



dens

5
2011
5. Mai

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

VS-Kandidaten zollten Parlament Respekt

Eigene Konzepte werden zugunsten der Parlamentsentscheidung zurückgestellt

Die Zeit schreitet voran und ein Blick auf den Kalender sagt uns, dass seit der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung u. a. mit den Wahlen der Vorstandsmitglieder der KZBV sieben Wochen ins Land gezogen sind. Sieben Wochen können einen großen oder kleinen Zeitraum darstellen, können das Erlebte im Vorfeld und während der konstituierenden Vertreterversammlung der KZBV schnell oder nicht so schnell verblassen lassen. Auf jeden Fall beschreibt aus unserer Sicht der Hamburger Kollege Banthien in seiner Presseerklärung für einen zahnärztlichen Dachverband mit kurzen, knappen aber präzisen Worten den Verlauf dieser konstituierenden VV, den wir auszugsweise wiedergeben.

„Die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KZBV am 18. und 19. März in Berlin hat deutlich gemacht, dass die Vorstände der KZVs und der KZBV bei aller Hauptamtlichkeit eben doch nicht die Vorstände von Wirtschaftsunternehmen sind, sondern demokratisch gewählte Vertreter aller Zahnärzte. In einem spektakulären Akt der Insubordination hat sich die Vertreterversammlung der KZBV das Recht zur demokratischen, freien und geheimen Wahl dieser Vertreter wiedererobert. Nachdem es lange Zeit so aussah, als ob Absprachen im Vorfeld und gezielter Druck das Ergebnis bereits vorbestimmt hatten, hat die Wahl der Vorstände am Freitag all diese sorgfältigen Planungen über den Haufen geworfen. Dr. Jürgen Fedderwitz wurde als erster von drei Vorständen im Amt wiederbestätigt, und nun war guter Rat teuer. Es musste sich nun zeigen, ob die anderen Kandidaten ihre Drohung wahr machten und aus dem Rennen ausschieden, oder ob sie den Auftrag des Parlamentes, gemeinsam mit dem Kollegen Fedderwitz die Geschicke der Vertragszahnärzte zu lenken, annehmen würden.

Nach langen Verhandlungen haben es die neuen/alten Vorstände der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über sich gebracht, dem Parlament der deutschen Vertragszahnärzte den Respekt zu zollen, den es verdient. Es ist das souveräne Recht



Auch nach sieben Wochen wirkt die Vorstandswahl der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach. „Ein spektakulärer Akt der Insubordination“, sagt auch Vorstandsvorsitzender in Mecklenburg-Vorpommern Wolfgang Abeln.

dieses Parlamentes, den Vorstand zu wählen, den es für den fähigsten hält. Wer sich zur Wahl stellt, sollte darauf eingestellt sein, Entscheidungen der Wähler zu respektieren. Und so stellen sich schließlich am Sonnabendmorgen auch Dr. Wolfgang Eßer und Dr. Günther E. Buchholz zur Wahl, wurden gewählt, unterschrieben ihre Verträge und nahmen die Wahl an.

Damit ist aber noch lange nicht alles gut. Das Parlament der Vertragszahnärzte wird weiter um den nötigen Respekt kämpfen müssen. Denn die Einigung der Kandidaten birgt bereits den nächsten Wurm in sich. Dass die weitere Mitarbeit der zwei Stellvertreter abhängig gemacht wird von einem Deal, in dem sich der noch zu wählende Vorsitzende verpflichtet, zur Hälfte der Amtszeit zurückzutreten, mag noch als private Absprache hingehen. Dass man dem Wahlvolk aber auch ganz frohgemut mitteilt, man habe sich geeinigt, wer ab dann die Position des Vorsitzenden einnehmen soll, ist schon wieder eine Grenzüberschreitung. Wenn der Kollege Fedderwitz zur Mitte der Amtsperiode zurücktritt, muss auch der neue Vorsitzende von der VV gewählt werden.

Man kann sich also einigen, wen man dann zur Wahl vorschlägt, mehr nicht. Das mag eine semantische Spitzfindigkeit sein, aber unser Parlament hat da ein paar Rippenstöße nötig.

Es war also ein großer Schritt in die richtige Richtung, den unser vertragszahnärztliches Parlament an diesem Wochenende gemacht hat, aber der Weg ist noch nicht zurückgelegt. Und er wird es auch nie sein, denn Demokratie will immer wieder geübt werden.“

Schlussendlich ist fest zu halten, dass die Stimmen nach einer freien und geheimen Wahl ausgezählt werden. Wenn dann eine Mannschaft nicht die Mehrheit erreicht hat, dann bedeutet dies nicht, dass sie nicht weiter für ihre Vorstellungen über eine politische und organisatorische Ausrichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung werben dürfen, es müssen aber immer die Gesamtinteressen der Vertragszahnärzteschaft im Vordergrund stehen und persönliche Befindlichkeiten haben an dieser Stelle keinen Platz.

Ihr
Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

dens

20. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

Redaktion:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Redaktionshinweise:

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

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

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

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

Titelbild: Friederike Abeln

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Novellierung Gebührenordnung für Zahnärzte	4
Keine strikte Budgetierung mehr	5
Facebook, Twitter & Co.	5
Referentenentwurf liegt jetzt vor	6
Praxisanbindung ans Internet	6
Daten & Fakten 2010	6
Deutsche Zahnärzte stärken das Gemeinwohl	7
Tag der Zahngesundheit	17
Zahnverlust – Ursachen in Deutschland	30
Bücher	30
Glückwünsche / Anzeigen	32

Zahnärztekammer

Rostocker Zahnmediziner helfen seit Jahren im Jemen	16-17
Fortbildung	18
Gesunder Start ins Leben	20
Einsatz eines Lasers in der Zahnmedizin	29
Evolution des Wissens: Alte Werte mit Neuem	29

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Elektronische Gesundheitskarte kommt	4
Kfo-Hinweise nach BEMA	8
Mitglieder der Vertreterversammlung vorgestellt	9-13
Bedarfsplan	14-15
Service der KZV	18
Fortbildung	19
Kostenstrukturerhebung 2009	27

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Nachsorgestrategien für Zahnersatz	21-23
Diabetes mellitus und Parodontitis	24-26
Intensivfortbildung für die routinierte ZMP/ZMF	27
Verordnetes Chaos auf dem Rezept	28
Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung	31

Impressum	3
Herstellerinformationen	33

Novellierung Gebührenordnung für Zahnärzte

Kostenaspekte für privat und gesetzlich Versicherte – Daten und Fakten

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die zuletzt 1988 novellierte GOZ liegt auf dem Tisch. Darin sind einige neue zahnärztliche Leistungen für eine höherwertige und moderne zahnmedizinische Behandlung aufgenommen worden. Nach der letzten Novellierung der GOZ vor 23 Jahren ist außerdem eine Honorarerhöhung für die behandelnden Zahnärzte im einstelligen Bereich vorgesehen.

Führt eine Erhöhung der Zahnarzt Honorare im einstelligen Bereich wirklich zu einem deutlich höheren Einkommen für den Berufsstand der Zahnärzte? Und: Kommen mit der neuen GOZ tatsächlich – wie teilweise etwa von den Krankenkassen konstatiert – erhebliche Mehrkosten auf Patientinnen und Patienten der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherungen zu?

Mit Daten und Fakten aus der zahnmedizinischen Realität will die Bundeszahnärztekammer als Vertreter der deutschen Zahnärzteschaft zu diesen Fragen im Folgenden dezidiert Stellung beziehen:

1988 wurde die Amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zuletzt novelliert. Damals war die deutsche Zahnmedizin aber auf einem ganz anderen wissenschaftlichen

Stand als heute. Mehr Prävention, aufwändigere Technologien sowie hochwertigere Füllungen und Zahnersatz stellen uns neben dem demografischen Wandel der Bevölkerung als auch einer veränderten Erwartungshaltung der Patienten vor völlig neue Herausforderungen und Ansprüche in punkto Behandlungsqualität und Versorgungssituation.

11 Pfennig betrug 1988 der so genannte Punktwert für privatärztliche Leistungen. Das ist so geblieben. Mit der neuen GOZ darf der Zahnarzt 5,62421 Cent berechnen. Das Einzige, was sich somit nach zwei Jahrzehnten für den Berufsstand – auch mit der novellierten GOZ – geändert hat: Die Währung.

6 Prozent Honorarerhöhung nach 23 Jahren Nullrunde sind im Referentenentwurf des BMG zur neuen GOZ für den Berufsstand der Zahnärzte vorgesehen. Zum Vergleich: Rund 25 Prozent Honorarsteigerung konnten Deutschlands selbstständige Ingenieure und Architekten seit 1991 durchsetzen. Der Berufsstand der Rechtsanwälte kam seit 1994 immerhin auf rund 17 Prozent Zuwachs. Die kumulative Inflationsrate seit 1988 – der letzten Novellierung der GOZ – beträgt rund 60 Prozent.

40 Prozent der Kosten im privatärztlichen Bereich sind nicht dem zahnärztlichen Honorar nach GOZ zuzurechnen. Bevor z. B. eine Krone oder ein Implantat durch einen Zahnarzt eingesetzt wird, hat es schon erhebliche zahntechnische Material- oder Laborkosten verursacht. Steigende Edelmetallpreise und aufwändige Fertigungsschritte außerhalb der Zahnarztpraxis sind somit wesentliche Kostenfaktoren. Geld, das gar nicht als Honorar beim behandelnden Zahnarzt verbleibt.

5,30 Euro. Mit diesem Ausgabenzuwachs für PKV-Unternehmen je Voll- und Zusatzversicherten rechnet das Bundesministerium für Gesundheit als Folge der Honorarerhöhung für Zahnärzte mit der neuen GOZ – gemeint sind übrigens Ausgaben pro Jahr. Analog rechnet das Ministerium für private Haushalte sogar mit Mehraufwendungen von lediglich 2,05 Euro pro Jahr – egal ob die Patientinnen und Patienten privat oder gesetzlich versichert sind. „Vor diesem Hintergrund sind durch diese Verordnung merkliche Auswirkungen auf das Preisniveau nicht zu erwarten“, so das Fazit des Gesundheitsministeriums in seiner schriftlichen Begründung zum Referentenentwurf.

BZÄK

Elektronische Gesundheitskarte kommt

Praxenausstattung in Mecklenburg-Vorpommern hat begonnen

Die Ausstattung der Zahnarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern mit Lesegeräten, die die elektronische Gesundheitskarte (eGK) lesen und verarbeiten können, hat begonnen.

Die Finanzierungsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der KZV Mecklenburg-Vorpommern ist mittlerweile abgeschlossen. Mit Schreiben vom 29. März wurden die Zahnarztpraxen über ihre individuellen Ansprüche an Refinanzierungspauschalen informiert. Die Refinanzierung über die Pauschalen läuft bis zum 30. September. Bis zu diesem Datum haben die Zahnarztpraxen Zeit, die Kartenterminals zu installieren, die ent-



So soll sie aussehen: die elektronische Gesundheitskarte 2011

sprechenden Softwareanpassungen an ihrem Praxisverwaltungssystem vornehmen zu lassen und die „eGK-Fähigkeit“ der Praxis an die KZV zu melden. Bis zum Redaktionsschluss lagen bereits etliche Rückmeldungen

vor: Der Planbereich Müritzkreis führt demnach mit einem Ausstattungsgrad von bereits 18,2 Prozent. Danach folgen etwas abgeschlagen auf Platz zwei der Planbereich Uecker-Randow mit 15,2 Prozent und Ostvorpommern mit 14,8 Prozent. Über die weiteren Entwicklungen zur Gesundheitskarte wird die KZV fortlaufend informieren.

Für alle Fragen zu den technischen Anforderungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist eine Hotlinenummer – 0385-54 92 300 – eingerichtet. Die entsprechende Mail-Adresse heißt: egk@kzvmv.de.

KZV

Keine strikte Budgetierung mehr Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung

Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler hat die Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vorgestellt. Sie beinhalten unter anderem Reformmaßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wie:

- Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen sollen aufgegeben werden („Ablösung der strikten Budgetierung“).
- Den regionalen Vertragspartnern sollen für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen größere Verhandlungsspielräume eröffnet werden. Es sollen neue Kriterien (Zahl und Struktur der Versicherten, orale Morbiditätsentwicklung, Kosten- und Versorgungsstruktur) vorgegeben werden, um bedarfsgerechte und den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütungen zu ermöglichen.
- Durch die einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwerte und Berücksichtigung dieser Werte als Ausgangsbasis für die Vergütungsvereinbarungen sollen Belastungsunterschiede zwischen den Krankenkassen beseitigt und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt werden.

Die finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Regelungen sollen von

den tatsächlichen Verhandlungsergebnissen der regionalen Vertragspartner abhängen. Die Mehrausgaben für die GKV insgesamt sollen bei höchstens 120 Millionen Euro liegen. Die Punktwertanpassung soll für die GKV insgesamt kostenneutral sein.

Darüber hinaus soll das Versorgungsgesetz folgende Punkte umfassen: Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten, Medizinische Versorgungszentren, Ambulante spezialärztliche Versorgung, Honorarreform, Innovative Behandlungsmethoden, GBA-Strukturen, Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in den KVs und Weiterentwicklung der KV-Organisation, Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung, Leistungsrechtliche Klarstellung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, Wettbewerb und das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt.

Das Versorgungsgesetz soll zum 1. Januar 2012 in Kraft treten. Rösler kündigte an, dass es zur Abstimmung offener Punkte eine weitere Runde mit den Ländern und den Koalitionsfraktionen geben soll. Insbesondere soll es dabei auch um den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und die Mitwirkungsrechte der Länder gehen.

KZBV

Facebook, Twitter & Co.

Ärzte nutzen soziale Netze

Ärzte sind aktiver in sozialen Netzwerken als bisher angenommen. Das wird anhand einer Umfrage des Ärztenachrichtendienstes (änd) deutlich. Bei zirka 1000 befragten Medizinem erklärte mehr als jeder zweite niedergelassene Arzt die Nutzung von Facebook, Twitter & Co. Dabei sind die Ärzte fest davon überzeugt, dass Social Media in Zukunft eine weit wichtigere Rolle spielen wird und sie sich deshalb damit intensiver beschäftigen werden. Dabei geht es immer mehr darum, sich optimal darzustellen und sich im härter werdenden Wettbewerb zu positionieren und abzugrenzen. Eine Entwicklung, der sich viele nicht verschließen wollen.

Eine völlig neue Anwendung für das iPhone und das iPad bietet unterdessen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg an: Die App „Zahnärzte BW“ mit den Features Patientenberatung, Notdienstsuche, Praxisuche und Gesundheitsinformationen.

änd/KZV

Anzeige

Referentenentwurf liegt jetzt vor

Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen

In der Öffentlichkeit wird zunehmend über den drohenden Fachkräftemangel zahlreicher Branchen, z. B. von Ingenieuren und Ärzten, berichtet. Inzwischen hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Referentenentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vorgelegt und um Stellungnahme der betroffenen Verbände und Interessengruppen gebeten. Das Ziel des geplanten Gesetzes, einen allgemeinen Anspruch auf die Bewertung ausländischer Berufsqualifikationen nach einheitlichen Maßstäben zu

schaffen, wird von der Bundeszahnärztekammer im Grundsatz unterstützt.

Nach Auffassung der BZÄK ist jedoch ein Gesetz, das unterschiedslos alle denkbaren im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen erfasst, ohne der besonderen Rolle der Gesundheitsberufe Rechnung zu tragen, kein geeigneter Weg, dem drohenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Aus Gründen des Patientenschutzes ist das Anerkennungsverfahren bei den Heilberufen so zu gestalten, dass die verlässlichen Ausbildungs- und Qualitäts-

standards nicht unterlaufen werden. Das für die Anerkennung von Drittstaatsdiplomen anvisierte Verfahren einschließlich der unbestimmten Möglichkeit des Defizitausgleichs entspräche dem nicht.

Für den Bereich der Zahnärzte existiert zudem kein Fachkräftemangel, der durch die leichtere Anerkennung von Qualifikationen behoben werden müsste. Die Bundeszahnärztekammer sprach sich daher in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf für eine Herausnahme des zahnärztlichen Sektors aus dem Gesetzesvorhaben aus.

BZÄK Klartext 3/11



Daten & Fakten 2010

Das Falblatt von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer Daten & Fakten 2010 informiert anhand von Tabellen und Grafiken über die wichtigsten Kennzahlen zur zahnärztlichen Versorgung und zeigt im neuen Layout Entwicklungen im Bereich der Zahnmedizin und der zahnärztlichen Behandlung auf. Im Internet finden sich alle Zahlen als komplette PDF-Datei sowie auch als Einzeldateien zum Download. Einzelexemplare können von interessierten Zahnärzten kostenlos unter www.kzbv.de oder www.bzaek.de angefordert werden, solange der Vorrat reicht.

Deutsche Zahnärzte stärken das Gemeinwohl

Koordinierungskonferenz Hilfsaktionen fand in Köln statt

Im Rahmen der Internationalen Dentalschau (IDS) in Köln diskutierten auf Einladung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) auch 22 Hilfswerke auf der 4. Koordinierungskonferenz der zahnärztlichen Hilfsorganisationen über ihr soziales Engagement im In- und Ausland.

„Die deutschen Zahnärzte sind ehrenamtlich enorm aktiv. Derzeit gibt es weit über 40 Organisationen mit unzähligen Hilfsmaßnahmen“, erklärte der BZÄK-Präsident, Dr.

Peter Engel auf der IDS in Köln.

Die Konferenz zeigte einmal mehr die Bandbreite der Einsätze. Unterstützt werden etwa notleidende Kinder aus Armutsvierteln in Südamerika, Lepra-Kranke in Nepal, Aids-Waisen aus Afrika oder ganz aktuell vom Tsunami betroffene Kinder in Japan.

Auch der Bevölkerung in den Krisen- und Notgebieten helfen Zahnärzte mit medizinischer und zahnärztlicher Versorgung, Medikamenten-Lieferungen oder der Einrichtung von

Kliniken. Aber auch Projekte wie der Bau von Sozialstationen, Bildungseinrichtungen oder Kinderheimen werden finanziell gefördert.

Viele Zahnärzte engagieren sich zudem direkt vor Ort und versorgen beispielsweise nach Feierabend Menschen, die ihren Weg allein nicht zum Zahnarzt finden würden. So gibt es u. a. ehrenamtliche Arbeit im „Zahnmobil“ für Drogenabhängige oder Obdachlose, Untersuchung und Versorgung von immobilen Älteren und Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen.

Der BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich appellierte an die anwesenden Vertreter der Hilfswerke, ihr Engagement über die entsprechenden Medien in die Öffentlichkeit zu tragen. „Tu Gutes und rede auch darüber“, sei das Motto. Nur so könne die Gesellschaft erfahren, dass die Tätigkeitsfelder der Zahnärzteschaft weit über den Versorgungsalltag hinausreichen.

Die nächste Koordinierungskonferenz wird voraussichtlich in zwei Jahren im Rahmen der IDS 2013 stattfinden.

Mehr unter: <http://www.bzaek.de/wir-ueberuns/soziale-verantwortung.html> **zm**



Im Präsidium der KoKo Hilfsaktion: v.l. Jette Krämer (BZÄK), Dr. Dietmar Oesterreich (BZÄK-Vizepräsident) und Dr. Wolfgang Schmiedel (Präsident der ZÄK Berlin).

Fortbildung – kollegiale Gespräche – Erholung

20. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

2. – 4. September 2011

im Hotel Neptun, Rostock-Warnemünde

62. Jahrestagung

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

Themen

1. Kinderzahnheilkunde in der Praxis
2. Professionspolitik, 20 Jahre Zahnärztekammer M-V
3. Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung:

Leitung Organisation und Professionspolitik:

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

19. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

3. September 2011

im Technologiepark Rostock-Warnemünde

Kfo-Hinweise nach BEMA

Abrechnung von Materialkosten neben Multiband-Leistungen 126a-128b

Der Leistungsinhalt der Multiband- Nummern 126a-128b (Brackets, Bänder, Bögen) stellt auf eine vertragszahnärztliche Abrechnung ab, in der die Material- und Laboratoriumskosten bereits enthalten sind, sofern diese mit dem Leistungsinhalt der Nummern 126a-128b übereinstimmen.

Deshalb hat der Vertragszahnarzt von den empfohlenen Multiband-Systemen jenes anzuwenden, dass diesen Bestimmungen (Einschränkungen) gerecht wird.

Im Zusammenhang dessen ist der Vertragszahnarzt aber nicht nur an die BEMA-Bestimmungen, sondern auch an die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung, hier Punkt 9: „Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.“ Der wissenschaftliche Fortschritt ist in der Praxis zum Nutzen der Patienten einzubringen. Dabei ist jedoch nicht alles Machbare durch die Versicherungsträger erstattungsfähig.



Elke Köhn, stellvertretende Abteilungsleiterin der konservierend/chirurgischen Abrechnung

Der Behandler ist an das Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 Punkt 1 Satz 1: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“... gebunden.

Es besteht für den Vertragszahnarzt die Möglichkeit, alle Materi-

alien wie Gummi-, Federzüge, Haken o. ä., die nicht fest mit Bracket, Band oder Bogen verbunden sind, soweit sie der Patient zur weiteren Verwendung behält oder sie mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, als Materialkosten zu berechnen, siehe *Allgemeine Bestimmungen des BEMA Punkt 5-1. Halbsatz*: „Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten, sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind...“

Die Abrechnung dieser zusätzlichen Materialien erfolgt unter der Rubrik „Materialien“ für Handabrechner auf dem „Kfo-Abrechnungsschein“, für EDV-Abrechner auf der „Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung“ und für EDV-Abrechner, die papierlos abrechnen, entsprechend den Vereinbarungen mit der KZV M-V.

Elke Köhn

Anzeige

„Sie tun Gutes und reden nicht viel darüber“

Vertreterversammlung arbeitet in neuer Besetzung – dens stellt die Mitglieder vor

Viele Gremien gibt es in der KZV Mecklenburg-Vorpommern. Sie sind notwendig und zeigen, dass fachliche ehrenamtliche Arbeit der Kolleginnen und Kollegen wichtig und richtig ist, wenn es darum geht, eine Selbstverwaltung zu sein. An vielen Stellen investieren Kollegen einen beträchtlichen Teil ihrer Freizeit und engagieren sich für gute Bedingungen aller Zahnärzte im Land und die Gewährleistung einer sorgenfreien Berufsausübung. Sie tun diese Arbeit in Eigenverantwortung und zeigen ein hohes Maß an Bereitschaft zur Mitarbeit. **dens** möchte es sich zur Aufgabe machen, auf diese Kollegen und die Ausschüsse, in denen sie arbeiten, in besonderer Weise aufmerksam zu machen. Sie leisten nicht nur gute Arbeit, sondern sind auch Ansprechpartner bei Problemen und Anregungen. Dafür sollten sie für die Kollegenschaft im Land „ein Gesicht“ bekommen. Und nicht nur das. **dens** fragte genau nach. Nach beruflichen Zielen, ehrenamtlichen Projekten, aber weil es ein Journal ist, auch in Anlehnung an den berühmten Fragebogen der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, nach Vorlieben und Wünschen. Heute: die Vertreterversammlung (2).

Hans Salow, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung



Alter: 54, Wohnort: Krakow am See, in der VV von 1993-1996, ab 2001

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? 1993 aus der Kreisstelle, 2001 aus der Arbeit in den Prüfungsausschüssen Wirtschaftlichkeitsprüfung

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Ich will lieber Teil der Selbstverwaltung sein, als keine Selbstverwaltung mehr zu haben.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Anfangs war es Interesse am Inhalt und Umfang (Ausmaß) der Aufgaben, später mehr der Wunsch, dass das eventuell noch besser geht.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Ich würde gern die Kollegenschaft zu begeistern versuchen, denn auch in Zukunft sollten wir uns lieber selbst kümmern.

Ihr Hauptcharakterzug? aufgeschlossen *Ihr Lieblingsschriftsteller?* Joseph Heller

Ihr Abschlusskommentar? Ich hätte nicht geglaubt, wie wenig ein Zahnarzt in der gesetzlichen Krankenversicherung Freiberufler ist und die Zwänge im System so festgezurrt und schwer überwindlich sind.

Dr. Holger Garling



Alter: 53, Wohnort: Schwerin, in der VV seit: 1993

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Erstens durch die Wahl und zweitens durch die Erkenntnis, dass man sich engagieren muss, um Dinge zu verändern, sie zu gestalten, um nicht obrigkeitshörig gestaltet zu werden.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Die Ausübung der Zahnheilkunde innerhalb angemessener für die Kollegenschaft akzeptabler Rahmenbedingungen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Meine eigenen Kinder üben auch diesen schönen Beruf aus. Es ist wichtig, der nachwachsenden Zahnärzteschaft die Freude an diesem Beruf zu erhalten.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Für eine fachlich hoch qualifizierte und engagierte Arbeit der Kollegen im Lande eine angemessene Vergütung und entsprechende Rahmenbedingungen zu fordern.

Ihr Hauptcharakterzug? zielorientiert *Ihr Lieblingsschriftsteller?* viele *Ihr Motto?* Carpe diem *Ihr Abschlusskommentar?* Nur durch Freude am Beruf sind Höchstleistungen zu erzielen.

Dr. Jörg Krohn



Alter: 47, Wohnort: Ahlbeck, in der VV seit: 2005

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Ich bin im Jahr 2005 über die Landesliste M-V in die Vertreterversammlung nachgerückt.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Ich möchte durch meine Arbeit einen Beitrag zur Sicherung der Geschlossenheit des Berufsstandes leisten. Weiterhin möchte ich die ausgezeichnete Arbeit des Vorstandes und des Koordinationsgremiums mit sachlicher Kompetenz und Ideen unterstützen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Aus meiner Sicht ist es Freude und Ehre zugleich, in der VV mitzuarbeiten, um wichtige Entscheidungen für die Zahnärzte in unserem Bundesland und für alle Kollegen in Deutschland treffen zu können.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Ich setze mich besonders für den längst überfälligen Ost-West-Honorarangleich ein.

Ihr Hauptcharakterzug? zielstrebig *Ihr Lieblingsschriftsteller?* Michel Houellebecq

Ihr Motto? „Zuwachs an Kenntnis ist Zuwachs an Unruhe.“ *Ihr Abschlusskommentar?* Ich wünsche der neuen Vertreterversammlung eine erfolgreiche Legislaturperiode.

Dr. Uwe Stranz



Alter: 40, Wohnort: Wismar, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Aufgrund des Ausscheidens eines Kollegen aus der VV bestand die Möglichkeit, diese Tätigkeit weiterzuführen.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Im Rahmen meiner spezifischen Aufgaben werde ich mich insbesondere mit fachlichen Problemen in Zusammenarbeit zwischen den Kollegen und der KZV befassen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Die Verbindung zwischen der KZV und den Zahnärzten halte ich für sehr wichtig und muss daher auch von Zahnärzten aus der Praxis übernommen werden.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Für mich ist mehr als das Motiv Engagement relevant. Insbesondere erwähnenswert ist die Einbringung fachlicher Aspekte in die Bewertung unserer Tätigkeit.

Ihr Hauptcharakterzug? gewissenhaft *Ihr Lieblingsschriftsteller?* Ehm Welk

Ihr Motto? Man darf nie aufgeben! *Ihr Abschlusskommentar?* Immer nach vorne blicken.

Dirk Röhrdanz



Alter: 39, Wohnort: Rostock, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Kollegen aus Rostock haben die Frage an mich herangetragen, ob Interesse bestünde, in der VV ehrenamtlich mitzuarbeiten. Da verstärkt jüngere Kollegen für dieses Gremium gewonnen werden sollten und mich diese Tätigkeit interessierte, habe ich mich zur Wahl gestellt.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Für mich bedeutet Selbstverwaltung, dass die Möglichkeit besteht, die eigene Zukunft aktiv mitzugestalten und für unseren Berufsstand die Weichen in die richtige Richtung zu stellen. Das wird gerade für viele meiner jüngeren Kolleginnen und Kollegen und mich noch eine ganze Weile von Bedeutung sein. Dazu ist es wichtig, ein Verständnis für das Zusammenspiel aller Beteiligten, ob Politik, Krankenkassen oder Zahnärzten etc., zu entwickeln, Einblick zu gewinnen, um entsprechend handeln zu können.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Ich glaube, dass eine gewisse Lobbyarbeit für seinen Berufsstand heute wichtig ist, um im Interesse aller Kollegen ausreichend Gehör zu finden. Daneben erweitert der Austausch mit den anderen Kollegen den eigenen Horizont doch sehr und lässt vieles erkennen und verstehen, was man als Einzelkämpfer in der eigenen Praxis im täglichen Alltag nicht wahrnehmen kann.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Eigent-

lich fallen mir gleich zwei Punkte ein. Zum einen bin ich der Meinung, dass alle Kollegen grundsätzlich weiterhin geschlossen auftreten und wir uns nicht im Sinne des „teile und herrsche“ auseinander treiben lassen sollten. Da ich seit einigen Jahren mit meinem Vater in einer Gemeinschaftspraxis zusammen arbeite, weiß ich, dass wir ein solides Fundament guter und bewährter Therapieansätze haben. Trotzdem entwickeln sich die Behandlungsmethoden weiter, die Denkansätze in der zahnmedizinischen Therapie ändern sich zum Teil und Qualitätsstandards werden neu definiert. Ich glaube, die Verknüpfung von beidem bringt unsere Patienten und uns Zahnärzte weiter. Dahingehend in der VV einwirken zu können, ist ein anderer Punkt, der mir wichtig ist.

Ihr Hauptcharakterzug? Angefangene Aufgaben konsequent und mit Ehrlichkeit durchführen.

Ihr Lieblingsschriftsteller? Im Moment lese ich einiges von Martin Suter.

Ihr Motto? Nichts bewegt sich von allein. Wenn man etwas erreichen möchte, muss man etwas tun, sollte aber seine Mitmenschen dabei nicht ganz vergessen. *Ihr Abschlusskommentar?* Jedes Problem, jede Hürde, die sich uns in den Weg stellt, fordert uns indirekt zu ihrer Lösung auf. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine kollegiale Zusammenarbeit.

Karsten Lüder



Alter: 46, Wohnort: Bansin, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Als Mitglied des Landesvorstandes des FVDZ habe ich auf unserer Liste kandidiert. Das gute Abschneiden der Liste bei der Wahl zeigt das Vertrauen der Zahnärzte im Land in den Verband.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Natürlich geht es mir darum, die wenigen Gestaltungsspielräume im Sinne einer freien Berufsausübung mit all ihren Facetten auszunutzen und wo dies nicht möglich ist, die Arbeit der Körperschaft kritisch zu begleiten.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Ich glaube, dass man nicht erwarten kann, dass andere für die eigenen Ziele kämpfen, also muss man es selbst tun.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Im Rahmen des Widerspruchsausschusses ist dies die Zurückweisung unberechtigter Forderungen von Seiten der Krankenkassen, in der Vertreterversammlung die allgemeine berufspolitische Arbeit.

Ihr Hauptcharakterzug? Beharrlichkeit

Ihr Lieblingsschriftsteller? Jeremy Rifkin

Ihr Abschlusskommentar? Ich hoffe, dass es der VV und dem Vorstand gelingt, die kommende Legislaturperiode im Sinne der Zahnärzteschaft des Landes zu gestalten und weitere staatsdirigistische Eingriffe zu verhindern.

Dr. Jens Palluch



Alter: 34, Wohnort: Bentwisch, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? In Gesprächen mit bekannten Kollegen, die bereits für die KZV tätig waren, wurde mein Interesse geweckt, mich auch zu engagieren. Außerdem ist man in der täglichen Arbeit als Niedergelassener oft genug mit der KZV in Verbindung.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Ich möchte mich in Zeiten stetiger Veränderungen und politischer Eingriffe in unsere Freiberuflichkeit dafür einsetzen, dass in der Kollegenschaft eine leistungsfähige starke Einigkeit existiert. Damit meine ich keinesfalls ein lähmende, zentral verordnete Gleichmacherei.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Ich bin der Meinung, dass jeder, der mit vorliegenden Gegebenheiten unzufrieden ist oder geschätzte Besitzstände gefährdet sieht, sich für seine persönlichen und damit auch für allgemeine Ziele einsetzen sollte.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Ich denke, da gibt es sicher viele Punkte. Aber die Sicherung qualitativ hochwertiger Ar-

beiten mit angemessener bzw. angepasster Vergütung für unsere Patienten ist mir sehr wichtig.

Ihr Hauptcharakterzug? Zielstrebigkeit *Ihr Lieblingsschriftsteller?* Heinz Strunk

Ihr Motto? Geht nicht, funktioniert nicht, will nicht, kann nicht – gibt es nicht!

Ihr Abschlusskommentar? Ich danke für das mir entgegengebrachte Vertrauen und freue mich auf kommende Herausforderungen.

Dr. Lutz Knüpfer



Alter: 51, Wohnort: Malchin, in der VV seit: 2001

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Eigentlich war ich schon immer ein politisch Aktiver. Als Vorsitzender des Landesverbandes des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden sprach mich im Jahr 2000 der damalige Vorstandsvorsitzende, Dr. Wilfried Kopp, an und warb um eine Mitarbeit in der neu zu besetzenden Vertreterversammlung.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Es ist wichtig, über Neuerungen und Ideen nachzudenken an Stellen, an denen sie eine Wirkung erzielen und das für alle Kollegen im Land.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Progressivität ist das Schlüsselwort. Interesse an Fortentwicklung, interdisziplinäres Arbeiten und Offenheit gegenüber Neuem. Der direkte Kontakt zum Vorstand und den Mitarbeitern der KZV schafft den Blick über den eigenen Tellerrand hinaus.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Die Angleichung des Kfo-Punktwerts an den allgemeinärztlichen Punktwert liegt mir am Herzen. Denn die Kieferorthopädie ist ein integraler Bestandteil der Zahnmedizin.

Daneben möchte ich ein Stück dazu beitragen, dass Zahnärzte und Krankenkassen einander auf Augenhöhe begegnen können.

Ihr Hauptcharakterzug? schöpferische Unruhe

Ihr Lieblingsschriftsteller? Stefan Zweig, Erich Maria Remarque

Ihr Motto? kompromissloser Optimismus

Ihr Abschlusskommentar? Frieden – im Kleinen und im Großen.

Dr. Karsten Georgi



Alter: 50, Wohnort: Schwerin, in der VV seit: 1991

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Im Kollegenkreis wurde 1991 diskutiert, wer sich von uns bei dem Aufbau der KZV M-V engagiert. Die Wahl fiel auf Kollegen Zschunke und mich.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Wir erfuhren damals die Kurzform der Definition der drei Säulen der zahnärztlichen Standespolitik: die Kammer ist verantwortlich für die Ethik im Berufsstand, die KZV für die Monetik und der Freie Verband für die Phonetik. Die wirtschaftlichen Belange unserer Berufsausübungsmöglichkeit haben mich schon immer interessiert und ich möchte positiven Einfluss auf diese Rahmenbedingungen ausüben.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Mein Grundverständnis zu unserem demokratischen Gesellschaftssystem.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Moderne Zahnmedizin und deren Kosten gegenüber den Krankenkassen darzustellen und zu vertreten.

Ihr Hauptcharakterzug? geradlinig und konsequent

Ihr Lieblingsschriftsteller? Heinrich Böll

Ihr Motto? „Kleinigkeiten machen die Perfektion, aber die Perfektion ist keine Kleinigkeit.“ (Sir Frederick Henry Royce)

Ihr Abschlusskommentar? „Kein Wind ist demjenigen günstig, der nicht weiß, wohin er segeln will.“ (Michel de Montaigne)

Peter Bohne

Alter: 56, Wohnort: Dassow, in der VV 1991-2000, ab 2011



Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? 1989 engagierte ich mich im Neuen Forum für politische und ökonomische Veränderungen in der damaligen DDR. Wie vielen anderen zahnärztlichen Kollegen, war mir klar, dass sich auch die Strukturen in der zahnärztlichen Betreuung ändern werden. Um die Demokratie aktiv mitzugestalten, entschloss ich mich, in der Standespolitik mitzuarbeiten.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands nahm ich als Delegierter der Zahnärzte an der Gründungsversammlung der Zahnärztekammer und später an der Gründungsversammlung der Vertreterversammlung der KZV als gewähltes Mitglied teil. Ich war von 1991 bis 2000 als Mitglied in der Vertreterversammlung, Mitglied des Haushaltsausschusses, des Widerspruchsausschusses und als Zahnersatzgutachter tätig. Ich habe diese Tätigkeiten 2000 auf eigenen Wunsch beendet. Seit 2007 bin ich ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht. Für die jetzige Legislaturperiode der VV wurde ich von einigen Kollegen gebeten, noch einmal für die Wahl der Vertreterversammlung der KZV zu kandidieren, da es sich zeigte, dass nicht genügend Nachwuchskandidaten zur Mitarbeit in diesem Gremium und

dessen Ausschüssen zur Verfügung standen.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Mein Ziel ist es, innerhalb der Struktur der KZV an der Stärkung des Berufsstandes mitzuwirken! Denn nur eine starke KZV kann die Zahnärzteschaft gegenüber den Krankenkassen gleichberechtigt vertreten und gleichzeitig die Verwaltungsarbeit für die Zahnärzte erbringen.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Als Ehrenamtsträger engagiere ich mich für eine „schlanke“ und effiziente KZV, die die Zahlungsflüsse für uns Zahnärzte in bewährter Weise organisiert. Standespolitisch werde ich meine Stimme für die Angleichung der Osthonorare an das Westniveau und den Wegfall des HVM erheben.

Ihr Hauptcharakterzug? belastbar, gradlinig

Ihr Lieblingsschriftsteller? Jan Weiler

Ihr Motto? „Ich wünsche mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann; den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann; und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

Ihr Abschlusskommentar? „Alles wird gut!“ Für die vor uns liegende Legislaturperiode und deren Aufgaben wünsche ich allen Kolleginnen und Kollegen in M-V sowie allen hauptamtlichen Mitarbeitern der KZV M-V Gesundheit, Kraft und Toleranz!

Dr. Eberhard Dau

Alter: 55, Wohnort: Malchow, in der VV seit: 1997



Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

In der standespolitischen Arbeit engagiere ich mich schon sehr lange und verfüge deshalb über viele Erfahrungen. Neun Jahre war ich im Vorstand der ZÄK M-V und danach mit einem Jahr Unterbrechung vier Jahre im ehrenamtlichen Vorstand der KZV. Natürlich war bzw. bin ich auch Mitglied der Kammerversammlung und der Vertreterversammlung. Es ist sehr wichtig, dass sich Kolleginnen und Kollegen zur Mitarbeit in den verschiedenen Ausschüssen bereit erklären. Bei der KZV war ich lange Mitglied im Rechnungsprüfungsausschuss. Im Satzungs-, Patientenberatungs- und im Zulassungsausschuss bin ich Vorsitzender.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Es ist wichtig, in der komplizierten Gesundheitspolitik Verantwortung zu übernehmen. Dabei setze ich mich besonders für die Belange der Zahnärzte hier in M/V ein. Im Ausschuss Patientenberatung bin ich Referent und mit ZA Flemming von der ZÄK gemeinsam für Patientenfragen zuständig. Dabei verstehen wir uns nicht nur als Beantworter

von Fragen, sondern auch als Vermittler zwischen Patient und behandelndem Zahnarzt. Als Vorsitzender des Zulassungsausschusses möchte ich mit dazu beitragen, dass jeder Praxisinhaber einen Nachfolger findet und die zahnärztliche Versorgung auch in Zukunft überall im Land gesichert ist.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Es macht mir Freude, in der Patientenberatung zu vermitteln, zu schlichten und damit zu helfen. Im Zulassungsausschuss freue ich mich immer wieder, wenn junge Kollegen sich für den zahnärztlichen Beruf entscheiden und später dann den Mut aufbringen, trotz aller Probleme in eigene Niederlassung zu gehen.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Die Ost-West-Angleichung empfinde ich als sehr wichtig. Die unterschiedliche Bezahlung für gleiche Arbeit nach 20 Jahren ist für mich völlig unverständlich. Die Kassenbeiträge unserer Patienten sind ja auch bundesweit einheitlich.

Ihr Hauptcharakterzug? zielstrebig, ehrlich, Durchsetzungsvermögen

Ihr Lieblingsschriftsteller? Gerne lese ich Kriminalromane von den Schriftstellern Andreas Franz, Vince Flynn und Kyle Mills. Natürlich lese ich auch alles über das Sammeln und die Bemalung von Zinnfiguren. Dabei fallen mir die beiden Autoren Liliane und Fred Funken ein.

Ihr Motto? Was immer Du denkst, tue es! Kein anderer wird es für Dich tun!

Ihr Abschlusskommentar? Ich wünsche uns allen noch lange Freude am zahnärztlichen Beruf und möglichst viele berufspolitisch engagierte Kolleginnen und Kollegen.

Jörn Kobrow



Alter: 47, Wohnort: Schwerin, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Ich achte die sehr erfolgreichen Tätigkeiten der hauptamtlichen Geschäftsleitung und der ehrenamtlich Tätigkeiten (Dr. Garling, Dr. Georgi usw.) und möchte hier unterstützend mitwirken.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Auch in dem KZV-Bereich möchte ich nach und nach mehr Verantwortung übernehmen, die sehr erfolgreiche Arbeit befürworten und destruktive Kräfte aufweichen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Ich denke, dass die Basisdemokratie aktiv gelebt werden muss. Zum Erreichen von bestimmten Zielen sollte man, möchte ich, einen aktiven Part übernehmen.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Damit junge Kollegen im Land bleiben bzw. sich neu hier niederlassen, brauchen wir besondere Anreiz- und Motivationspunkte. Eine flächendeckende, hochwertige Versorgung muss weiterhin gewährleistet bleiben.

Ihr Hauptcharakterzug? Teamgeist, Optimist, begeisterungsfähig

Ihr Lieblingsschriftsteller? Ken Follett, Daniel Goleman

Ihr Motto? Packen wir es an! *Ihr Abschlusskommentar?* Konzentration auf das Große + Ganze und nicht die Kräfte im Kleinen aufreiben.

Dr. Rüdiger Qual



Alter: 45, Wohnort: Rostock, in der VV seit: 2009

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Durch Kollegen, die schon in der Vertreterversammlung tätig waren oder noch sind, hier insbesondere Dr. Dagmar Stave. Nachdem durch einen bedauerlichen Todesfall ein Sitz frei wurde, habe ich mich zur Nachwahl zur Verfügung gestellt.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Ich möchte den Kollegen, vor allem den Jüngeren, die Notwendigkeit der VV aufzeigen. Wir stehen immer noch als, hart gesagt: Geldverschwender, Kaffeekränzchen etc., im Meinungsbild mancher Kollegen. Viele machen sich über die Arbeit, die wir leisten, kein Bild. Ich möchte es transparenter gestalten.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Meine Frau und meine Kinder. Die erfolgreiche Arbeit auch weiterhin als Freiberufler und unabhängiger Zahnarzt tätig zu sein, lässt mich die zusätzlichen Stunden abarbeiten.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Den Kollegen die Arbeit der VV transparenter aufzuzeigen.

Ihr Lieblingsschriftsteller? Frank Schätzing

Ihr Motto? Freue dich jeden Tag über eine Kleinigkeit und sei immer offen für Neues.

Ihr Abschlusskommentar? Ich wünsche mir eine ausgeglichene Gesundheitspolitik und eine größere Kollegialität untereinander.

Dr. Holger Kraatz



Alter: 51, Wohnort: Satow, in der VV seit: 1993

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Aufgrund meines berufspolitischen Interesses und des mir geschenkten Vertrauens meiner Kollegenschaft.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Bindeglied zu sein zwischen KZV-Vorstand und Zahnärzten in meinem Kreis/Betriebswirtschaftliche Existenzsicherung/VV als Kontroll- und Beratungsorgan des KZV-Vorstands stärken/Auf Transparenz der KZV-Tätigkeit hinwirken.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Gesundheitspolitische Prozesse zeitnah erfahren, mit gestalten und den Kollegen vor Ort vermitteln zu können.

Nennen Sie uns einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Die leistungsfeindlichen Budgets lieber heute als morgen abschaffen. Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Ihr Hauptcharakterzug? Verlässlichkeit, Empathie

Ihr Lieblingsschriftsteller? viele Krimiautoren

Ihr Motto? Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus.

Ihr Abschlusskommentar? Die Stärkung unserer Standesvertretungen ist die Grundvoraussetzung unserer wirtschaftlichen Existenz und beruflichen Freiheit.

Bedarfsplan für die allgemein Zahnärztliche Versorgung

Bekanntmachung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V) im Einvernehmen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen

Stand: 23. März 2011

Planbereich	Einwohner per 31.10.2010	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	54.582	45,5	32,5	140,0
Neubrandenburg-Stadt	65.269	60	38,9	154,2
Rostock-Stadt	202.444	203,5	158,2	128,6
Schwerin-Stadt	95.201	85	56,7	149,9
Stralsund-Stadt	57.729	43,5	34,4	126,5
Wismar-Stadt	44.405	41	26,4	155,3
Bad Doberan	117.213	67	69,8	96,0
Demmin	79.645	54	47,4	113,9
Güstrow	99.164	64,5	59,0	109,3
Ludwigslust	128.114	78,75	76,3	103,2
Mecklenburg-Strelitz	77.728	53	46,3	114,5
Müritz	64.704	43,5	38,5	113,0
Nordvorpommern	105.840	69	63,0	109,5
Nordwestmecklenburg	116.228	61	69,2	88,2
Ostvorpommern	105.221	72,5	62,6	115,8
Parchim	95.968	62	57,1	108,6
Rügen	67.703	48	40,3	119,1
Uecker-Randow	72.323	49	43,0	114,0

Auszug aus den Richtlinien über die Bedarfsplanung vom 21. August 2008

1. Unterversorgung:

Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht beho-

ben werden kann. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 Prozent überschreitet.

2. Verhältniszahlen für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung:

2.1 Für Regionen mit Verdichtungsansätzen (Kernstädte) 1:1280

Die Verhältniszahl 1280 findet demzufolge nur für den Planbereich Rostock-Stadt Anwendung.

2.2 Für ländlich geprägte Regionen (verdichtete Kreise) 1:1680

Für alle Planbereiche (außer Rostock-Stadt) trifft die Verhältniszahl 1680 zu.

3. Verhältniszahl für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung:

Es wurde für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:4000 festgelegt, wobei die Bezugsgröße die Bevölkerungsgruppe der 0- bis 18-Jährigen ist.

Bedarfsplan für die kieferorthopädische Versorgung

Bekanntmachung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V) im Einvernehmen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen

Stand: 23. März 2011

Planbereich	0-18 Jahre per 31.12.2009	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	6.480	3	1,6	187,5
Neubrandenburg-Stadt	7.951	2	2,0	100,0
Rostock-Stadt	23.180	10	5,8	172,4
Schwerin-Stadt	11.642	7	2,9	241,4
Stralsund-Stadt	6.928	3	1,7	176,5
Wismar-Stadt	5.003	2	1,3	153,8
Bad Doberan	16.545	5	4,1	122,0
Demmin	10.844	3	2,7	111,1
Güstrow	13.683	4	3,4	117,6
Ludwigslust	18.086	4	4,5	88,9
Mecklenburg-Strelitz	10.231	1	2,6	38,5
Müritz	8.710	2	2,2	90,9
Nordvorpommern	13.896	3	3,5	85,7
Nordwestmecklenburg	17.652	1	4,4	22,7
Ostvorpommern	13.704	1	3,4	29,4
Parchim	12.703	2	3,2	62,5
Rügen	8.362	2	2,1	95,2
Uecker-Randow	9.205	2	2,3	87,0



„Was man anderen im Leben Gutes tut, wird einem im Paradies wiedergegeben.“

Mit Plüschtieren im Gepäck

Rostocker Zahnmediziner helfen seit Jahren im Jemen

Mit Sorge blicken Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz und Dr. Ann Dieckmann von der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie in den Jemen. Wie in vielen anderen arabischen Staaten gibt es auch dort Unruhen. Die Universität Aden, mit der die Rostocker Universität eine intensive Zusammenarbeit pflegt, ist derzeit geschlossen.

In den vergangenen Jahren waren Rostocker Zahnmediziner direkt in Jemen vor Ort und haben geholfen, ein Spaltzentrum an der Universität Aden aufzubauen. Der Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Lenz war bereits fünf Mal im Jemen und hat Operationen durchgeführt, aber auch Ärzte und Studenten weitergebildet. „Wir wollen Hilfe zur Selbsthilfe geben“, sagt der 43-Jährige. Im arabischen Land ist die Lippen-Kiefer-Gaumenspalte viel häufiger anzutreffen. Das liegt an Ernährungsmangel, aber auch an genetischen Faktoren. Mit rund 3000 US-Dollar war solch eine Operation für die meisten Jemeniten unerschwinglich. Das gehört nun dank der Rostocker Hilfe der Vergangenheit an.

Regelmäßig war ein Team aus Ärzten und Schwestern in Aden. Pro Aufenthalt wurden etwa 60 bis 80 Patienten operiert und in ein Nachsorgeprogramm aufgenommen. „Wir waren beseelt von der Dankbarkeit der Menschen. Dies half auch, über die körperliche Anstrengung hinwegzukommen“, erinnert sich Lenz. Neben der medizinischen Erfahrung schätzt der Rostocker das Vertrauen, das ihm entgegen gebracht wurde. Dr. Ann Dieckmann war besonders beeindruckt davon zu sehen, welche enorme Bedeutung die Hilfe für die Frauen bedeutete. Eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte gelte dort als „Fluch“. Frauen hätten immer den Schleier getragen und seien, wenn sie aus ländlichen Regionen kamen, niemals draußen gewesen. Die Stimm- und Sprachheilpädagogin war einmal in Jemen und erinnert sich noch gerne an den sechsjährigen Jungen – der Bruder einer Patientin –, der jeden Morgen vorm Krankenhaus auf sie wartete und ihr zum Abschied sogar einen Kuss gab. Zuvor hatte sie in Rostock bei den Patienten Plüschtiere gesammelt und ist mit drei Säcken

losgeflogen. „Jedes Kind bekam ein Plüschtier zur Belohnung nach der Behandlung“, erzählt die 41-Jährige. Manche hätten sich nicht getraut, das Geschenk anzunehmen.

„Ich mache meinen Beruf als Berufung“, sagt die Rostockerin, die gerne auf Reisen geht und besonders für asiatische Länder schwärmt. Von daher sei es ihr eine Anliegen, dass Kinder eine echte Chance bekommen. „Jeder Mensch hat das Recht dazu.“ Lenz hält es für selbstverständlich, eine „gewisse Expertise“ anderen zu Gute kommen zu lassen. Der Gesichtschirurg freut sich, dass die Universitäten Rostock und Aden eine intensive Kooperation betreiben – besonders die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich. Auch in den Gebieten Umwelt und Wassertechnik arbeitet man zusammen.

Regelmäßig sind jemenitische Experten in Rostock, um sich weiterzubilden. Kürzlich verließen zwei glückliche jemenitische Mädchen Rostock und flogen wieder in ihre Heimat. Die beiden kleinen Kinder

haben sich in der Hansestadt schwierigen Operationen unterzogen, denn sie litten an schweren Fehlbildungen des Gesichtsschädels. „Diese Kinder konnte man nicht vor Ort behandeln, da dort eine Intensivstation fehlt, wo die Kinder nach der Operation betreut werden können“, erläutert Lenz. Daher habe sein aus Syrien stammender Kollege Oberarzt Dr. Bassam Saka die Mädchen bei sich in der Familie untergebracht und in der Rostocker Klinik operiert.

Neben Gewürzen wie Kardamon und Chili, Tee und Kaffee sowie bunten Tüchern nahmen die Rostocker Helfer eine Erfahrung mehr mit im Gepäck nach Hause. Gemäß des arabischen Sprichwortes: Was man anderen im Leben Gutes tue, werde einem im Paradies wiedergegeben.

Renate Heusch-Lahl

Erfolgreiche Hilfsarbeit auf vier Kontinenten

Das Engagement der deutschen Zahnärzte im Rahmen weltweiter Hilfsprojekte ist vielfältig. Zahlreiche Projekte werden durch direkte Unterstützung und Spendenbereitschaft der Zahnärzteschaft realisiert. Durch die kontinuierliche Spendenbereitschaft deutscher Zahnärzteschaften konnte die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) in 2010 gut eine Million Euro in über 40 Projekte in Asien, Afrika, Südamerika und Europa investieren. „Wir sind froh, dass wir mit Hilfe so vieler Kollegen und Förderer umfangreiche Soforthilfemaßnahmen für die Menschen in den Katastrophengebieten durchführen konnten“, sagte der Vorsitzende der Stiftung, Dr. Klaus Winter. „Die mit Hilfe der Bundeszahnärztekammer versandten Spendenaufrufe für Haiti und Pakistan wurden gehört – 250 000 Euro wurden aus der Kollegenschaft hierfür gespendet – ein toller Erfolg!“ so Winter.

„Die Projekte des HDZ sind so vielfältig wie die Länder, in denen sie durchgeführt werden, die Liste der Erfolge lang“, bestätigt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. „Umsetzen lassen sie sich aber nur, wenn Kollegen und Helfer sich engagieren“, ergänzt Winter. „Die Bundeszahnärztekammer wird das Hilfswerk weiterhin mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützen. Wir danken der Zahnärzteschaft für ihre Mithilfe“, so Engel weiter. Das HDZ ist die größte zahnärztliche Hilfsorganisation und weltweit seit über 24 Jahren tätig.

www.hilfswerk-z.de

„Gesund beginnt im Mund – je früher, desto besser!“

Tag der Zahngesundheit 2011 richtet Fokus auf die Kinder

Auf den ersten Blick scheint das Motto des Tags der Zahngesundheit 2011 „Gesund beginnt im Mund – je früher, desto besser“ seinen Fokus ausschließlich auf die Kinder zu richten – dem ist aber keineswegs so. Das Motto umfasst durchaus alle Bereiche der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dennoch stehen die Kinder besonders im Mittelpunkt: Sie erleben oftmals zu spät ihren ersten Zahnarztbesuch und damit die Kontrolle einer gesunden Mundentwicklung. Leider ist der erste Zahnarztbesuch dann schon mit einer notwendigen Behandlung verbunden – und nicht selten eine belastende Situation, die bereits mit erheblichen Schäden bei der Zahn- und Kieferentwicklung einhergeht. Der Tag der Zahngesundheit 2011 will dazu beitragen, diese Situation zu ändern und den Wissensstand von Eltern und Erziehern zu verbessern. Einerseits muss verhindert werden, dass Kinder „zu spät“ vorgestellt werden, und andererseits, dass ihre erste Erfahrung mit dem Besuch beim Zahnarzt von Schmerzen und Ängsten überlagert wird.

Der wissenschaftliche Fachvortrag wird sich in diesem Jahr daher der Zahn-, Mund- und Kieferentwicklung im Kleinkindalter widmen und verdeutlichen, welches Verhalten förderlich und welches potentiell schädlich für die Zahn- und Mundgesundheit



der Kinder ist. Darüber hinaus wird das fachübergreifende Thema von Vertretern der Zahnmedizin, der gesetzlichen Krankenkassen und der Kinderheilkunde im Rahmen einer Pressekonferenz präsentiert. Themen für die zahlreichen Veranstalter von Maßnahmen im Rahmen des Tags der Zahngesundheit können – mit Blick auf die Kinder(mund)gesundheit –

beispielsweise sein: Schwangeren-Beratung, häusliche Mundhygiene, frühkindliche Karies, der erste Praxisbesuch, Fluoride, Ernährungsverhalten, Bedeutung von Milchgebiss und Zahnwechsel, aber auch kulturelle Besonderheiten und Public Health-Aspekte.

Aktionskreis
Tag der Zahngesundheit

Service der KZV

Nachfolger gesucht

Gesucht wird zum 1. Januar 2013 ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Ludwigslust**.

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym.

Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (Tel.: 0385-5 49 21 30 bzw. E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Führung von Börsen

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

- Vorbereitungsassistenten/Zahnärzte suchen Anstellung

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

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am 15. Juni (Annahmestopp von Anträgen: 25. Mai) und am 14. September (Annahmestopp von Anträgen: 24. August) statt.

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

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

Interessenten erfahren Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V erfahren (Tel. 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail: mitgliederwe-

sen@kzvmv.de).

Ende der Niederlassung

Dr. med. Renate Saß, niedergelassen seit dem 1. Februar 1991 in 17309 Pasesewalk, Prenzlauer Straße 13, beendete am 31. März ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Bernd Korluss, niedergelassen seit dem 1. Februar 1991 in 19205 Gadebusch, Jarmstorfer Straße 16, beendete am 31. März seine vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Dr. med. Dietmar Oesterreich, niedergelassen in 17153 Stavenhagen, Schultetusstraße 22, beschäftigt ab 1. Mai Dr. med. dent. Andrea Schlie als ganztags angestellte Zahnärztin.

Die Anstellung von Michael Heß in der Praxis Thomas Mündel in 19069 Seehof, Dorfstraße 9, endete am 30. April.

KZV

Fortbildung im Juni 2011

17./18. Juni

15 Punkte

Professionelle Zahnreinigung, Mundhygiene, Langzeitbetreuung, Erhaltungstherapie; Fortbildung für das Praxisteam

(Zahnarzt – Prophylaxepersonal)

Dr. Jutta Fanghänel, DH Jutta Daus

17. Juni 14 – 19 Uhr,

18. Juni 9 – 16.30 Uhr

Zentrum für ZMK

W.-Rathenau-Straße 42a

17489 Greifswald

Seminar Nr. 34

Seminargebühr: 350 €

18. Juni

Die professionelle Zahnreinigung

Dana Nowak

9 – 17 Uhr

Breite Straße 16, 18055 Rostock

Seminar Nr. 46

Seminargebühr: 370 €

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

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

Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

Punkte: 3

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.

Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Zahnarthelferinnen

Einrichtung einer Praxishomepage

Inhalt: Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten

Wann: 1. Juni sowie 7. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2007

Inhalt: Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen

Wann: 14. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Gemeinsames Seminar der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer und der KZV M-V

„Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Abgabeplanung, Praxisbewertung, Übergangskooperationen, Steuerstrategie

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt; IWP Institut für Wirtschaft und Praxis Bicanski GmbH, Münster

Inhalt: Wie verkauft man eine Praxis?; Praxisübergabe in der Berufsausübungsgemeinschaft; Wahl des optimalen Abgabezeitpunkts; Übergangsgemeinschaften; Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung; Der materielle und ideelle Praxiswert; Kaufvertrag – was ist zu berücksichtigen?; die Praxisabgabe unter nahen Angehörigen – entgeltlich oder unentgeltlich?; Schweigepflicht und Patientenkartei

- Wegfall der Altersgrenze
- Neue Gestaltungen
- Was geschieht mit den Helferinnen?
- Checklisten
- Aktuelle Rechtsprechung

Gebühr: keine

Punkte: 4

Wann: 15. Juni, 15 – 19 Uhr, Ärztekammer Rostock

Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

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

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

Wann: 5. Oktober, 15 – 19 Uhr, Schwerin

Punkte: 4

Gebühren: 150 Euro für Zahnärzte, 75 Euro für Vorbereitungsassistenten und Zahnarthelferinnen

KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Ansprechpartnerin: Antje Peters
 E-Mail: mitgliederwesens@kzvmv.de
 Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498



Ich melde mich an zum Seminar:

- Einrichtung einer Praxishomepage am 1. Juni, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Die erfolgreiche Praxisabgabe am 15. Juni, 15 bis 19 Uhr, Rostock
- Einrichtung einer Praxishomepage am 7. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2007 am 14. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung am 5. Oktober 2011, 15 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Tipps für einen gesunden Start ins Leben

Staatssekretär Nikolaus Voss stellt neue Broschüre für werdende Eltern vor

„Gesunder Start ins Leben“ lautet der Titel einer neuen Broschüre, die Staatssekretär Nikolaus Voss am 11. März in Rostock vorgestellt hat.

Die Broschüre richtet sich an werdende Eltern und gibt zehn Tipps für eine gesunde Schwangerschaft. „Der größte Wunsch aller Eltern ist es, ein gesundes Baby zur Welt zu bringen. Diese Broschüre will mit einfachen und verständlichen Erklärungen

die werdenden Mütter und Väter durch die Zeit der Schwangerschaft begleiten“, sagte Voss.

In dem kleinen Heft geht es um Themen wie Stressvermeidung, Ernährung, Nicht- rauchen, Alkoholverzicht oder Schutz vor Infektionen, aber auch die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. (Unter anderem wird auch auf den Zahn- ärztlichen Kinderpass verwiesen.)

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit hat die Empfehlungen gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte, dem Landeshebammenverband, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie von Vertretern der Schwangerschaftsberatungsstellen, der Geburtskliniken und Krankenkassen zusammengestellt. **Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern**



Schwangerschaft und Parodontitis:

Ausreichende Menge an Vitamin D offenbar hilfreich

Wie eine im Journal of Periodontology (2/2011) veröffentlichte Studie der Universität North Carolina (Abteilung Geburtshilfe und Gynäkologie sowie Abteilung für Parodontologie) zeigt, erweist sich die Substitution von Vitamin D in der Schwangerschaft offenbar als hilfreich zur Verminderung des Parodontitis-Risikos der werdenden Mütter. 235 Schwangere wurden untersucht, darunter 117 mit moderater oder deutlicher Parodontitis. Es zeigte sich, dass Schwangere mit Parodontalerkrankungen über eine nicht ausreichende Menge an Vitamin D verfügen und die Substitution die Mundgesundheit deutlich verbessern konnte.

PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Präsidentin der DGGZ (Deutsche Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund-

und Kieferheilkunde): „Bekannterweise zeigen 40 Prozent der Schwangeren Symptome einer Parodontalerkrankung, und auch ein Zusammenhang solcher parodontalen Symptome mit Frühgeburtlichkeit ist bestätigt. Bisher konnte jedoch nicht zweifelsfrei gezeigt werden, dass eine frühzeitige Diagnose und konsequente Therapie in der Schwangerschaft auch das Frühgeburtsrisiko senken. Diese Studie bringt uns einen deutlichen Schritt weiter: Ungefähr 40 Prozent der Schwangeren entwickeln einen Vitamin D-Mangel, der wiederum eine Parodontitis begünstigt.“

Vor diesem Hintergrund untersuchte das amerikanische interdisziplinäre Wissenschaftlerteam einen möglichen Zusammenhang zwischen Parodontalstatus und

Vitamin D-Status in der Schwangerschaft. Das Ergebnis: Mütter mit niedrigem Vitamin D-Spiegel hatten auch dann noch ein zweifach erhöhtes Risiko für eine Parodontalerkrankung, wenn alle anderen Risikofaktoren (Nikotin u. a.) berücksichtigt wurden. Überraschend für die Forscher war außerdem, dass im Winter mehr Parodontalerkrankungen gefunden wurden, als in der übrigen Jahreszeit. Dr. Gleissner: „Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen einmal mehr, wie wichtig eine ausgewogene Ernährung in der Schwangerschaft für die Parodontalgesundheit und für die Gesundheit des Ungeborenen ist. Möglicherweise kann die Mundgesundheit der werdenden Mütter durch eine ergänzende Vitamin D-Substitution noch erhöht werden.“ **(DGGZ)**

Nachsorgestrategien für Zahnersatz

Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien

Einleitung und Definition

Als Nachsorge bezeichnet man in der Medizin die planmäßige Nachuntersuchung von Patienten nach einer abgeschlossenen oder vorläufig abgeschlossenen Behandlung. Die Ziele dieser Nachsorge bestehen darin, das Wiederauftreten der Erkrankung oder typische Komplikationen einer Krankheit oder ihrer Therapie frühzeitig zu erkennen und so effektiver behandeln zu können, den Patienten im Umgang mit der Erkrankung auch im Alltag zu unterstützen und gegebenenfalls eine Dauerbehandlung an die Bedürfnisse des Patienten und den Krankheitsverlauf anzupassen [37]. Für die Zahnmedizin bedeutet dies, dass Schäden infolge der Einwirkung von Zahnersatz vermieden werden sollten. Außerdem müssen die Patienten gemäß ihren eigenen Fähigkeiten wie manuelle Geschicklichkeit und Sehvermögen bezüglich der Handhabung und Pflege ihrer Zähne sowie des Zahnersatzes motiviert und instruiert werden. Die Versorgung mit festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz ist somit als eine Dauerbehandlung im eigentlichen Sinne zu verstehen.

In zahlreichen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass das Restgebiss bei fehlender Nachsorge zunehmend und beschleunigt verfällt. Es konnte auch belegt werden, dass Nachsorgeprogramme strukturiert durchgeführt werden sollten, da jene Patienten, die regelmäßig an den Nachsorgeuntersuchungen teilnahmen, die signifikant besseren Befunde insbesondere hinsichtlich der parodontalen Parameter der noch vorhandenen Zähne aufwiesen [3,6,16,22,29,32]. In Bezug auf den herausnehmbaren Zahnersatz ist dabei zu beachten, dass der Nachsorgeaufwand bei Prothesen erheblich höher ist als bei festsitzenden Versorgungen und aufgrund vermehrter biologischer Schäden sowie technischer Probleme mehr Folgebehandlungen durchgeführt werden müssen [38].

Nachsorgeprogramme werden mittlerweile auch als Gütekriterium bei der Beurteilung aktueller Metaanalysen herangezogen [8]. Ein besonderes Problem bildet hierbei die Compliance der Patienten, da die Nachsorgebereitschaft mit der Zeit

stark nachlässt, vor allem dann, wenn keine engmaschigen Nachsorgetermine vereinbart werden [16].

Nebenwirkungen von Zahnersatz

Warum ist die Nachsorge für herausnehmbaren Zahnersatz so wichtig? Eine wichtige Rolle spielen hier die Nebenwirkungen, die mit der Eingliederung von festsitzendem und abnehmbarem Zahnersatz unvermeidbar sind. Festsitzender Zahnersatz hat durch die Lage der Präparationsgrenze und die Gestaltung des Kronenrandes unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit des Parodontiums [14,33]. Präparationsbedingte Schäden können eine Traumatisierung der Zahnpulpa provozieren [7].

Bei abnehmbarem Zahnersatz fallen insbesondere die Nebenwirkungen der klammerverankerten Prothesen durch verstärkte Plaqueanlagerungen an den Zähnen und Prothesen, Kariesprogredienz (insbesondere Wurzelkaries), zunehmende parodontale Erkrankungen und das verstärkte Auftreten von Prothesenstomatopathien auf [21]. Auffällig ist diesbezüglich vor allem bei älteren Menschen die Diskrepanz zwischen einem häufig mangelhaften objektiven Befund und dem subjektiven Befinden des Patienten [31]. Ältere Menschen weisen ein so genanntes altersspezifisches „Underreporting“ auf, d. h., dass sie dazu tendieren, Veränderungen als altersabhängig und damit nicht therapierbar zu interpretieren. Deshalb fordern sie vielfach eine angemessene Diagnostik gar nicht ein [28]. „Nebenwirkungen“ lassen sich auch bei kombiniertem und totalem Zahnersatz beobachten, insbesondere dann, wenn die zahntechnischen Anforderungen an die parodontalhygienische Gestaltung kombiniert festsitzend-herausnehmbarer Prothesen von zahntechnischer Seite nicht ohne Kompromisse umgesetzt werden konnten [15,17,23].

Risikofaktoren

Risikofaktoren für eine adäquate Nachsorge von Zahnersatz lassen sich durch die Analyse klinischer Langzeitstudien ermitteln. Entscheidend hierbei ist die zeitbezogene Betrachtung zur Bewährung von Prothesen mittels Kaplan-Meyer-Überlebenskurven oder Sterbetafelanalysen. Während

für Kronen und Brücken umfassende und valide Daten vorliegen, besteht bei herausnehmbarem Zahnersatz weiterer Forschungsbedarf [19]. Risikofaktoren für festsitzenden Zahnersatz ergeben sich aus dem Befund, der Pfeilerverteilung und -qualität, der Indikationsstellung, der Planung und Umsetzung, dem Werkstoff, dem Alter des Patienten sowie dem Nachsorgezyklus [19].

Ein wesentlicher Risikofaktor für Prothesen ist die Klammerverankerung, da Patienten mit klammerverankerten Teilprothesen häufiger an Karies, Parodontopathien und Mundschleimhauterkrankungen leiden [6,18,20]. Die Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten lagen nach 5 bis 10 Jahren zwischen 39 und 87 Prozent [20,35,39].

Signifikant mehr Misserfolge wurden bei Modellgussprothesen im Unterkiefer und bei Freidendkonstruktionen beobachtet [34]. Hervorzuheben ist die klinische Langzeitstudie einer skandinavischen Autorengruppe, die festgestellt hat, dass bei korrekter Planung der Modellgussprothese, parodontaler Vorbehandlung, guter Mund- und Prothesenhygiene von Patientenseite und insbesondere zahnärztlicher Nachsorge sich auch klammerverankerte Teilprothesen über mehrere Jahrzehnte bewähren können [3]. Die Langzeitergebnisse bei Teleskopprothesen erscheinen mit Überlebensraten aller Pfeilerröhren zwischen 72 und 90 Prozent günstiger [23,24,30], wobei die Überlebensraten von Totalprothesen nach 5 Jahren zwischen 50 und 92 Prozent breit schwankten [2,20]. Für herausnehmbaren Zahnersatz kann konstatiert werden, dass dieser im Vergleich zu festsitzendem Zahnersatz nur etwa die Hälfte der Funktionsperiode überdauert [19] und daher bezüglich der Nachsorgeanstrengungen besonderer Beachtung bedarf.

Ein weiterer Risikofaktor stellt das Alter der Patienten dar. Bedenkt man, dass das durchschnittliche Alter der Patienten, die herausnehmbaren Zahnersatz tragen, höher ist, dann ergibt sich das Problem, dass mit zunehmendem Alter der Abstand zwischen den Kontrolluntersuchungen allenfalls noch 12 Monate beträgt. Dieses Verhalten wird wesentlich gefördert durch das vom Gesetzgeber

etablierte Bonussystem für Zahnersatzleistungen und die damit in Zusammenhang stehende einmal jährliche Befreiung von der Praxisgebühr bei einer Vorsorgeuntersuchung [12]. Es ist auch offensichtlich, dass bei den Betroffenen ein Informationsdefizit besteht, da sie oft nicht wissen, dass engmaschig terminierte Nachsorgeuntersuchungen zur Gesunderhaltung des Kauorgans beitragen.

Weitere Einflussfaktoren sind psychopathologischer Art. So trägt ein positives Selbstbild zur Verbesserung der Compliance bei, während Depression, Angst, Rauchen und negative Aggressionen zu den negativen Einflussfaktoren gehören. Eine positive Einstellung zur Mundhygiene wirkt sich ebenso förderlich aus wie ein hoher sozioökonomischer Status, eine gute Zahnarzt-Patient-Beziehung und eine große Patientenzufriedenheit. Ein Behandlerwechsel stellt einen negativen Einflussfaktor dar [10,27]. Bei älteren Patienten sind die häufig vorhandenen Einschränkungen der manuellen Fähigkeiten und des Sehvermögens nicht nur bei der Planung des herausnehmbaren Zahnersatzes, sondern auch bei der Erstellung eines Nachsorgekonzeptes zu berücksichtigen. Oft müssen daher Angehörige oder gegebenenfalls Pflegepersonal mit eingebunden werden [26].

Nachsorge in der zahnärztlichen Praxis

Spätestens am Tag der Eingliederung von Zahnersatz ist der Patient darauf

hinzuweisen, dass eine regelmäßige Nachsorge für die Gesunderhaltung des gesamten Kausystems und die Funktionstüchtigkeit der Prothesen dringend erforderlich ist. Der Patient sollte motiviert und instruiert werden, an den regelmäßigen Nachuntersuchungen teilzunehmen, was bedingt, dass der behandelnde Zahnarzt auch über ein funktionierendes Recall-System verfügt.

Prinzipiell sollte von jeder zahnärztlichen Praxis ein Nachsorgekonzept für alle Patienten angeboten werden, das an deren individuelle Gebissituation, Bedürfnisse und Fähigkeiten angepasst ist. Nach einer anamnestischen Befragung der Patienten im Hinblick auf zahnersatzbedingte Beschwerden, die Funktionstüchtigkeit des Zahnersatzes, die Tragegewohnheiten und das Hygieneverhalten sollten die folgenden Untersuchungen routinemäßig vorgenommen und schriftlich dokumentiert werden. Die Übersichten zu der im Rahmen der Nachsorge durchgeführten Basisdiagnostik und der Untersuchung des Zahnersatzes sind den Tabellen 1-2 zu entnehmen. Die sich daraus ergebenden Therapie- und/oder Nachsorgemaßnahmen werden dementsprechend durchgeführt.

Es ist ratsam, alle Informationen zu Handhabung, Nachsorgeterminen sowie Hygienemaßnahmen schriftlich zu formulieren und dem Patienten mitzugeben, damit sowohl dieser als auch die Angehörigen sie jederzeit

nachlesen können. Bei älteren Menschen empfiehlt es sich, bezüglich der Speichelmenge nachzufragen, da sie aufgrund der altersbedingten Rückbildung der Speicheldrüsen, von Allgemeinerkrankungen oder Medikamentennebenwirkungen und der Tatsache, dass sie zu wenig trinken, häufig an Mundtrockenheit leiden [1].

Entscheidend für eine erfolgreiche und nachhaltige Nachsorge ist, dass die diagnostizierten Befunde adäquat therapiert werden sollten.

Remotivation und Reinstruktion

In zahlreichen Untersuchungen wurde festgestellt, dass zum dauerhaften Erhalt der Mundgesundheit die ständige Wiederholung der Motivation des Patienten und der Instruktion bezüglich Mundhygienemaßnahmen und Handhabung insbesondere des herausnehmbaren Zahnersatzes von entscheidender Bedeutung ist [16,22,38].

Hierbei sollte auf eine adäquate und zurückhaltende Ansprache des Patienten geachtet werden, damit dieser zwar über die Ursachen der Erkrankungen in seiner Mundhöhle objektiv aufgeklärt wird, sich aber nicht bevormundet fühlt. Über die Vorteile einer guten und vor allem regelmäßigen Nachsorge muss der Patient eingehend informiert werden. Dabei hat die Aufklärung durch den Zahnarzt mehr Gewicht als die durch eine zahnmedizinische Fachangestellte. Es empfiehlt sich, das beim Patienten vorhandene Wissen in Erfahrung zu bringen. Stärkere Defizite sollten durch angemessene Zielvereinbarungen – gegebenenfalls mit schrittweiser Steigerung – ausgeglichen werden. So war der Therapieerfolg bei jenen Behandlern größer, die sich nach den bisherigen Zahnpflegetechniken des Patienten erkundigten, die zu verwendenden Techniken anschaulich demonstrierten und einüben ließen und sich den Patienten in stärkerem Maße zuwandten [36].

Mund- und Prothesenhygiene

Der Patient sollte immer wieder darüber informiert werden, dass für die Gesunderhaltung der oralen Strukturen in der Mundhöhle, also der Zähne und insbesondere des prothesenbedeckten Anteils der Mundschleimhaut, eine sorgfältige und regelmäßige Durchführung von Hygienemaßnahmen erforderlich ist. Zum Reinigen der Zähne und des festsitzenden Zahner-

Maßnahme	Methode	Befunde
Anamnese	Interview Anamnesebogen	Erkrankungen Medikamenteneinnahme Manuelle Geschicklichkeit Selbst beobachtete Auffälligkeiten
Funktionsbefund	CMD-Kurzcheck	Mobilität des Unterkiefers Druckdolenzen Kieferrelationsveränderungen Okklusionsstörungen
Mundbefund	Zahnstatus PSI [11] Inspektion der Mundschleimhaut	Plaque Karies Parodontale Erkrankungen Farb-/Formveränderungen der Mundschleimhaut Stomatopathien Mundtrockenheit (Xerostomie)

Tabelle 1: Basisdiagnostik für die Nachsorgeuntersuchung

Zahnersatzart	Struktur/Bereich	Befunde
Festsitzender Zahnersatz	Pfeilerzahn	Karies Vitalitätsverlust Lockerung Parodontale Erkrankungen
	Krone/Brückenanker, Primäranker	Sondierbare Randundichtigkeiten Lockerung des Ankers Verfärbungen Abplatzungen Okklusale Veränderungen
	Brückenzwischenglieder, Stege	Schleimhautreaktionen Plaqueeinlagerungen Abplatzungen Okklusale Veränderungen
Partielle Prothesen	Pfeilerzähne	Karies Vitalitätsverlust Lockerung Parodontale Schäden
	Klammern/Attachments	Frikationsverlust Frakturen
	Prothesensättel	Prothesenstomatitis [4, 13] Mangelnder Belastungsausgleich Einlagerung von Prothesensätteln Abrieb/Verlust von Prothesenzähnen Verfärbungen Spaltbildungen bei Materialübergängen Rissbildungen Plaqueeinlagerungen
Totale Prothesen	Okklusion	Veränderung der Kieferrelation Abrieb/Verlust von Prothesenzähnen
	Prothesenbasis	Prothesenstomatitis [4, 13] Verlust der Kongruenz Mangelnder Prothesenhalt aufgrund Xerostomie [25] Einlagerung des Funktionsrandes Verfärbungen Materialveränderungen Rissbildungen Plaqueeinlagerungen

Tabelle 2: Untersuchung des Zahnersatzes

satzes eignen sich neben der Handzahnbürste besonders elektrische Zahnbürsten [9]. Zahnzwischenräume und insbesondere die Unterseiten der Brückenzwischenglieder sollten mit Zahnseide (z.B. Superfloss) und Interdentälbürste gereinigt werden.

Die Prothesen sollten möglichst nach jeder Mahlzeit unter fließendem Wasser abgespült und einmal täglich mit einer Handwaschbürste oder noch besser mit einer speziellen Prothesen-

reinigungsbürste sorgfältig gesäubert werden. Als effiziente Reinigungsmittel bieten sich Neutralseifen oder auch Spülmittel an. Die Reinigung sollte möglichst über einem gut beleuchteten Waschbecken erfolgen, das mit Wasser gefüllt oder mit einem Tuch ausgelegt ist. Fehlsichtige Patienten müssen dabei ihre Brille aufsetzen. Besonders sorgfältig sind die Beläge im Bereich der Verankerungselemente, in den Innenflächen der Außenkronen von Doppelkronen

und von der Unterseite der Prothesen zu entfernen, um plaquebedingte Entzündungen des Prothesenlagers zu vermeiden. Einmal täglich sollte auch die prothesenbedeckte Mundschleimhaut mit einer weichen Zahnbürste gereinigt und massiert werden.

Darüber hinaus ist es ratsam, den Zungenrücken mindestens einmal wöchentlich mit einer speziellen Zungenbürste zu reinigen. Zur Grundreinigung sollten die Prothesen zweimal in der Woche für etwa 15 Minuten in ein Tablettenreinigungsbad, eine gebrauchsfertige Chlorhexidinlösung oder ein Ultraschallbad mit 3-prozentiger Wasserstoffperoxidlösung eingelegt werden. Außerdem ist darauf zu achten, dass der Patient seine Mundhygieneutensilien zum Nachsorgetermin mitbringt, denn dann können diese einerseits überprüft werden, und andererseits ist es möglich, ihre richtige Anwendung mit dem Patienten zu besprechen.

Nachsorgeintervalle

Prinzipiell hängt das Nachsorgeintervall vor allem von patientenspezifischen Gegebenheiten wie der Compliance, der gesamten Gebiss-situation, dem Zahnersatztyp, dem Alter des Patienten sowie seiner manuellen Geschicklichkeit und seinem Sehvermögen ab [5]. Nachgewiesen ist, dass sich die Befunde von prothetisch versorgten Patienten bei einer regelmäßigen Teilnahme an einem Nachsorgesystem signifikant verbesserten [16,22].

Patienten mit festsitzendem Zahnersatz sollten wie Patienten mit eigenen Zähnen ein bis zweimal im Jahr zur zahnärztlichen Nachsorge gehen. Für Patienten mit partiellen Prothesen wird idealerweise ein 3-monatiges Nachsorgeintervall empfohlen [16]. Zu beachten ist, dass die Teilnehmerquote bei einem 6-monatigen Nachsorgeintervall bereits zwischen 29 und 72 Prozent schwankte [22,23,35,38].

Fazit

Für die dauerhafte Erhaltung der Mundgesundheit von mit Zahnersatz versorgten Patienten ist ein Nachsorgesystem unabdingbar, das eine risikoadaptierte und regelmäßige Teilnahme der Patienten gewährleistet.

Literatur unter http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgmkdokument/20110224_DGPRO_Nachsorge_Zahnersatz.pdf

Diabetes mellitus und Parodontitis

Die Häufigkeit des Diabetes nimmt in Deutschland, in Europa und weltweit zu

Die Häufigkeit des Diabetes nimmt in Deutschland, in Europa und weltweit drastisch zu, wobei besonders von einem Anstieg des Diabetes mellitus Typ 2 auszugehen ist. Während nach dem Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2010 diabetes DE in Deutschland 1998 eine Diabetesprävalenz von 5,8 Prozent vorlag, ist 2007 von einer Diabetesprävalenz von 8,9 Prozent auszugehen.

Diabetes mellitus Typ 2

Die Prädisposition zum Diabetes mellitus Typ 2 wird vererbt, die Erkrankung aber wird durch ungünstige Umweltfaktoren, wie Fehlernährung, Überernährung und Bewegungsmangel ausgelöst.

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine Erkrankung des Metabolischen Syndroms, ist also pathogenetisch eng assoziiert mit Fettstoffwechselstörungen, der Hypertonie, der androgenen Adipositas und der Fettleber. Infolgedessen führt die Erkrankung in letzter Konsequenz zur Arteriosklerose am Herzen, an den Hirngefäßen und an den Beinengefäßen.

Pathogenetisch im Mittelpunkt stehen einerseits die Störung der Insulinsekretion, d. h. das Fehlen der ersten Phase der Insulinsekretion nach der Kohlenhydrataufnahme und später, durch die chronische Überlastung der Betazellen, der absolute Insulinmangel und zum anderen die Insulinresistenz der Zielorgane Skelettmuskulatur, Leber und Fettgewebe. Daraus ergeben sich die therapeutischen Konsequenzen.

Therapeutische Konsequenzen

An erster Stelle sollten immer die Empfehlungen zur Umstellung der Ernährungsgewohnheiten, Gewichtsabnahme und zur Erhöhung der körperlichen Aktivität stehen, da bereits mit diesen Maßnahmen eine effektive Behandlung der adipösen Typ 2-Diabetiker möglich ist.

Wenn, wie es leider bei vielen adipösen Typ 2-Diabetikern der Fall ist, keine effektive Umstellung der Lebensgewohnheiten gewünscht oder erreicht wird, müssen Medikamente, in erster Linie orale Antidiabetika, in den späteren Jahren des Diabetes Insulin, zum Einsatz kommen.

Das empfohlene therapeutische Vorgehen ist sowohl im Stufenplan der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 der Deutschen Diabetesgesellschaft als auch in der Praxisleitlinie Diabetes mellitus Typ 2 der Fachkommission Diabetes Sachsen zusammengestellt.

In der Behandlung der Diabetiker ist es wichtig, dass Zielwerte definiert und im Praxisalltag umgesetzt werden, da eine optimale oder zumindest gute Einstellung des Diabetes die Häufigkeit und Schwere der Spätkomplikationen vermindern und deren Auftreten verzögern kann.

In Tabelle 1 sind die Therapieziele des Nüchternblutzuckers, des Blutzuckers 1-2 Stunden nach den Hauptmahlzeiten und der anzustrebenden HbA1c-Werte zusammengestellt.

Bei der Behandlung der Diabetiker ist auch zu beachten, dass postprandiale Blutzuckerspitzen und vor allem schwere symptomatische Hypoglykämien besonders bei älteren Patienten vermieden werden müssen.

Bei geriatrischen Patienten sollten die angestrebten Blutzuckerwerte etwas höher liegen. Hier sind HbA1c-Werte im Bereich von 7 bis 7,5 Prozent anzustreben, da bei diesen Patienten die Verhinderung von schweren symptomatischen Hypogly-

Parameter	Zielwert
Nüchternblutzucker (mmol/l)	4,4 - 6,1
Postprandialer Blutzucker (mmol/l)	4,4 - 8,7
HbA1c (Prozent)	6,5 - 7,0

Tabelle 1: Zielwerte für Nüchternblutzucker, postprandialen Blutzucker und HbA1c bei Diabetes mellitus Typ 2

Makroangiopathie - an den Koronargefäßen - an den Hirngefäßen - an den unteren Extremitäten	Mikroangiopathie - an den Augen - an der Niere - an den unteren Extremitäten (bes. Füße)
Polyneuropathie - sensomotorisch - viszeral	Parodontitis - entzündlich bedingte Erkrankung des Zahnhalteapparates

Tabelle 2: Übersicht über die diabetischen Spätkomplikationen

kämien besonders wichtig ist. Generell gilt, je niedriger die Blutzucker- und HbA1c-Werte liegen, desto höher ist die Gefahr von Hypoglykämien (DCCT-Studie).

Spätkomplikationen

Das Schicksal der Diabetiker wird heute durch die Spätkomplikationen bedroht. Wir kennen die makroangiopathischen Spätkomplikationen an den Koronargefäßen, an der Hirnstrombahn und an den arteriellen Beinengefäßen. Die Mikroangiopathie des Diabetikers manifestiert sich an den Augen in Form der Retinopathie, an den Nieren und an den kleinen Gefäßen der Beine. So sind die meisten heute neu dialysepflichtig werdenden Patienten Typ 2-Diabetiker, was natürlich mit einer Einschränkung der Lebensqualität für diese Patienten einhergeht und erhebliche Kosten für die Gesellschaft verursacht. Eine andere wichtige Komplikation, die ebenfalls zu einer Einschränkung der Lebensqualität führt, ist der diabetische Fuß, der mit langwierigen und damit kostenintensiven Behandlungen verbunden ist. Eine quälende und z. T. auch für die betroffenen Diabetiker bedrohliche Spätkomplikation ist die Polyneuropathie, einerseits die sensomotorische Polyneuropathie besonders an den Beinen, andererseits die autonome viscerale Polyneuropathie, die am Herzen die Prognose des Betroffenen bestimmen kann (Tabelle 2). In der Pathogenese der diabetischen Spätkomplikationen ist wichtig, dass die makroangiopathischen Spätkomplikationen nicht diabetespezifisch sind, d. h. sich nicht von den Veränderungen bei Nichtdiabetikern unterscheiden, sich jedoch bei Diabetikern früher, ausgeprägter und mehr distal manifestieren. Die mikroangiopathischen Spätkomplikationen sind



Abb. 1: Schwere chronische Parodontitis bei Typ 2 Diabetes



Abb. 2: Radiografisch sichtbare Zerstörung des alveolären Knochens bei chronischer Parodontitis

dagegen diabetesspezifisch, sie sind Folge der Hyperglykämie. Die neuropathischen Spätkomplikationen sind zum Teil diabetesspezifisch. Bei der peripheren sensomotorischen Polyneuropathie spielt der Alkoholgenuss eine bedeutende Rolle.

Diabetes und Parodontitis

Eine weitere wichtige Komplikation

des Diabetes, die bisher im Alltag sowohl bei den Diabetologen als auch bei den betroffenen Diabetikern noch zu wenig Beachtung findet, ist die Parodontitis, eine durch den dentalen bakteriellen Biofilm bedingte entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats, die letztendlich zu dessen irreversibler Zerstörung führen kann

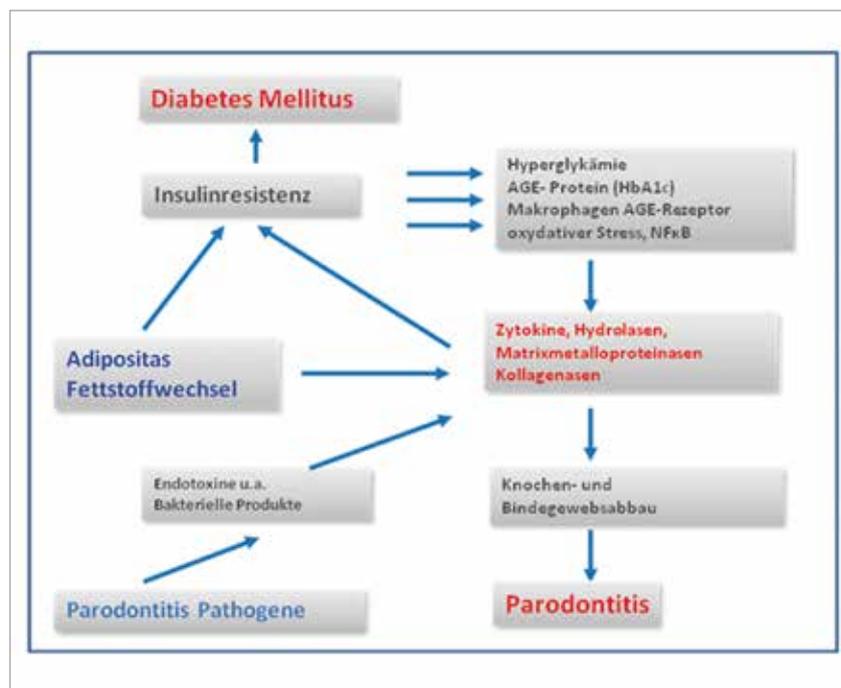


Abb. 3: Wechselwirkung Parodontitis – Diabetes. Mögliche pathogenetische Mechanismen

(Abb. 1 u. 2). Schlecht eingestellte Diabetiker neigen generell zu Infektionen. Das betrifft zum Beispiel Harnwegsinfektionen und Infektionen der oberen Luftwege. Auch bezüglich der Parodontitis konnte gezeigt werden, dass das Risiko für diese Erkrankung von der Diabetesdauer und der Stoffwechseleinstellung abhängt. Bei einem schlecht eingestellten Glukosestoffwechsel liegen eine erhöhte Parodontitisprävalenz und -schwere, ein erhöhtes Risiko für weitere parodontale Destruktionen sowie schlechtere Therapieergebnisse vor.

Bei insulinbehandelten Diabetikern ist das Risiko für eine Parodontitis dreimal höher im Vergleich zu stoffwechselgesunden Personen gleichen Alters. Bei Typ 1- u. Typ 2-Diabetikern wurde der Zusammenhang zwischen diabetischer Stoffwechsellage und Parodontalerkrankungen in Studien gesichert. Da bei Typ 1-Diabetikern meist eine längere Krankheitsdauer vorliegt, ist bei diesen Patienten von einer schwereren Ausprägung der Parodontitis auszugehen. Diabetiker mit bereits bestehenden mikroangiopathischen Veränderungen, z. B. einer Retinopathie, waren in Studien fünfmal häufiger an schweren Parodontopathien erkrankt als Kontrollpersonen. Bei schlechter glykämischer Einstellung kann auch die Reaktivität nach Parodontitistherapie reduziert sein. Schlechtere Langzeittherapieergebnisse bei unbefriedigend eingestellten Diabetikern im Vergleich mit gut eingestellten Diabetikern wurden berichtet. Der Verlauf und die Schwere der Parodontitis werden demnach durch die Hyperglykämie beeinflusst. Mit dem Alter des Patienten und der Dauer des Diabetes steigt das Risiko für eine Parodontitis, wobei beide Geschlechter gleich betroffen sind. In Studien ist eine lineare Beziehung zwischen der Höhe der HbA1c-Werte und der Ausprägung der Parodontitis nachgewiesen worden. Gut eingestellte Diabetiker zeigen somit kein erhöhtes Parodontitis-Risiko im Vergleich zu stoffwechselgesunden Kontrollen.

Die zugrunde liegenden Pathomechanismen (Abbildung 1) für das erhöhte Parodontitisrisiko bei Diabetikern sind ähnlich den der anderen bekannten Diabeteskomplikationen. Hauptsächlich scheint die veränderte Wirtsabwehr auf die Parodontopathogene eine Rolle zu spielen, die v.a. mit der vermehrten irreversiblen Bildung von Glykierungsendprodukten (Advanced Gly-

- regelmäßige Kontrollen der Stoffwechselfparameter Nüchternblutzucker, postprandialer Blutzucker 1-2 Stunden nach der Mahlzeit, HbA1c
- Kontrolle von Körpergewicht, Blutdruck, Blutfetten
- mindestens einmal jährliche Vorstellung beim Augenarzt
- 2-3x jährlicher Mikroalbumintest (Untersuchung auf Frühzeichen einer diabetischen Nierenschädigung)
- Kontrolle der Fußpulse, Stimmgabeltest
- kardiologische und angiologische Untersuchungen zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit und zerebraler Manifestationen einer Arteriosklerose
- **regelmäßige zahnärztliche Kontrollen einmal jährlich mit Überweisungsschein**

Tabelle 3: Empfehlungen für regelmäßige Kontrollen bei Diabetikern

cation End Products, AGE) aufgrund der anhaltenden Hyperglykämie in Zusammenhang steht. Durch Reaktionen der AGEs mit entsprechenden zellgebundenen Rezeptoren wird die ohnehin bei Parodontitis vorliegende systemische Entzündungsreaktion durch eine gesteigerte Freisetzung von Entzündungsmediatoren forciert. Diese Prozesse können durch den bei Diabetikern häufig gestörten Fettstoffwechsel weiter potenziert werden. Das Fettgewebe ist ein hochaktives metabolisches und endokrines Organ. Verstärkt aus dem Fettgewebe freigesetzte Entzündungsmediatoren und Adipokine beeinflussen nicht nur die Insulinresistenz, sondern auch Entzündungsprozesse. Insbesondere bei adipösen Diabetikern kann daher durch die chronische Entzündung ein verstärktes Parodontitisrisiko vorliegen. Daneben werden auch direkt gewebedestruktive Effekte durch AGEs hervorgerufen, sodass Abbau, Umbau und Erneuerung des parodontalen Bindegewebes bei Diabetes beeinträchtigt sind.

Außerdem kann das Vorliegen weiterer Parodontitisrisikofaktoren wie Rauchen oder ein genetischer Hintergrund bei Diabetikern zu einer kumulativen Risikoerhöhung führen.

Ein schlecht eingestellter Diabetes begünstigt das Auftreten einer Infektion, andererseits verschlechtert das Auftreten einer Infektion die diabetische Stoffwechsellaage. So kommt es bei Auftreten eines grippalen Infektes oder einer Bronchitis regelmäßig zu ausgeprägten Entgleisungen der diabetischen Stoffwechsellaage. Demnach beeinflusst eine vorliegende Parodontitis auch die metabolische Situation des betroffenen Patienten, was auf die Parodontitis-bedingten systemisch erhöhten Entzündungsmediatoren zurückzuführen ist, welche maßgeblich Insulinresistenz und Glukosetransport

in die Zelle beeinflussen (Abb. 3).

Das Risiko für die Manifestation eines Diabetes bei Bestehen einer Parodontitis ist zweimal höher im Vergleich zu Personen ohne Diabetes. In Longitudinalstudien konnte gezeigt werden, dass der Baseline-Parodontalstatus ein strenger Prädiktor für das Auftreten eines Typ 2 Diabetes ist (im 20 Jahres Follow-up) bzw. signifikant den HbA1c Verlauf bestimmt (5-Jahres Zeitraum).

Parodontitispatienten haben ein 2,2-fach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Diabeteskomplikationen. In einer Studie von Saremi et al. konnten lineare Zusammenhänge zwischen dem kardioresenalen Tod und der Schwere der parodontalen Erkrankungen bei Typ 2-Diabetikern nachgewiesen werden (altersadjustierter Tod pro 10 000 Personen/Jahre). Personen mit keiner oder einer nur mild ausgeprägten Parodontitis waren wesentlich geringer betroffen als Personen mit einer schweren Parodontitis. Letztendlich konnte der Einfluss der parodontalen Infektion auf die diabetische Stoffwechsellaage in Interventionsstudien nachgewiesen werden. Deren Ergebnisse belegen, dass eine antiinfektiöse Parodontistherapie die Stoffwechsellaage von Diabetikern positiv beeinflussen kann, zumindest für eine gewisse Zeit, was die Kausalität des Zusammenhanges zwischen Parodontitis und Diabetes untermauert.

Schlussfolgerungen für Behandlung

Aus der Wechselwirkung zwischen beiden Erkrankungen ergeben sich demnach wichtige Schlussfolgerungen bei der Behandlung der Diabetiker. Einerseits müssen die Diabetiker bei der Erstmanifestation der Erkrankung, im Rahmen der Schulung, bei Wiederholungsschulungen und bei der Behandlung bei ihrem Hausarzt oder Dia-

betologen über den Zusammenhang zwischen Diabetes und Parodontitis aufgeklärt werden. Es ist eine regelmäßige zahnärztliche Mitbetreuung der Diabetiker mit dem Ziel der Verminderung der Gefahr des Ausbruchs oder des Voranschreitens einer Parodontitis sowie der positiven Beeinflussung der Stoffwechsellaage durch eine adäquate Parodontistherapie notwendig. Die Fachkommission Diabetes Sachsen und das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums C. G. Carus Dresden empfehlen deshalb übereinstimmend, dass Diabetiker mindestens einmal im Jahr zahnärztlich bezüglich des Vorliegens einer Parodontitis zu untersuchen sind. Diese Untersuchung kann im Rahmen der einmal jährlich generell empfohlenen prophylaktischen Vorstellung beim Zahnarzt ohne großen Mehraufwand erfolgen und muss integraler Bestandteil der Betreuung der Diabetiker werden, wie es bisher schon die Überweisungen zum Augenarzt, der Mikroalbumintest und die Inspektion der Füße sind (Tabelle 3).

Ein Vorschlag in diesem Rahmen ist, dass der behandelnde Hausarzt oder Diabetologe den Diabetikern einmal im Jahr eine Art „Überweisungsschein“ zum Zahnarzt ausstellt, der den Patienten erinnert und motiviert, den Zahnarzt zum Ausschluss einer Parodontitis bzw. deren Behandlung aufzusuchen und um den behandelnden Zahnarzt über das Vorliegen des Diabetes und die aktuelle Stoffwechsellaage zu informieren.

Ein wichtiges Fazit ist, dass die Diabetologen zu wenig über den Zahnstatus ihrer Patienten sprechen, sowohl mit den Patienten, als auch im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen. Auch der besonderen Betreuungsnotwendigkeit von Diabetikern durch die Zahnärzte wird zu wenig Beachtung geschenkt. Eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Diabetologen und Zahnärzten ist unverzichtbar, um der scheinbar unaufhaltsam steigenden Inzidenz beider Erkrankungen in Zukunft entgegenzuwirken.

B. Noack¹, S. Fischer², S. R. Bornstein², D. Otto³, Th. Hoffmann, J. Schulze⁴ ¹Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum C. G. Carus Dresden, ²Medizinische Klinik u. Poliklinik III, Universitätsklinikum C. G. Carus, Dresden, ³Hausarztpraxis Görlitz; ⁴Landesärztekammer Sachsen

Mit freundlicher Genehmigung aus Zahnärzteblatt Sachsen

Kostenstrukturerhebung 2009

Gravierende Einkommensverluste der Zahnärzte bei langfristiger Betrachtung

Wie in jedem Jahr hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auch im Jahr 2010 eine Kostenstrukturerhebung durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse werden hier bewusst nicht grafisch dargestellt, denn sie suggerieren eine Entwicklung, die positiver aussieht, als sie es tatsächlich ist. Nach dem Rückgang des steuerlichen Einnahmen-Überschusses um 4,4 Prozent je Inhaber in Deutschland im Jahre 2005 und dem weiteren Rückgang des Einnahmen-Überschusses um 1,6 Prozent in 2006 stieg der Einnahmen-Überschuss in den Jahren 2007 und 2008 um jeweils rund 6 Prozent und im Jahr 2009 um 3,8 Prozent. Damit lag der Einnahmen-Überschuss in 2009 nominal um 10,2 Prozent über dem Wert des Jahres 2004. Real, also unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, ist das Einkommen 2009 gegenüber 2004 mit +0,8 Prozent nahezu unverändert geblieben.

Zurückzuführen ist die Entwicklung des Einnahmen-Überschusses in 2009

gegenüber 2008 auf einen Anstieg des Umsatzes (Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit) je Praxisinhaber um 3 Prozent und einer Zunahme der Betriebsausgaben um 2,7 Prozent.

Bereinigt man sowohl den Umsatz, als auch die Betriebsausgaben um den „durchlaufenden Posten“ der Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien, ergibt sich beim so bereinigten Umsatz in 2009 gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um 3 Prozent und bei den bereinigten Betriebsausgaben um 2,5 Prozent.

In den alten Bundesländern stieg der Einnahmen-Überschuss je Inhaber um 3,9 Prozent und in den neuen Bundesländern um 3,1 Prozent. Real, also unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, hat sich der durchschnittliche Einnahmen-Überschuss 2009 gegenüber 2008 in den alten Bundesländern um 3,4 Prozent und in den neuen Bundesländern um 2,7 Prozent erhöht.

Die Personalausgaben erhöhten sich

2009 in Deutschland um 4,6 Prozent je Praxisinhaber. Diese Steigerungsrate ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Zahl durchschnittlich je Praxis beschäftigter angestellter Zahnärzte und Zahnarzthelferinnen weiter zunahm.

Trotz der positiven Einkommensentwicklung in den letzten drei Jahren hat es in der langfristigen Betrachtungsweise gravierende reale Einkommensverluste der Zahnärzte gegeben.

Während der Einnahmen-Überschuss 2009 in den alten Bundesländern nominal um knapp 25 Prozent über dem Niveau des Jahres 1976 lag, stieg in diesem Zeitraum der Preisindex für die allgemeine Lebenshaltung um rund 119 Prozent. Daraus resultiert, dass der Realwert des Einnahmen-Überschusses 2009 (auf der Basis des Geldwertes 1976) nur noch 57 Prozent des Wertes von 1976 betrug, d. h., der Realwert des Einnahmen-Überschusses hat sich nach 33 Jahren in den alten Bundesländern fast halbiert. KZBV

Intensivfortbildung für die routinierte ZMP/ZMF

Angebot des Norddeutschen Fortbildungsinstituts

Was macht eigentlich eine ZMP oder ZMF, die schon länger in der Prophylaxe tätig ist, für Fortbildungen im Bereich Prophylaxe? Das NFI hat daher eine neue Intensivfortbildung für diese Zielgruppe entwickelt. Ziel ist es, mehr Sicherheit in der Risikoeinschätzung parodontal erkrankter Patienten zu gewinnen. Diese Fortbildungsmaßnahme endet mit einer Wissensüberprüfung. Die erste Woche findet für alle Teilnehmerinnen vollvershult am NFI statt. Ab der zweiten Woche behandeln die ZMP/ZMF in kleinen Gruppen an jeweils zwei Tagen parodontal erkrankte Patienten. Dieses ermöglicht den Teilnehmerinnen, an vier Tagen Patienten in der Hauspraxis unter Anwendung der erforderlichen Dokumentationen zu behandeln. In der dritten Woche werden die Dokumentationspatienten gruppenweise besprochen. Zusätzlich findet hier auch theoretischer Unterricht statt. Circa acht Wochen vor Kursstart wird den Teilnehmerinnen ein Stundenplan zur persönlichen Zeitplanung zugesandt.

Praktische Inhalte:

1. Erweiterte Befunderhebung und Indices:
 - Furkationsbefund und Ermittlung des Attachmentlevels
 - Digitale Darstellung der Messergebnisse und ihre Interpretation
 - Subgingivale Wurzeloberflächenbearbeitung, schwerpunktmäßig maschinell: Slimline-Ansatz; Luft-Pulver-Wasserstrahlgeräte (Dentsply/EMS)
 - Tipps zur Anwendung von Gracey-Küretten
2. Patientenpraktika
 - Gruppeneinteilung à sechs Teilnehmerinnen
 - Zwei Tage ist die jeweilige Gruppe am NFI und behandelt vier Patienten: zwei Patienten stellt das NFI und zwei Patienten bringt die Teilnehmerin aus der Hauspraxis mit an das NFI!
 - Nachmittags finden detaillierte Fallbesprechungen für jede Teilnehmerin statt

Theoretische Inhalte:

- Kombination Parodontologie/Pharmakologie
- Früherkennung von Mundschleimhautveränderungen
- Wechselwirkung PAR/Allgemeinerkrankungen
- Wurzelkaries/Dentinsensibilitäten/vorbeugende Maßnahmen
- Naturwissenschaftliche Grundlagen
- Psychologie

Kursdaten/Kosten:

- Dauer 3 Wochen (ca. 80 Stunden)
 - Termin 22. August bis 9. September
 - Wissensüberprüfung/Zertifikat
 - 1900 Euro
 - Förderfähig durch die Weiterbildung Hamburg
 - Förderfähig durch den Bildungsbonus
- Nähere Informationen unter <http://www.zahnaerzte-hh.de/zahnarztteam/praxisteam/intensivfortbildung-zmpzmf.html> oder unter der Telefonnummer 040-733 405 36 (Frau Schmalmack)

Verordnetes Chaos auf dem Rezept

N-Bezeichnungen fallen in den nächsten zwei Jahren weg

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG), das zum 1. Januar in Kraft getreten ist, hat zu Unklarheiten bei der Verwaltungspraxis der Vertragszahnärzte geführt. Diese stehen im Zusammenhang mit verschiedenen Änderungen der Packungsgrößenverordnung, die aufgrund § 31 Abs. 4 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wird. Der Gesetzgeber beabsichtigt, ab dem 1. Juli 2013 die Packungsgrößenkennzeichen N1, N2, N3 auf die Therapiedauer umzustellen.

Derzeit orientieren sich die Packungsgrößenkennzeichen, mit denen die pharmazeutischen Unternehmen die von ihnen in Verkehr gebrachten Fertigarzneimittel zu kennzeichnen ha-

ben, an Messzahlen, die als Anlage zu der Packungsgrößenverordnung veröffentlicht werden.

Für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis zum 30. Juni 2013 hat der Gesetzgeber eine Übergangsregelung erlassen. Hiernach gelten folgende Packungsgrößenkennzeichnungen:

N1
kleine Packungsgröße sind Packungen mit einem Inhalt mit den als N1 bezeichneten Messzahlen; dies gilt auch für Packungen, deren Anzahl von den als N1 bezeichneten Messzahlen um nicht mehr als 20 Prozent abweicht,

N2
Packungen mit einem Inhalt mit den als N2 bezeichneten Messzahlen als mittlere Packungsgröße (N2); dies gilt

auch für Packungen, deren Anzahl von den als N2 bezeichneten Messzahlen um nicht mehr als 10 Prozent abweicht,

N3
Packungen mit einem Inhalt von den mit den als N3 bezeichneten Messzahlen als große Packungsgröße (N3); dies gilt auch für Packungen, deren Anzahl von den als N3 bezeichneten Messzahlen um nicht mehr als 5 Prozent niedriger ist.

Im Unterschied zu der bisherigen Regelung gelten jetzt also Spannbreiten für Abweichungen, die dazu führen, dass beispielsweise ein mit N1 gekennzeichnetes Präparat eine um 20 Prozent höhere (oder niedrigere) Stückzahl als bisher enthalten kann. Alle Packungen, die außerhalb dieser Korridore liegen, werden keine N-Kennzeichnung tragen. Es kann also überdies vorkommen, dass ein bisher mit einer N-Kennzeichnung versehenes Präparat keine N-Kennzeichnung mehr aufweist.

Die neue Kennzeichnung muss spätestens zum Ablauf von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Verordnung von den Pharmaunternehmen durchgeführt werden.

Um den damit verbundenen Unsicherheiten bei der Verordnung einer bestimmten Packungsgröße zu begegnen, empfehlen wir auf der Verordnung die Kennzeichnung (N1, N2, N3) und die verordnete Stückzahl bzw. die Menge in g oder ml anzugeben.

Aktuell ist der Gesetzgeber mit einer weiteren Änderung der Packungsgrößenverordnung in Erscheinung getreten und hat die zum 1. Januar geltende Regelung erneut novelliert.

Für die Versorgung von Zahnarztpraxen hat der Gesetzgeber in der Fünften Verordnung zur Änderung der Packungsgrößenverordnung vom 9. März, die am 10. März in Kraft getreten ist, es ermöglicht, dass die KZVs mit den Krankenkassen in den Vereinbarungen nach dem SGB V vorsehen, dass für die Verordnung im Rahmen dieser Vereinbarungen die Packungsgrößenkennzeichen der Anlagen diese Verordnungen nicht angewendet werden. Dies gilt insbesondere für die Verordnung von Sprechstundenbedarf.

KZV

Anzeigen

Einsatz eines Lasers in der Zahnmedizin

Welche Abrechnungsmöglichkeiten nach der GOZ gibt es?

Entscheidend für die Berechnung eines Lasers in der zahnärztlichen Behandlung ist die Frage, ob der Lasereinsatz eine selbstständige Leistung darstellt oder lediglich Bestandteil einer bereits vorhandenen Leistung ist.

Sofern mittels Laser eine eigene, selbstständige Leistung erbracht wird, kann die Berechnung analog § 6 Abs. 2 GOZ erfolgen. Anwendungsbeispiele sind hier u. a. die Behandlung von Mundschleimhautveränderungen, die Sterilisation/Keimreduktion von Zahnfleischtaschen, die Laserfluoreszenz-Kariesdiagnostik usw. Bei der Wahl der Analognummer ist der Zahnarzt grundsätzlich frei. Die Analognummer sollte immer praxisindividuell festgelegt werden.

Werden dagegen bereits bekannte und in der GOZ vorhandene Leistungen unter Anwendung eines Lasers erbracht, liegt keine neue selbstständige Leistung vor, die eine Analogberechnung rechtfertigen würde. Hierbei wechselt lediglich die Art der Leistungserbringung. Anwendungsbeispiele sind hier u. a.: die Laseranwendung zur endodontischen Aufbereitung von Wurzelkanälen, die Kavitätenpräparation mittels Laser, der Lasereinsatz zur operativen Schnittführung als Skalpell-Ersatz.

Der höhere apparative Aufwand beim Lasereinsatz kann in dem Fall bei der Wahl des Steigerungsfaktors Berücksichtigung finden. Die Begründung zur Überschreitung des Schwel-

lenwertes 2,3 könnte wie folgt formuliert werden: „Besonderer Mehraufwand bei Laser-Einsatz“. Hierbei handelt es sich um eine verfahrensbezogene Begründung, die keinesfalls eine Erstattungsgarantie darstellt. Da private Kostenträger zunehmend nur noch patientenbezogene Begründungen akzeptieren und verfahrensbezogene Begründungen ablehnen, ist es sinnvoll, eine verfahrensbezogene und eine patientenbezogene Begründung zu kombinieren.

Reicht der Gebührenrahmen zur Honorarbestimmung nicht aus (1,0 bis 3,5), ist eine Vereinbarung nach § 2 Absatz 1 und 2 GOZ zulässig (Faktor oberhalb 3,5). Eine solche Vereinbarung muss vor Behandlungsbeginn in schriftlicher Form zwischen Zahnarzt und Patient getroffen werden.

Unbestritten bleibt auch die Möglichkeit, die Laseranwendung als Verlangensleistung nach § 2 Absatz 3 GOZ zu berechnen. Hierbei kann die Laser-Anwendung als Pauschalbeitrag vereinbart werden (ohne Gebührennummer, ohne Steigerungssatz). Auch in dem Fall ist eine schriftliche



Vizepräsident und GOZ-Referent Dipl.-Stom. Andreas Wegener

Vereinbarung vor Behandlungsbeginn unbedingt notwendig. Eine Erstattung durch Versicherungen bzw. Beihilfestellen ist bei Verlangensleistungen in der Regel ausgeschlossen.

Der in der GOÄ enthaltene Laser-Zuschlag nach der Geb.-Nr. 441 kann nur im Zusammenhang mit bestimmten operativen GOÄ-Positionen in Ansatz gebracht werden.

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

Evolution des Wissens: Alte Werte mit Neuem

Dentalhistorisches Museum in Schadraß (Sachsen)

Das Dentalhistorische Museum präsentiert sich auf 250 Quadratmetern mit einer sehr eindrucksvollen Ausstellung zur Geschichte der Zahnärzte, Zahntechniker, Zahnhygiene, Kunst- und Kulturgeschichte auf diesem Gebiet. Die Sammlung begann vor über 15 Jahren und entwickelte sich im Laufe der Jahre zur weltweit größten Sammlung. Alles auf sehr amüsante Art und Weise dargestellt, daher sehenswert für Groß und Klein. Eintritt: Erwachsene 3 Euro, ermäßigt



2 Euro, Führungen 10 Euro. Das Museum ist auch auf Hilfe angewiesen, finanziell, durch Sachspenden oder durch Beteiligung an der Altedelmetallsammlung. Nähere Informationen

auf der Internetseite: www.dentalmuseum.eu. Dentalhistorisches Museum, Im Park 9 B, 04680 Zschadraß, Öffnungszeiten: Mi bis So: 10 bis 17 Uhr oder nach Vereinbarung.

Zahnverlust

Ursachen in Deutschland

Das Ausmaß von Zahnverlusten innerhalb der zahnmedizinischen Versorgungsforschung stellt zweifellos einen robusten Gradmesser für den oralen Gesundheitszustand eines Menschen dar. Bereits 1993 wurden für die alten Bundesländer und 1999 für die neuen Bundesländer die Ergebnisse aus entsprechenden umfassenden Feldstudien zu den Ursachen zahnärztlich vorgenommener Zahnentfernungen bei ihren Patienten veröffentlicht. Die aktuelle Studie von Glockmann und Mitarbeitern mit dem Titel „Ursachen des Zahnverlustes in Deutschland. – Dokumentation einer bundesweiten Erhebung (2007)“ greift diese Gesamtheit auf und analysiert auf der Grundlage bundesweiter Stichproben bei 599 niedergelassenen Zahnärzten aus allen Bundesländern insgesamt 12 517 Extraktionsursachen bei ihren Patienten. Im Rahmen dieser Erhebung waren die Studienzahnärzte gebeten worden, über einen Zeitraum von vier Arbeitswochen die zahnmedizinischen Extraktionsursachen zu dokumentieren.

Im Ergebnis zeigt sich, dass im Durchschnitt 20,9 Zähne pro Zahnarzt in diesen vier Arbeitswochen bei ihren Patienten entfernt worden waren; umgerechnet auf die Patientenzahl wurden damit 1,5 Zahnentfernungen pro Patient vorgenommen. Im Vergleich zu den früheren Studien aus 1993 bzw. 1999 zeigte sich eine erstaunlich hohe Stabilität hinsichtlich der klinischen Extraktionsursachen, unverändert waren Zahnkaries (29,7 Prozent) und Parodontitis (28,5 Prozent) die beiden Hauptursachen, die letztlich eine Zahnentfernung erforderlich machten; ab dem 40. Lebensjahr dominierte die Parodontitis als zahlenmäßiger Hauptgrund einer Zahnextraktion.

Insgesamt fügt sich das aktuelle Ergebnisbild (2007) zu den Gründen des Zahnverlustes in Deutschland in das entsprechende Ergebnisbild aus diversen internationalen Erhebungen in anderen Ländern zu dieser Gesamtheit ein.

Weitere Informationen unter:
www.idz-koeln.de

IDZ

Zahnmedizinische Fachangestellte

Praxisorganisation, Praxisverwaltung und Wirtschaftskunde



Praxisorganisation, Praxisverwaltung und Wirtschaftskunde für medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte

Verlag Holland + Josenhans,
H. u. G. Nuding, J. Haller,
Dr. W. Stillmaier, S. Runckel,
5. neu bearbeitete Auflage 2010,

424 Seiten mit Prüfungstrainer auf CD,
ISBN 978-3-7782-5896-5,
27,60 Euro

Die mittlerweile 5. Auflage der bewährten „Praxisorganisation, Praxisverwaltung und Wirtschaftskunde für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte“ bringt wieder alle aktuellen Daten, Zahlen, Fakten und Grafiken im wirtschafts- und sozialpolitischen Bereich auf den neuesten Stand. Das sachlogisch aufgebaute Buch umfasst die Inhalte der Lernfelder 1, 6 und 9 der Zahnmedizinischen Fachangestellten.

Das neue Layout hat sich als sehr vorteilhaft und übersichtlich erwiesen und unterstützt die selbstständige Arbeit der Auszubildenden. Neu hinzugekommen ist das Gebiet rund um das Qualitätsmanagement. Andere Bereiche wurden im Wesentlichen aktualisiert, überarbeitet und ergänzt. Das Werk ist eine sehr gute Ergänzung zu den allgemeinen Lehrbüchern.

ZA Marion Schreen

Arbeitsheft – fünf Lernfelder

Learning by doing zum Herausnehmen



Arbeitsheft für Zahnmedizinische Fachangestellte – Lernfelder 1-5

Verlag Holland + Josenhans
1. Auflage 2010
120 Seiten
ISBN 978-3-7782-5812-5
13,40 Euro

Die farbigen Arbeitshefte enthalten methodisch vielfältige Aufgaben und Arbeitsaufträge in ansprechendem und übersichtlichem Layout. Sie bieten einen großen Abriss über das prüfungsrelevante Fachwissen.

Die einzelnen Arbeitsblätter können bei Bedarf herausgelöst und in die eigenen Arbeitsmappen eingefügt werden. Das letzte Arbeitsblatt jedes Lernfeldes ist als Fachworttrainer angelegt, der auf spielerische Weise die Termini und damit Lernfeldinhalte abfragt.

Dieses Arbeitsheft könnte ich mir sehr gut in der Praxis als Unterstützung der Ausbildung zu den jeweiligen Lernfeldern vorstellen.

ZA Marion Schreen

Fortbildung – Anmeldungen jetzt möglich

Neuer Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung

Seit zehn Jahren bietet die zahnärztliche Selbstverwaltung mit großem Erfolg ein besonderes berufsbegeleitendes Fortbildungsangebot für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte an, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know how dafür zulegen wollen.

Derzeit vierzehn zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) tragen die Fortbildungsplattform, mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf.

Rüstzeug für die Praxis

Neben der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer zudem auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Zum Themenspektrum der Akademie gehören u. a. Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik, Öffentlichkeitsarbeit. Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern und Besuche bei Institutionen in Berlin und Brüssel runden ein vielseitiges interdisziplinäres Studienprogramm ab.

Den sechsten Studiengang der Akademie werden Ende dieses Jahres 20 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich mit dem Zertifikat „Manager in Health Care Systems“ abschließen.

Im Februar 2012 beginnt dann der neue Studiengang der AS-Akademie. Dieser siebte postgraduale Fortbildungsgang erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2013. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden (jeweils von Donnerstagnachmittag bis Samstagmittag) in Form von Seminarblöcken statt. Die Veranstaltungen finden sowohl in Berlin, aber auch an wechselnden Orten im Bereich der Trägerkörperschaften in Form von Seminarblöcken statt. Wissenschaftlicher Leiter ist Professor Dr. Burkhard Tiemann, die Geschäftsführung hat Dr. Sebastian Ziller.



Vier Semester umfassender Stoff

Die Lehrveranstaltungen werden als Vorlesungen, Übungen und Seminare abgehalten. Die Kurse sind mit rund 20 Teilnehmern besetzt. Die ersten beiden Semester bilden einen Grundkurs, in dem das Recht der Heilberufe, Grundlagen der Freiberuflichkeit, politische Entscheidungsverfahren sowie Grundzüge der Volkswirtschaftslehre angeboten werden. Des Weiteren stehen das Recht der GKV, Grundzüge der Gesundheits- und Sozialpolitik, zahnärztliche Selbstverwaltung, Meinungsbildung und Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik sowie Grundzüge der Betriebswirtschaft auf dem Lehrplan. Das dritte und vierte Semester sind als Aufbaukurs konzipiert. Hier geht es dann um Praxis- und Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Sozialmedizin, Epidemiologie, europäische Entwicklungen, Verbandsstrategien, Kommunikation sowie Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Die Studienvermittlung erfolgt unter Leitung von Professor Dr. Burkhard Tiemann durch hochkarätige Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Für das zweijährige Curriculum wird eine Gebühr in Höhe von 3900 Euro erhoben. Die Teilnahme wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Eine Anmeldung ist bis zum Jahresende möglich.

Anmeldung und weitere Informationen über: www.zahnaerztekademie-as.de, Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement, Chausseestraße 13, 10115 Berlin, Birgit Koch, Tel. 030-4000 5 112, Fax 030-4000 5 129, b.koch@bzaek.de.

Die unter Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV stehende AS-Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement wird derzeit von der Ärztekammer Saarland

(Abt. Zahnärzte), den Zahnärztekammern Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein sowie den KZVs Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe sowie dem Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben getragen und kooperiert mit dem Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM e.V.).

ID Deutschland startet durch

Fünf Events – ein Motto: „Mehr für besser!“

Auf Initiative führender Dentalfachhändler werden im Herbst erstmalig die „ID Deutschland – infotage dental-fachhandel“ stattfinden.

Fünf Events sind als neutrale Informationsplattform der Branche angelegt. Die Besucher erwartet ein ebenso umfangreiches wie attraktives Programm. Zu der Leistungsschau sind Hersteller wie Händler uneingeschränkt eingeladen.

An folgenden Standorten werden sich für das Fachpublikum von September bis November die Messe-Tore öffnen:

Hamburg:

23./24. September – ID Nord,

Düsseldorf:

30. September/1. Oktober – ID West,

München:

8. Oktober – ID Süd,

Berlin:

5. November – ID Ost,

Frankfurt:

11./12. November – ID Mitte.

Organisiert werden die Veranstaltungen von der LDF, Leistungsschau Dentalfachhandel GmbH. Gesellschafter sind die Handelshäuser Henry Schein Dental, NWD und pluradent.

Wir gratulieren zum Geburtstag

**Im Mai und Juni
vollenden**

das 90. Lebensjahr

Dr. Kurt Lemke (Stralsund) am
9. Mai,

das 85. Lebensjahr

Dr. Klaus Opitz (Bützow)
am 10. Mai,

das 80. Lebensjahr

Dr. Norbert Brüggemann
(Anklam) am 26. Mai,

das 70. Lebensjahr

Dr. Bärbel Vaupel
(Börgerende) am 24. Mai,
Dr. Ursula Sell (Banzkow)
am 28. Mai,
Zahnärztin Edeltraud Edel
(Kessin) am 5. Juni,

das 65. Lebensjahr

Dr. Barbara Poppe (Neppermin)
am 20. Mai,
Zahnärztin Hiltrud Posse
(Bergen) am 2. Juni,
Dr. Helga Stolte
(Ludwigslust) am 7. Juni,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Helga Fiedler
(Altefähr) am 14. Mai,
Dr. Christa Burzlaff (Schwaan)
am 3. Juni,

das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Kerstin Hennings
(Rostock) am 10. Mai,
Zahnarzt Bernd Kmieciak
(Wolgast) am 11. Mai,
Dr. Manuela Jacobeit
(Groß Nemerow) am 15. Mai,
Dr. Barbara Vogt (Wismar)
am 15. Mai,
Zahnärztin Kerstin Werth
(Pasewalk) am 19. Mai,
Zahnarzt Carsten Paprotzki
(Rehna) am 24. Mai,
Dr. Sabine Schröder (Dargun)
am 26. Mai,
Dr. Gregor Bade (Rostock)
am 31. Mai und
Dr. Cornelia Voll
(Neubrandenburg) am 1. Juni

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

**Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern**

Mitgliederwesen

Zahnarztausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des
Zahnarztausweises Nr. 62
Zahnarzt Michael Oll,
Kirchdorf, bekannt gegeben.
Dieser Zahnarztausweis wird
hiermit für **ungültig** erklärt.