem. Paragraph 8 Abs. 2 PartGG die Haftung für Behandlungsfehler neben der Gesellschaft auf denjenigen beschränkbar ist, der innerhalb der Partnerschaft die berufliche Leistung zu erbringen oder verantwortlich zu leiten und zu überwachen hat. Die Partner haften allerdings gesamtschuldnerisch weiterhin für die gemeinsamen Gesellschaftsschulden, z. B. Löhne und Miete.

### 4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Ein MVZ ist gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V eine „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Ein MVZ nur unter Vertragszahnärzten ist auch unter Geltung des am 1. Januar in Kraft getretenen VÄndG nicht zulässig. Die MVZ können sich aller zulässiger Organisationsformen wie GbR und Partnerschaftsgesellschaft mit prinzipiell den gleichen Haftungsfolgen wie oben dargestellt bedienen,

wobei neu im Gesetz die Möglichkeit der MVZ als juristische Person des Privatrechts, z. B. als GmbH, zugelassen ist, soweit dies berufsrechtlich in dem betreffenden Bundesland möglich ist. Dies setzt voraus, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für die Forderungen der KV/KZV und Krankenkassen gegen das Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben. Eine GmbH haftet grundsätzlich nur mit ihrem Vermögen. Die Gesellschafter haften allerdings ohne Ansehung ihres Gesellschaftsanteils gesamtschuldnerisch für die Einlage des gesamten Gesellschaftsvermögens. Eine Durchgriffshaftung auf die Geschäftsführer ist nur in Ausnahmefällen gegeben.

### 5. Integrierte Versorgung

Der Gesetzgeber hat in den §§ 140a ff. SGB V verschiedene Formen der

Integrierten Versorgung vorgesehen und zwar entweder „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine fachübergreifend-interdisziplinäre Versorgung der Versicherten“, wobei es keine Einschränkung für die Rechts- bzw. Gesellschaftsform der Beteiligten gibt. Dies ist in einem Vertrag zwischen einem oder mehreren Leistungserbringern und einer (oder mehreren) Krankenkassen zu regeln. Im Rahmen der Integrierten Versorgung ist das Haftungsrisiko des einzelnen Zahnarztes von der rechtlichen Ausgestaltung der jeweiligen Integrationsversorgung und von seiner Form der Beteiligung an dem Versorgungsträger abhängig.

Bei allen Kooperationsformen besteht die Möglichkeit, Vertragszahnärzte unter Einhaltung der zulassungsrechtlichen Voraussetzungen

einzustellen. Der Praxisinhaber haftet dabei für berufliches Fehlverhalten des angestellten Zahnarztes nach § 278 BGB (Verantwortlichkeit des Schuldners für Dritte) im vertraglichen Bereich. Die straf- und disziplinarrechtliche Verantwortlichkeit trifft dagegen grundsätzlich den jeweils behandelnden Zahnarzt, aber auch in diesem Bereich ist eine Verantwortlichkeit für das Fehlverhalten Dritter durch Organisationsmängel denkbar. Die zivilrechtliche Haftung ist zwingend durch den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung abzudecken.

Letztendlich sei darauf hingewiesen, dass nach Auffassung aller Oberfinanzdirektionen Praxen, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen, steuerrechtlich nicht als freiberuflich sondern als gewerblich behandelt werden.

Ass. Katja Millies

## Haftung für Spritzenabszess bei Hygienemängeln

Maßnahmen der Hygiene dienen dem Infektionsschutz von Patienten, Mitarbeiterinnen und dem behandelnden Zahnarzt selbst. Selbst bei größter Sorgfalt kann aber eine Keimübertragung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Deshalb gehören Keimübertragungen, die sich unter nicht beherrschbaren Umständen vollziehen und trotz Einhaltung aller hygienischen Gebote ereignen, zum Krankheitsrisiko des Patienten. Verwirklicht sich dieses Risiko, kann eine Entschädigung regelmäßig nicht gefordert werden. Die Rechtsprechung war daher bisher sehr zurückhaltend, wenn infizierte Patienten den Vorwurf erheben, auf Behandlerseite läge ein Hygienemangel vor.

Bisher musste regelmäßig der Patient beweisen, dass andere oder weitgreifende Hygienemaßnahmen versäumt wurden und deren Einhaltung die Keimübertragung verhindert hätten. Diese bisher in der Rechtsprechung vertretene Ansicht ist vom Oberlandesgericht Koblenz in einem Urteil vom 22. Juni 2006 in Zweifel gezogen worden.

Das Oberlandesgericht vertritt in seiner Entscheidung die Auffassung, der Arzt könne von einer Haftung nicht freigestellt werden, wenn die erforderlichen Hygienemaßnahmen nicht oder nicht mit der notwendigen Sorgfalt beachtet wurden. In derar-



Peter Ihle

tigen Fällen könne es Sache des behandelnden Arztes sein, den Beweis dafür zu erbringen, dass der Patient auch geschädigt worden wäre, wenn sämtliche Hygienegebote beachtet worden wären.

In dem vorliegenden Fall hatte das Oberlandesgericht der Klage einer Patientin stattgegeben, bei der sich nach einer Injektion im Nacken ein Spritzenabszess gebildet hatte. Nach Auffassung des Gerichts fehlten in der ärztlichen Praxis Hygienepläne und -anweisungen. Zudem seien Desinfektionsmittel nicht immer in

ihren Originalbehältnissen aufbewahrt worden und teilweise verkeimt gewesen. Überdies habe sich das Praxispersonal vor dem Aufziehen einer Spritze in der Regel nicht die Hände desinfiziert. Das Gericht geht davon aus, dass, wenn die von der Klägerin vorgetragene Hygienemängel nicht vorgelegen hätten, die reelle Möglichkeit bestanden hätte, die Infizierung zu vermeiden. Es sei ohne weiteres denkbar, dass es in diesem Fall nicht zu einer Kontamination der Spritzen gekommen wäre.

Im Ergebnis hat das Oberlandesgericht Koblenz der Klägerin einen Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 25 000 Euro zugebilligt. Die Entscheidung ist bisher nicht rechtskräftig, sondern auf Grund der von den Beklagten eingelegten Revision beim Bundesgerichtshof anhängig. Es bleibt abzuwarten, wie der Bundesgerichtshof zur Frage der Beweislastverteilung bei Hygienemängeln in Arztpraxen entscheidet.

Unabhängig davon sollte jeder Zahnarzt dringend die gebotenen Hygienemaßnahmen beachten. Dabei sollten die Hygienemaßnahmen ständig den aktuellen wissenschaftlich anerkannten Empfehlungen angepasst werden.

Rechtsanwalt Peter Ihle  
Hauptgeschäftsführer der  
Zahnärztekammer M-V



# PATENTSCHRIFT

№ 66466

KLASSE 30: GESUNDHEITSPFLEGE.

JULIUS MOELLER IN WÜRZBURG.

**Zahnärztliche Werkzeugmaschine.**

Patentirt im Deutschen Reiche vom 8. August 1891 ab.

## Zahnärztliche Werkzeugmaschine

Vorliegende Erfindung bezieht sich auf zahnärztliche Maschinen mit waagrechtem Schwungrad, das von einem Ständer oder Fuß getragen wird, der durch Stangen mit zwei anderen Ständern oder Füßen verbunden ist, von denen der eine für den Werkzeugständer und der andere für den Trittmechanismus bestimmt ist.

Der Zweck der vorliegenden Erfindung ist der, Maschinen dieser Art so zu konstruieren, dass der Fuß des Werkzeugständers und jener der Trittvorrichtung nach beiden Seiten des Operationsstuhles bewegt werden kann, ohne dass der eine vom anderen oder durch die Füße des Stuhles behindert würde.

In der beiliegenden Zeichnung ist Figur 1 das Schaubild eines zahnärztlichen Operationsstuhles und der Maschine unter dem Fußbrett des Stuhles; der Tritt und der Werkzeugständer sind dabei aufgeklappt und zum Gebrauch fertig.

Figur 2 ist eine Draufsicht und Figur 3 eine Seitenansicht der aufgeklappten und gebrauchsfertigen

Maschine. Figur 4 ist eine Draufsicht und Figur 5 eine Seitenansicht der zusammengeklappten zahnärztlichen Maschine. Figur 6 ist eine Seitenansicht des Fußes des Werkzeugständers und des unteren Teiles dieses Ständers. Figur 7 ist ein senkrechter Schnitt der Figur 6. Figur 8 ist ein waagerechter Schnitt nach der Linie x-y, Figur 6.

A ist der Fuß für das Schwungrad, B der zahnärztlichen Maschine; C und D sind zwei um die senkrechte Achse des Schwungrades drehbare Stangen, von denen die erstere mit dem oberen Ende der Schwungradachse verbunden und am anderen Ende am Fuß E befestigt ist, welcher den Werkzeugständer trägt, wogegen die Stange D um das untere Ende der Schwungradachse drehbar und am anderen Ende mit dem Fuß J der Trittvorrichtung verbunden ist. Der außerhalb des Schwungradumfangs liegende Teil der Stange D ist, wie in Figur 3 und 5 gezeigt, aufwärts gebogen, sodass, wie in Figur 1 gezeigt, diese Stange in eine beliebige Lage gebracht werden kann, ohne durch die Füße des Operationsstuhles behindert zu werden.

Am äußeren Ende der Stange D ist ein Winkelhebel G eingelenkt, von dessen senkrechtem oberem Arm eine Pleuelstange H zur Kurbel an der Schwungradwelle reicht. Diese Pleuelstange ist in ähnlicher Weise und zu demselben Zweck gebogen wie die Stange D.

Am waagerechten Arm des Winkelhebels G ist bei G1 ein Ende eines Tritthebels I eingelenkt, dessen anderes Ende mit dem Fuß J verbunden ist; dieser Letztere ist mittels eines aus ihm herausragenden Armes, wie bereits erwähnt, mit der Stange D gelenkig verbunden, und zwar liegt diese letztere Verbindungsstelle senkrecht unter dem Zapfen G1. Die Arme des Winkelhebels sind nicht starr miteinander verbunden, stehen aber für gewöhnlich senkrecht zueinander, wie aus Figur 9 zu ersehen ist, welche den Tritthebel I, Winkelhebel G und Stange H gesondert zeigt, und können auch nicht weiter auseinander gehen, sodass beim Treten das Rad B durch Vermittlung des Winkelhebels und der Stange H in gewöhnlicher Weise getrieben wird. Sollte aber ein Hindernis unter den Tritthebel I gelangen, so äußert dies

weiter keinen nachteiligen Einfluss auf die Maschine, weil diese zwar natürlich stehen bleibt, wenn nicht mehr getreten werden kann, aber keine Stöße erleidet, indem der Hebel G zusammenklappen kann, wie Figur 10 zeigt, und so dem Schwungrad B ein ruhiges Auslaufen gestattet. Die Stange C ist, wie man auf Figur 3 und 5 ersieht, aufwärts gebogen, so dass die Trittvorrichtung leicht unter sie geschoben werden kann.

Die gekrümmte Form der Stangen C und D sowie der Pleuelstange H im Zusammenhang mit der gelenkigen Verbindung der Ersteren mit der Schwungradachse, sowie im Zusammenhang mit der gelenkigen Verbindung der Trittvorrichtung mit der Stange D gestattet, diese Stangen bzw. den Werkzeugständerfuß E, den Hebel G und den Fuß J des Trittmehanismus beliebig gegen den Operationsstuhl und das Schwungrad zu stellen, ohne dass die Teile sich gegenseitig behindern oder durch die Stuhlfüße behindert werden. Die Beweglichkeit und Gestalt der Teile gestattet, dieselben sogar in die in Figur 4 und 5 dargestellte gegenseitige Lage zusammenzuklappen, in welcher sie einen außergewöhnlich kleinen Raum einnehmen. Die Stange C ist mit dem Werkzeugständerfuß E durch eine Stange K und Klemmschraube L stellbar verbunden, sodass der Fuß E in beliebigen

Abstand vom Fuß des Rades A gebracht werden kann.

Der obere Teil des Fußes E bildet einen senkrechten Zylinder, in welchem ein Rohr M sitzt, an dessen oberem Teil das untere Ende des Werkzeugständers F eingelenkt ist. Innerhalb des Rohres befindet sich ein kleiner Kolben N, der durch eine Schraubenfeder O aufwärts gegen das vierkantige untere Ende des Ständers gedrückt wird und den Ständer entweder in der in Figur 7 durch vollgezogene Linien angedeuteten senkrechten, oder in der in derselben Figur durch punktierte Linien angedeuteten waagerechten Lage festhält. Ein Ansatz F1 am unteren Ende des Standes verhindert die Drehung des Ständers in umgekehrter Richtung. Das Rohr M wird durch eine Schraube P verhindert, aus dem Fuß E herauszutreten, in dem diese Schraube durch die Zylinderwand in eine Nut im Rohr M eintritt, welche in einen Teil des Umfanges der Letzteren eingeschnitten ist, wie man aus Figur 8 ersieht. Dies ermöglicht eine Drehung des Rohres und damit des Ständers F um die Längsachse und gewährt eine weitere Möglichkeit einer bequemen Einstellung der Maschine für den Gebrauch. Am oberen Ende trägt der Ständer F eine waagerechte Welle R, welche in der gewöhnlichen Weise mit einer biegsamen Welle gekuppelt wird, an

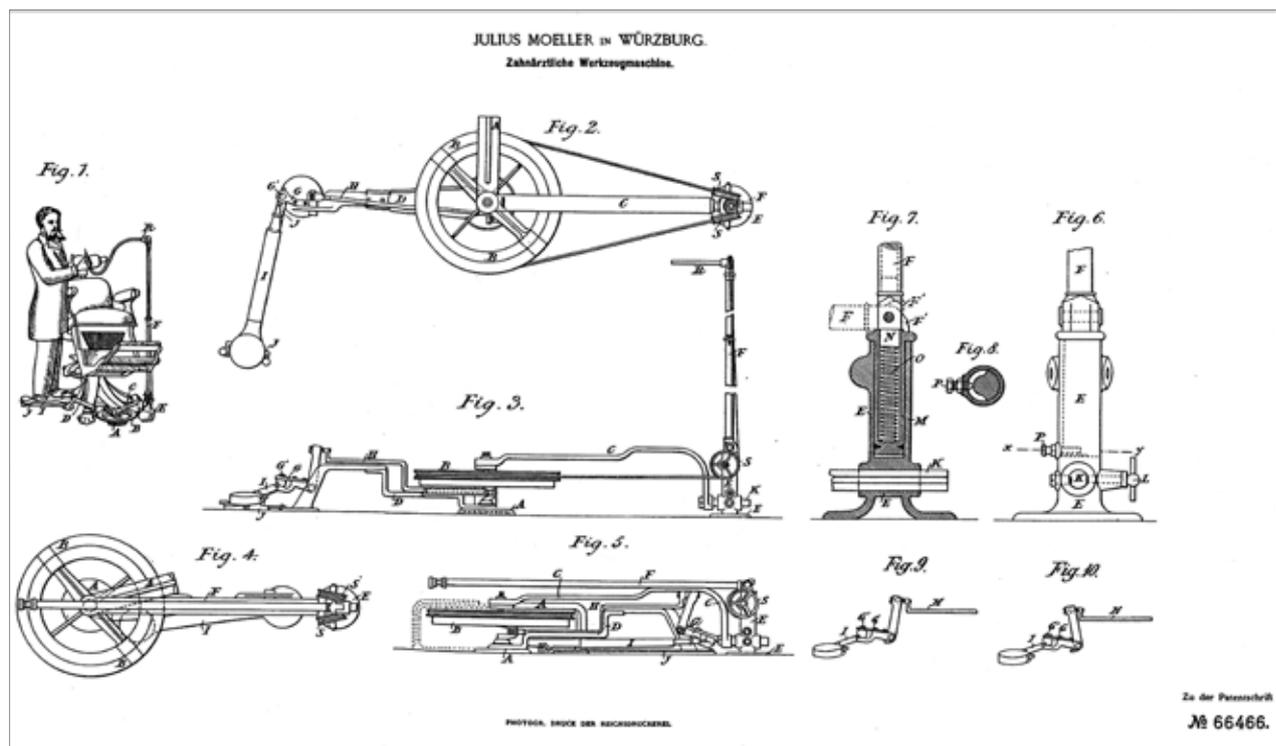
deren Ende das Werkzeug sitzt. Der Antrieb der Welle R erfolgt durch eine endlose Schnur vom Schwungrad B aus unter Vermittlung von Leitrollen S am Fuß E.

Nachdem die einzelnen Teile der Maschine, wie bereits erwähnt, in die in Figur 4 und 5 angedeutete Lage zusammengeklappt werden können, so ersieht man, dass die ganze Maschine in einem kleinen Raum verpackt werden kann, was deren Aufbewahrung und Versendung wesentlich erleichtert.

Zu dem Zweck kann auch der Ständer F teleskopartig zusammenschiebbar gemacht werden.

**Patent-Anspruch:**

Eine zahnärztliche Werkzeugmaschine mit waagrechtem Schwungrad B, das durch eine Pleuelstange H getrieben wird, welche aufwärts gebogen und mit dem oberen Ende des senkrechten Armes des Winkelhebels G verbunden ist, in Verbindung mit dem Gestellteil D, welcher gleichfalls aufwärts gebogen ist, wobei beide frei unter dem Gestellteil C hindurchgehen können, sodass der Werkzeugständerfuß und der Fuß des Trittmehanismus je auf einer Seite des Operationsstuhles sich befinden können, ohne sich gegenseitig zu behindern oder durch die Stuhlfüße behindert zu werden.



## Für Liebhaber maritimer Literatur

Rostocker Zahnarzt stöbert immer wieder Erstaunliches auf



*Dr. Jürgen Rabbel:*  
*Vom Dampfboot zum Seedampfer*  
 Ingo Koch Verlag 2006  
 ISBN 3-938686-53-7  
 Paperback, 296 Seiten

Als ich mir 1983 das Buch „Rostocker Windjammer“ von Jürgen Rabbel für meine maritime Bibliothek gekauft und mit großer Freude gelesen habe, wusste ich noch nicht, dass dieser schreibgewandte Historiker ein Berufskollege ist. Im Klappentext von „Rostocks eiserne Segler“ (1986) wur-

de es offenbar. Als Mecklenburg-Vorpommern wieder vereint war, haben wir uns persönlich kennen gelernt. Jürgen Rabbel hat auch in Rostocker Archiven intensiv nach Problemen der Zahnärzteschaft in den Zwanzigern geforscht und sie dem „dens“ zur Verfügung gestellt.

Nun liegt sein neues Buch „Vom Dampfboot zum Seedampfer“ vor. Er beschreibt dort die 80er-Jahre der Rostock-Warnemünder Passagierschiffahrt zwischen 1834 und 1914. Es ist schon erstaunlich, was Jürgen Rabbel da über Konstruktionen, Fahrten, Unfälle und Konkurrenzen in den Archiven aufgestöbert hat. Wunderschöne Fotos von alten Dampfern, den Situationen an den Anlegern im damaligen Rostock und Warnemünde sind eine Freude.

Er beleuchtet aber auch das wirtschaftspolitische Umfeld, das die damaligen Kapitäne und Unternehmer zu bewältigen hatten. Ein besonderes Kapitel widmet er dem Dampfschiffer Daniel Ohlerich, der alle Höhen und



*Dr. Jürgen Rabbel bei der Buchpremiere am 18. Juli 2006 auf der MS „Fürst Borwin“ in Warnemünde mit Prof. Dr. Armin Andrä.*

Tiefen der Rostocker Passagierschiffahrt durchlebt hatte. Nun aber zur Kritik. Das Buch lässt sich nur unbequem lesen, weil recht dick (Paperback) und die Schrift könnte etwas größer sein – liegt aber vielleicht an mir!

Die Geschichten der Dampfer und ihre Fahrtrouten gleichen sich zwangsläufig. Es kommt eine gewisse Gleichförmigkeit auf. Trotzdem muss unserem Kollegen Dr. Jürgen Rabbel wieder eine marinehistorische Meisterleistung bescheinigt werden.

Für Liebhaber maritimer Literatur und/oder Mecklenburgica ist das Buch sehr empfehlenswert!

**Dr. med. Ernst Zschunke**

## Haftpflichtrecht für Zahnärzte



*Haftpflichtrecht für Zahnärzte,*  
*Dr. Karsten Heidemann,*  
 Spitta Verlag 2006,  
 Broschur, 152 S., mit zahlreichen Beispielen aus der Rechtsprechung auf CD-ROM  
 ISBN 978-3-938509-35-7  
 34,80 € inkl. MwSt.

Patienten machen vermehrt Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegen Zahnärzte geltend. Begünstigt wird dieser Trend durch Rechtsschutzversicherungen, die in solchen Fällen nach den Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen in der Regel Rechtsschutz erteilen. Die Rechtsprechung legt dem Zahnarzt weitgehende Aufklärungs- und weitere Pflichten auf, die allerdings längst

nicht immer bekannt sind. Das Buch trägt dazu bei, dass bei den Zahnärzten bestehende Informationsdefizite und Haftungsrisiken beseitigt werden. Es gibt einen informativen Überblick, bleibt dort aber nicht stehen, sondern beantwortet auch viele Einzelfragen. Umfangreiche Rechtsprechung ist auf einer beigefügten CD aufgeführt, die durch eine Suchfunktion einen schnellen Zugriff auf die relevanten Urteile ermöglicht. Der Verfasser gibt konkrete Hinweise, wie der Zahnarzt sich in einem Haftpflichtfall zu verhalten hat. So muss umgehend (spätestens binnen einer Woche) die Haftpflichtversicherung benachrichtigt werden, um nicht den Haftpflichtschutz zu verlieren. Eine empfehlenswerte Lektüre, die gut verständlich geschrieben ist.

**Rechtsanwalt Peter Ihle**  
 Hauptgeschäftsführer der ZÄK M-V

# CAD/CAM und Vollkeramik

Andreas Baltzer, Vanik Kaufmann-Jinoian, Andreas Kurbad, Kurt Reichel

CAD/CAM ist aus dem Labor-Alltag nicht mehr wegzudenken und begeistert Jahr für Jahr immer mehr Anwender. Im Zuge dessen haben sich in den letzten Jahren auch auf dem Gebiet der Keramiktechnik neue, verbesserte Materialien entwickelt. Dieses Buch widmet sich den beiden Themen:

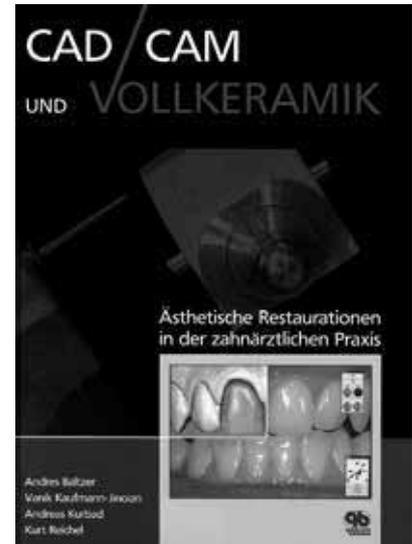
Der erste Teil des Buches gibt einen anschaulichen Überblick über die derzeit möglichen klinischen Indikationen. Zahlreiche Fallbeispiele verdeutlichen dem interessierten Leser die Thematik und geben darüber hinaus nützliche Tipps und Vorschläge, die relativ einfach in die tägliche Arbeit integriert werden können. Der Anwender profitiert zudem von der engen Zusammenarbeit zwischen Praxis und Labor,

die von den Autoren seit vielen Jahren intensiv betrieben wird.

Der zweite Teil widmet sich dem veränderten Grundwissenbedarf, der aus der Verwendung neuartiger keramischer Materialien resultiert. Eine erfolgreiche Anwendung der Systeme ist nur dann gewährleistet, wenn die spezifischen und materialbezogenen Verarbeitungsregeln Beachtung finden. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass die Ausführungen anschaulich und leicht verständlich bleiben.

Dipl.-Stom. Gerald Flemming

360 Seiten, 800 Abbildungen, Pappband, 178,00 Euro, Best.-Nr.: 13270, ISBN 3-87652-689-2, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 2006



aus „Zahnschmerz“ – Satirische Zeichnungen und Zitate mit [Ge]Biss

Das Buch ist direkt über den Verlag „ad medien GmbH“, Blumenstraße 8, 58739 Wickede, Telefon (0 23 77) 8 09 08 30, Fax 8 09 08 31, E-Mail: ad-medien@t-online.de zu beziehen.

## Wir gratulieren

**Im März und April vollenden das 75. Lebensjahr**

SR Claus-Otto Döppe (Binz)  
am 21. März,

Dr. Traute Dahl (Elmenhorst)  
am 5. April,

**das 65. Lebensjahr**

Dr. Gisela Herbort  
(Grevesmühlen)

am 1. April,

**das 60. Lebensjahr**

Zahnärztin Karin Hösel  
(Schwerin)

am 19. März,

Zahnärztin Gisela Kluge (Warin)  
am 19. März,

Zahnärztin Elke Jakobowski  
(Anklam)

am 19. März,

Dr. Rainer Worm (Wolgast)

am 24. März,

Dr. Thomas Röhrdanz (Rostock)

am 6. April,

**das 50. Lebensjahr**

Dr. Roland Sieber (Rostock)

am 15. März,

Dr. Olaf Stephansky (Crivitz)

am 31. März,

Zahnärztin Kathrin Bühring  
(Selmsdorf)

am 4. April und

Dr. Ulla Dettmann (Bützow)

am 6. April.

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

Anzeigen

**Junge, freundliche und motivierte ZFA (Stuhlassistenz), derzeit als Schwangerschaftsvertretung tätig, sucht nettes Praxisteam im Raum HRO, HST oder NVP  
Chiffre 0617**

**ZAP in HRO (Dierkow) su. für die Rezeption kompetente u. engagierte ZAH mit Erfahrung in Verwaltung und Abrechnung.  
Chiffre 0619**

**Praxisauflösung: Vekaufe Kompressor, Saugmaschine, Heliodent DS, Piezon-Master-400, Air-Flow-Handy, Schweißgerät, 2 Schrankwände Tel. 0381 / 68 37 09**



Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock

### Einladung zur Fortbildungsveranstaltung:

**Kann man Knochendefekte und Knochentaschen bei der chronischen Parodontitis marginalis erfolgreich behandeln?**

Wann: **Mittwoch, 30. Mai 2007**

Zeit: **15.00 bis 18.00 Uhr**

Wo: **Großer Hörsaal der Rostocker Zahnklinik, Strempelstraße**

#### Programm:

15.00 Uhr Begrüßung durch die Vorsitzende der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft und stellvertretenden Geschäftsführerin der Klinik für Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten „Hans Moral“, Prof. Dr. R. Grabowski

15.15 Uhr „Eine neuartige nano-kristalline Hydroxylapatit-Kieselgel-Matrix“  
Prof. Dr. V. Bienengräber

16.00 Uhr „Bone morphogenetic proteins“  
Prof. Dr. H. Terheyden,

16.45 Uhr Diskussion

17.00 Uhr „Möglichkeiten der regenerativen Therapie parodontaler Defekte – Lassen sich die neuen Knochenersatzmaterialien und die BMPs einsetzen bei der Behandlung der chronischen marginalen Parodontopathie?“  
Prof. Dr. S. Jepsen,

17.45 Uhr Diskussion und Ende der Veranstaltung

*Eine gesonderte Anmeldung ist nicht erforderlich.  
Es werden 4 Fortbildungspunkte vergeben.*

Anzeigen

**Junge, engagierte ZMA in ungek. Stell. sucht nach Wohnortwechsel von München in HGW u. Umg. neue Arbeit. Bish. Aufg.: Empf. u. Aufn. v. Pat., Stuhlassistenz (kons./chir.), Sterilisation, Röntgen (herk. u. digital; Rö.-Pass vorh.), kl. Laborarbeiten (ausgießen, Schienen u. indiv. Löffel herst.), Prophylaxe;  
Kontakt: 0172 / 9 74 58 70**

**Zahnarztpraxis (2 BZ) auf aktuellem techn. Stand, in OVP, altershalber abzugeben!  
Chiffre 0618**

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

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



## Gut zu wissen, dass es ihn gibt.

### apoExistenzgründung mit Airbag.

Starten Sie in Ihre eigene Niederlassung: apoExistenzgründung mit Airbag gibt Ihnen die Sicherheit. Denn wir bieten Ihnen mehr als nur eine Finanzierung. Als starker Partner unterstützen wir Sie durch:

- umfassende betriebswirtschaftliche Beratung und Begleitung
- individuelle Informationen zum Praxisstandort
- sorgfältige Analyse der Finanz- und Investitionsplanung

Ihr besonderes Plus: Weil wir Sie als Spezialist kompetent begleiten, verzichten wir bei Insolvenz in den ersten drei Jahren auf die Forderungen aus dem Existenzgründungsdarlehen.

Informationen erhalten Sie in Ihrer Filiale oder unter [www.apoBank.de](http://www.apoBank.de)

Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft  
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.



## Einladung

### zum 12. Greifswalder Fachsymposium mit Industrieausstellung

am 30. Juni von 9.00 bis 15.00 Uhr  
im Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg Greifswald

**Thema: „ Das Frontzahntrauma - ein interdisziplinäres  
therapeutisches Problem“**

#### Programm:

**Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. W. Sümnick, Prof. Dr. Ch. Splieth**

- |           |   |
|-----------|---|
| 9.00 Uhr  | <b>Eröffnung und Begrüßung</b>  |
| 9.10 Uhr  | <b>OÄ Dr. M. Schidlowski (Greifswald)</b><br>Management des Milchzahntraumas  |
| 9.30 Uhr  | <b>Prof. Dr. Ch. Splieth (Greifswald)</b><br>Das Frontzahntrauma im Wechselgebiss: Von der Überkappung zur<br>Amputation und Apexifikation          |
| 9.50 Uhr  | <b>Prof. Dr. Dr. L. Figgenger (Münster)</b><br>Juristische und versicherungsrechtliche Bedeutung von Zahnverletzungen<br>und Zahnverlust            |
| 10.20 Uhr | <b>Diskussion - Pause - Industrieausstellung</b>  |
| 11.00 Uhr | <b>Prof. Dr. T. Gedrange (Greifswald)</b><br>Möglichkeiten und Grenzen der kieferorthopädischen Behandlung nach<br>Frontzahntrauma                  |
| 11.20 Uhr | <b>Priv.-Doz. Dr. Y. Pohl (Bonn)</b><br>Chirurgische Versorgung traumatisierter Frontzähne mit<br>abgeschlossenem Wurzelwachstum                    |
| 11.50 Uhr | <b>Prof. Dr. Dr. T. Reichert (Regensburg)</b><br>Chirurgische Konzepte nach Verlust traumatisierter Frontzähne                                      |
| 12.20 Uhr | <b>Diskussion - Pause - Industrieausstellung</b>  |
| 13.30 Uhr | <b>OA Dr. A. Welk, OÄ Dr. A. Löw (Greifswald)</b><br>Konservierende Therapieverfahren nach Frontzahntraumen: Bleaching -<br>Adhäsive - Stiftsysteme |
| 14.00 Uhr | <b>Prof. Dr. H. Weber (Tübingen)</b><br>Rekonstruktion des Frontzahnverlustes: Brücke oder Implantat?   |
| 14.30 Uhr | <b>Abschlussdiskussion</b>  |

**Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, bitten wir um eine kurze Anmeldung an Prof. Dr. W. Sümnick, Sekretariat, Rotgerberstr. 8, 17475 Greifswald, Tel.: (03834)- 867168, Fax: (03834)- 867302 oder per Email: [suemnick@uni-greifswald.de](mailto:suemnick@uni-greifswald.de).**

**Tagungsgebühr:** Mitglieder der Gesellschaft : 50,00 €, Nichtmitglieder: 75,00 €

**Zahlung an:** Klinikum EMAU Greifswald, **Bank:** Sparkasse Vorpommern, **BLZ:** 150 505 00, **Konto-Nr.:** 230005454, **Verwendungszweck:** DRM-ZZM16. Die Anmeldung wird erst nach der Überweisung der Tagungsgebühr wirksam.

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vergibt 6 Fortbildungspunkte.