



# dens

11

2012

9. November

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---



# Kammerversammlung gefordert



*Professor Dr. Dietmar Oesterreich wünscht sich eine lebhaft basisdemokratische Diskussions auf der kommenden Kammerversammlung.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in dieser dens finden Sie die Tagesordnung der kommenden Kammerversammlung am 1. Dezember 2012. Wie Sie sehen, sind zahlreiche und weitgehende Entscheidungen zu treffen.

Ein Thema, das uns alle berührt, ist die Entscheidung zur zukünftigen Abgrenzung unserer Kreisstellen. Bereits mehrfach wurde diese Frage auf der Kammerversammlung bzw. in den Kreisstellensitzungen diskutiert. Unter Berücksichtigung der eingegangenen Rückmeldungen durch die Kreisstellenvorsitzenden und nach ausführlicher Erörterung vor Ort liegt nunmehr der Kammerversammlung eine Vorlage zur Beschlussfassung vor. Zielsetzung war es, basisdemokratische, berufspolitische und organisatorische Belange zu berücksichtigen und angemessen abzuwägen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Arbeit vor Ort stärker zu gewichten und zu vergüten. Deswegen hat die Kammerversammlung über eine Erhöhung der Entschädigungen der Kreisstellenvorsitzenden sowie der Notdienstteilenden zu entscheiden. Uns allen ist an einer lebhaften basisdemokratischen Diskussions-

kultur gelegen. Ich hoffe sehr, dass die Entscheidungen der Kammerversammlung das berufspolitische Leben vor Ort stärken.

Erfreulich ist das positive Ergebnis der Prüfung unseres Jahresabschlusses durch den Rechnungsprüfungsausschuss. Die Zahnärztekammer hat einen soliden Haushalt und kann finanziell gesichert die berufspolitischen Herausforderungen angehen. Haushaltsausschuss und Kammervorstand können der Kammerversammlung daher einen zeitweisen Beitragserlass vorschlagen.

Der Versorgungsausschuss legt der Kammerversammlung Änderungsvorschläge zu einzelnen Regelungen im Versorgungsstatut vor. Ziel ist es, auch künftig die Anwartschaften unter den Unwägbarkeiten der weltweiten Finanzkrise zu sichern.

Natürlich wird auch das Urteil des Verwaltungsgerichts zur Wahl der Kammerversammlung einen breiten Raum in der Diskussion einnehmen. Wir werden die Kammerversammlung ausführlich über das Urteil bzw. die Urteilsbegründung informieren. Auf dieser Grundlage obliegt es

dann der Entscheidung der Kammerdelegierten, ob die Rechtsmittel dagegen ausgeschöpft werden. Wie in dieser dens dargestellt, besitzen die bisherigen Beschlüsse auf Grundlage höchstrichterlicher Rechtsprechung ihre volle Wirksamkeit.

Ich darf daran erinnern, dass auf Grundlage des neuen Heilberufsgesetzes, das der Selbstverwaltung die volle Autorität über das Wahlverfahren (Listen- oder Mehrheitswahlrecht) überträgt, eine Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Kollegenschaft vor Ort ausführlich das Für und Wider der Wahlsysteme bearbeitete.

Vielleicht ist die kommende Kammerversammlung auch für Sie eine Gelegenheit, sich ihr eigenes Urteil über die Funktionen unserer Selbstverwaltung zu bilden.

Ich darf Sie von dieser Stelle sehr herzlich dazu einladen und würde mich freuen, wenn wir unter den gesundheitspolitischen Herausforderungen deutlich machen können, wie wichtig uns Selbstverwaltung selber ist.

Ihr  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

### ZahnRat 71

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

Die Babyzähne bilden sich ab dem 6. Monat und sind bis zum 3. Lebensjahr vollständig ausgebrochen. In dieser Zeit sind die Babyzähne besonders empfindlich für Säuren und Bakterien. Eine gesunde Ernährung und gute Zahnpflege sind entscheidend für die Gesundheit der Zähne. Dieser Ratgeber enthält wertvolle Informationen für Schwangere und junge Eltern, um die Zahngesundheit ihrer Kinder von Anfang an zu fördern.



Redaktion: Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt

### ZahnRat 72

**Wenn das Kiefergelenk zum Knackpunkt wird**

Das Kiefergelenk verbindet das Kiefergelenk mit dem Schädel. Bei einer Fehlfunktion des Kiefergelenks können Schmerzen, Knackgeräusche und eingeschränkte Beweglichkeit auftreten. Dieser Ratgeber erklärt die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten für Kiefergelenkprobleme.



Redaktion: Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt

### ZahnRat 73

**Ursachenforschung**  
Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie

Die Ursachenforschung ist ein wichtiger Schritt bei der Diagnose von Zahnerkrankungen. Nur durch eine genaue Diagnose kann eine wirksame Therapie entwickelt werden. Dieser Ratgeber bietet wertvolle Einblicke in die Ursachenforschung und die Bedeutung einer präzisen Diagnose.



Redaktion: Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt

### ZahnRat 74

**Zahnverlust – Was nun?**  
Zahnersatz mittels „Kombinationsprothetik“

Bei Zahnverlust gibt es verschiedene Möglichkeiten des Zahnersatzes. Die Kombinationsprothetik ist eine innovative Lösung, die die Vorteile von Vollprothesen und Implantaten kombiniert. Dieser Ratgeber informiert über die Möglichkeiten und Vorzüge der Kombinationsprothetik.



Redaktion: Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt

### ZahnRat 75

**Benötigt mein Kind eine Zahnspange?**  
Elternratgeber Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie ist ein wichtiger Teil der Zahnmedizin. Sie zielt darauf ab, die Zahnstellung und die Kieferentwicklung zu korrigieren. Dieser Ratgeber hilft Eltern, zu entscheiden, ob eine Zahnspange für ihr Kind notwendig ist, und informiert über die verschiedenen Behandlungsoptionen.



Redaktion: Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt

### ZahnRat 76

**Keine Chance dem Angstmonster**  
Ein Ratgeber für alle kleinen und großen Patienten gegen große Ängste vor der Zahnbehandlung

Die Angst vor der Zahnbehandlung ist ein häufiges Problem. Dieser Ratgeber bietet wertvolle Tipps und Tricks, um die Angst zu überwinden und die Zahnbehandlung entspannt zu gestalten. Es enthält auch Informationen über Sedierungsmethoden und andere Möglichkeiten, die Angst zu lindern.



Redaktion: Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt, Dr. Ingrid Isenhardt



Versandkosten (zuzüglich 7 % MwSt.)		
Menge	Preis/Bestellung	Versand
10 Exemplare	2,60€	2,40€
Gesamt		5,00€
20 Exemplare	5,20€	2,80€
Gesamt		8,00€
30 Exemplare	7,80€	4,70€
Gesamt		12,50€
40 Exemplare	10,40€	5,00€
Gesamt		15,40€
50 Exemplare	13,00€	5,20€
Gesamt		18,20€

# FAX-Bestellformular 0 35 25 - 71 86 12

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

- 71 **Gesunde Kinderzähne fangen im Bauch an**
- 72 **Wenn das Kiefergelenk zum Knackpunkt wird**
- 73 **Ursachenforschung – Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie**
- 74 **Zahnverlust – Was nun?**
- 75 **Benötigt mein Kind eine Zahnspange? Elternratgeber Kieferorthopädie**
- 76 **Keine Chance dem Angstmonster**

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



# dens

21. Jahrgang

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

## Herausgeber:

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

## Redaktion:

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

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

## Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

## Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

## Redaktionshinweise:

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

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

## Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

## Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

## Bezugsbedingungen:

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

**Titelbild:** Antje Künzel

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

Gemeinsames Zukunftspotenzial im Bereich Versorgung und Prävention	14-15
Bleaching gehört in die Hand des Zahnarztes	15
Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen	29
Glückwünsche / Anzeigen	32

## Zahnärztekammer

Zahnärztekammer M-V mit Facebook-Auftritt	8
Kammerversammlung am 1. Dezember	9
Kammerversammlung: Beschlüsse voll wirksam	9
Fritz Reuter und die Zahngesundheit – Landesaufaktveranstaltung	11
Professionelle Zahnreinigung wichtiger Pfeiler der Prävention	13
Aufruf zur Teilnahme an der GOZ-Analyse der BZÄK	17-18
GOZ: Berechnung analoger Leistungen	18-19
Leserbrief	19
Fortbildung im November und Dezember	20
Curriculum „Funktionslehre kompakt“	21
Multiresistente Bakterien in der Zahnarztpraxis	22-23
ZahnRat 76 erschienen	32

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Vertreterversammlung mit viel Informationen	4-7
Neue Daten belegen erheblichen Handlungsbedarf	8
Treffen der VV-Vorsitzenden in Lübeck	10
Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt	10-11
GKV/PKV-Systemgrenze – Bestandsaufnahme	12
KZBV auf Facebook präsent	13
Keine IGeL bei Zahnärzten	15
Service der KZV	16
Kassen sammeln private Daten	16
Papierlose Abrechnung beim Zahnersatz (1)	24
Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV	30

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

## Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Doppelkrone – „Chapeau“ oder „Alter Hut“	25-27
Delegierten statt substituieren	28-29
Achtung Verjährung	29

Impressum	3
Herstellerinformationen	31

# Vertreterversammlung mit viel Information

## Daten und Fakten sind immer wichtiger in der politischen Diskussion

*Rostock meinte es gut mit den Mitgliedern der Vertreterversammlung. Die Sonne strahlte am 19. und 20. Oktober wie sonst nur im Sommer. Das Thermometer kletterte weit über 20 Grad. Da ging das Tagen in der Hansestadt gleich viel besser. Zwei Tage sollten es wieder werden. So hatte es die Vertreterversammlung auf ihrer außerordentlichen Sitzung in Greifswald beschlossen. Die einhellige Meinung: Ein paar Stunden im Jahr reichen nicht aus, um die vielen wichtigen Themen zu besprechen, die auf der Tagesordnung standen.*

Als Gastreferent hatte der Vorstand Professor Dr. Reiner Biffar eingeladen. Der Sprecher des Forschungsverbundes Community Medicine und wissenschaftliche Dekan und Direktor der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald sollte Licht in das Dunkel einer statistisch gesicherten Ermittlung der Veränderung der oralen Morbidität bringen.

Denn der Gesetzgeber hat in dem ab 1. Januar in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Kriterien für die Gesamtvergütungsverhandlungen erweitert. Dazu gehört neben der Zahl und der Struktur der Versicherten sowie der Kosten- und Versorgungsstruktur auch die Morbiditätsentwicklung. Alle Kriterien sind bei den künftigen Honorarverhandlungen gleichrangig neben der Beitragssatzstabilität zu berücksichtigen. Insofern wurde die strikte Budgetierung aufgehoben.

Doch was ist überhaupt Morbidität? Wie wird sie ermittelt? „Es erstaunt, wie wenig man darüber weiß“, erklärte VV-Vorsitzender, Dr. Peter Schletter, zur Begrüßung. „Da nicht nur wir uns mit diesem Thema beschäftigen, ist es wichtig Bescheid zu wissen“ meinte Schletter, denn „wir müssen diskussionsbereit sein, wenn die Zahnärzteschaft in Verhandlungen Erfolg haben will.“

„Die Morbiditätsentwicklung gilt als maßgeblicher Parameter für den zahnärztlichen Behandlungsbedarf“, analysierte Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln. Und weiter: „Man könnte meinen, dass der Gesetzgeber endlich ein Einsehen mit der Zahnärzteschaft hat und endlich solche Verhandlungskriterien vorgegeben hat, die es ermöglichen,



Professor Dr. Reiner Biffar

eine bedarfsgerechte und angemessene Gesamtvergütung zu verhandeln.“ Zugleich hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung den Wert der SHIP-Studie<sup>1</sup> für die Mess- und Nachweisbarkeit der Morbidität erkannt und mit Professor Reiner Biffar sowie der KZV Mecklenburg-Vorpommern eine Zusammenarbeit organisiert, nach der die Erkenntnisse aus der Studie und den Abrechnungsdaten der KZV die Ableitung von Morbiditätsstufen möglich macht.

„Eine solche Zusammenarbeit bietet nicht nur Chancen, sondern auch Risiken“, erläuterte Abeln, „treffen doch unterschiedliche Zielrichtungen aufeinander“.

„Warum die Universität Greifswald?“ stellte Professor Biffar, die Eingangsfrage zu seinem Referat „§85 SGB V und die orale Morbidität“. „Weil wir durch die SHIP-Studie in der Forschung ein Alleinstellungsmerkmal haben“, gab er direkt die Antwort. „Darüber hinaus haben wir einen sehr hohen Stand in den Bereichen Statistik und Bio-Mathematik“. Diesen gilt es zu nutzen.

Die Datenlage in Deutschland zur Beschreibung der Morbidität sei insgesamt unbefriedigend. Um ein bisschen Licht in dieses Dunkel zu bekommen und um die Politik über die Auswirkungen des soziodemografischen Wandels auf die Gesundheitsversorgung

beraten zu können, hat die Universität Greifswald in dem Institut für Community Medicine die so genannte SHIP-Studie aufgelegt.

Als ausgewiesener Experte und Wissenschaftler stellte Biffar u. a. fest, Morbiditätsveränderungen sind nur durch longitudinal ausgerichtete epidemiologische Bevölkerungsstudien erkennbar. Die SHIP-Studie sei wichtig, um einen langfristigen Erfolg bei der Darstellung von Morbiditätsentwicklungen überhaupt ermöglichen zu können. Biffar stellte die Erkenntnisse aus der SHIP-Studie im Hinblick auf die verschiedenen Morbiditätsstufen bezogen auf die Zahnmedizin dar.

In der anschließenden Diskussion stellte Dr. Manfred Krohn die Frage: „Wie sollen uns in der Zukunft Basiskennzahlen dabei helfen, mehr Honorarbedarf darzustellen?“ Biffar entgegnete, er glaube nicht daran, dass man im ersten Schritt ein Mehr an Honorar skizzieren könne. Es gelte vielmehr zu vermeiden, dass nicht erstellte Studien und die fehlende Kommunikation zwischen Praxis und Wissenschaft das heute vorhandene Honorarvolumen schmälert.

Wolfgang Abeln sah dennoch gute Chancen, die Ergebnisse der Studie argumentativ nutzen zu können. „Man muss klar machen, dass eine Reduzierung der Gesamtvergütung nicht gewollt sein kann. Denn es reicht jetzt schon nicht, wie in bestimmten Kassengebieten zu spüren ist.“

Manfred Krohn warb um die Unterstützung der Wissenschaft, wenn es darum geht, argumentativ Daten und Fakten darzustellen und stieß auf offene Ohren. „Die kriegen sie ja auch“, sagte Biffar abschließend. Ein gutes Schlussstatement für die Informationsveranstaltung der Vertreterversammlung.

Zur Vertreterversammlung begrüßte Vorsitzender Dr. Peter Schletter die Vorstandsmitglieder der Zahnärztekammer, Dipl.-Stom. Andreas Wegener und Dipl.-Stom. Gerald Flemming sowie den Filialleiter der Schweriner apoBank, Falk Schröder. In seinem Eingangsreferat berichtete er von der Sitzung aller VV-Vorsitzenden in Lübeck (siehe auch S. 10) auf der Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse in Kiel vier verschiedene Szenarien



Dr. Peter Schletter

für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland erläuterte. Der Gesundheitsökonom und Politikberater bezeichnete dabei die Option einer „Bürgerversicherung“ als die wahrscheinlichste und mahnt dringend Veränderung an. Denn wenn das Gesundheitswesen so bliebe, würde es im Jahr 2060 zur Hälfte steuerfinanziert sein.

Bei einem Blick auf aktuelle Statistikzahlen stellte Schletter fest, dass die Situation der Zahnärzteschaft in den Praxen derzeit als stabil zu bezeichnen wäre. Die Einwohnerzahlen je behandelnd tätigen Zahnarzt bleiben gleich. Rasend schnelle Veränderungen gebe es hingegen bei den Krankenkassen. Von weit über 1200 Krankenkassen im Jahr 1992 existieren heute noch 146. Tendenz fallend. Fusionen und Kassenschließungen stellen große Herausforderungen für Honorarverhandlungen dar. Auf Schletters obligatorische Frage: „Erreichen wir denn überhaupt etwas?“ heißt die Antwort immer gleich. „Nur wenn wir es versuchen.“ Selbstbestimmtes und selbstbewusstes Handeln ist gefragt. In diesem Zusammenhang attestierte er der Vertreterversammlung besonnenes Handeln. Die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes sei konzeptionell richtig gewesen.

Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln zeigte sich davon überzeugt, dass die Zusammenarbeit mit Professor Biffar unter Einbeziehung der ermittelten Gutachtenergebnisse den Weg zur einer bedarfsgerechten und angemessenen Vergütung argumentativ stützen kann. Probleme sehe er hingegen bei dem in der Diskussion befindlichen Patientenrechtegesetz. Sollte die so genannte Beweislastumkehr in das Gesetz aufgenommen werden, wird das deutliche Einschnitte in der Gesundheitsversorgung nach sich ziehen. Denn eine schärfere Haftungsregelung bedeute eine Nummer-Sicher-Medizin und einen weiteren Rückgang der eigentlichen Patientenbehandlungszeit in den Praxen.



Dr. Holger Garling

Die negative Bedeutung eines Netzwerks zeigte Abeln am Beispiel der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf. „Nirgendwo scheint es leichter zu sein, schnell an viel Geld zu kommen als in der Gesundheitsbranche“, sagte er. Mit der Einführung des ökonomisch ausgerichteten Wettbewerbs im Gesundheitswesen seien die Begehrlichkeiten bei Interessierten groß, wie man an der Entwicklung der Krankenhauslandschaft überdeutlich erkennen kann. Nicht nur, dass der Kuchen in finanzieller Hinsicht unter immer mehr miteinander konkurrierenden Akteuren aufgeteilt werden muss. Es sind auch die Gesundheitsdaten unter diesem Gesichtspunkt besonderen Begehrlichkeiten ausgesetzt und müssen verantwortungsvoll geschützt werden.

Unter dem Titel „Agenda Mundgesundheit – Grundsätze und Strategien für eine präventionsorientierte vertragszahnärztliche Versorgung“ beabsichtigt die KZBV, ein politisches Positionspapier zu verabschieden. „Dieses Papier soll für die nächsten Jahre Grundlage der politischen Arbeit der KZBV sein“, informierte Abeln. „Das Ziel soll dabei darin liegen, dass Menschen auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können“. Auf dem Weg dorthin sei schon viel erreicht worden. So gebe es eine deutlich spürbare Sensibilisierung für das Thema Mundgesundheit bei der Bevölkerung. Allerdings gebe es auch eine wachsende Schieflage bei der Kariesverteilung von Kindern und Jugendlichen. „Bei den 12-Jährigen tragen ca. 10 Prozent der Kinder über 60 Prozent der Karieslast“, mahnte Abeln. Hier gilt es, durch weitere Aufklärung diese Risikogruppe zu minimieren.

Wenn es um die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung geht, steht die KZV in der Verantwortung. Damit der Zahnärzteschaft insgesamt kein Schaden zugefügt wird, wies Wolfgang Abeln auf die Not-



Dipl.-Stom. Jörn Kobrow

wendigkeit der Abstimmung unter den Körperschaften hin. Es kann nicht sein, dass im Interesse Einzelner ein Thema medienwirksam zu Lasten der Gesamtheit publiziert wird und warb bei den anwesenden Vertretern der Zahnärztekammer um eine vorherige Information und Abstimmung.

Eine Vielzahl von Gesetzesreformen waren in den vergangenen Jahren zu realisieren. Der frühere Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer hatte den Wettbewerb im Gesundheitswesen vorangetrieben und eingeführt. Gleichzeitig hat er Instrumente implementiert, die eine Ausuferung des Wettbewerbs verhindern sollen. Damit die politischen Vorgaben effektiv genutzt werden können, ist es wichtig, diese in ein Gesamtkonzept einzubinden. Der Vorstand hat in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Koordinationsgremiums ein Konzept entworfen, mit dem eine bedarfsgerechte und angemessene Vergütung realisiert werden könnte. „Beginnen wir bei den Verhandlungskriterien, die im § 85 SGB V aufgeführt sind“, erklärte Abeln. „Wir haben heute einen Kostenstrukturausschuss und von der Bundesebene wurden Gutachten zur Frage der Morbidität in Auftrag gegeben. Oder sehen wir uns die Wirtschaftlichkeitsprüfung an. Hier konnten wir auf Landesebene die zahnmedizinische Versorgung der Patienten in den Vordergrund rücken bei gleichzeitiger Abschaffung einer statistisch ermittelten pauschalen Kürzung von therapiegerechten Leistungen. Das nächste Feld betrifft die Plausibilitätsprüfung. Auch mit dieser gesetzlichen Vorgabe – verantwortungsvoll umgesetzt – ist es möglich, positiv Einfluss auf eine fachlich fundierte Behandlung zu nehmen. Alles im Kontext betrachtet, geben uns die gesetzlichen Vorgaben das Recht und die Verpflichtung eine bedarfsgerechte und angemessene Vergütung gegenüber den Krankenkassen einzufordern. Hierfür muss das Geld eingesetzt werden und nicht damit Politiker Wahlstimmen einkaufen.“

Wolfgang Abeln erläuterte am Beispiel der Fusion der Techniker Krankenkasse mit der IKK-direkt im Jahr 2009 beispielhaft, wie dadurch, dass Krankenkassen, die sich zusammenschließen, unterschiedliche Gesamtvergütungen einbringen, am Ende dem System für die Vertragszahnärzte Geld entzogen wird. Zusatzverträge bieten eine gute Möglichkeit, diese Lücken zu schließen und ihnen damit auch rechtlich einen sicheren Anstrich zu geben. Einen Weg, den der Vorstand der KZV in enger Abstimmung mit dem Koordinationsgremium geht. Der Vorstand hat einen so genannten § 73 c Vertrag unterschrieben. Er soll ab 1. Dezember in Kraft treten und entlastet die Patienten der Techniker Krankenkasse bei der Professionellen Zahnreinigung einmalig pro Jahr um einen definierten Euro-Betrag. Ziel des Vertrages sei es, volljährige TK-Versicherte langfristig zur Fortführung einer Inanspruchnahme von

Abschließend informierte Wolfgang Abeln die Vertreterversammlung darüber, dass die Staatsanwaltschaft das Ermittlungsverfahren gegen alle 13 Personen eingestellt hat.

In der im Anschluss geführten Diskussion stellten die Mitglieder der Vertreterversammlung wichtige Fragen zum Zusatzvertrag mit der Techniker Krankenkasse. War es doch der erste Vertrag solcher Art in Mecklenburg-Vorpommern. „Angebote von Seiten der Krankenkasse gibt es genug“, konstatierte Wolfgang Abeln. „Wir passen auf, dass wir nur Verträge schließen, die für alle Zahnärzte möglich sind und sowohl für Patienten als auch für Zahnärzte von Vorteil sind.“

Dr. Manfred Krohn ergänzte: „Über diesen PZR-Vertrag machen wir ein Angebot für die Patienten ohne, dass es zu einer Einflussnahme des bestehenden Zahnarzt-/Patientenverhältnisses

in Vertragsverhandlungen einzubringen. Ebenso sieht er die Bemühungen von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer, den Behandlungsbedarf derjenigen, denen es aus gesundheitlichen Gründen nur sehr schwer oder gar nicht möglich ist, sich regelmäßig einer zahnärztlichen Behandlung zu unterziehen, politisches Gehör verschafft zu haben, als sehr positiv an. „Es ist gelungen, gegenüber der Politik darzustellen, dass für diese Bevölkerungsgruppe neue Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen und die geltende Gebührenordnung ungeeignet ist, eine adäquate Honorierung überhaupt zu ermöglichen“, erläuterte Krohn. Es sei glaubhaft dargestellt worden, dass die hohe Morbidität bei den Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nichts damit zu tun hat, dass Zahnärzte sich diesem Behandlungsbedarf nicht stellen würden. Derzeit sammelt die KZBV in allen KZVs Informationen über Behandlungserfahrungen mit diesem Patientenkreis, um nachvollziehbar beschreiben zu können, wie zeitintensiv diese Behandlungen sind. Krohns im Namen der KZV ausgesprochener Dank galt in diesem Zusammenhang Kollegen Beitz, der hier eng mit der Bundeskörperschaft zusammenarbeitet. „Man kann nicht genug anerkennen, wenn sich Kollegen seit vielen Jahren bereits diesen Aufgaben in fast altruistischer Weise stellen, ohne bereits zum damaligen Zeitpunkt politisches Gehör gefunden zu haben“, lobte Krohn das Engagement.

Gespannt könne man sein, ob es über die Einführung neuer Bema-Positionen hinaus noch andere Lösungsansätze geben wird.

Krohn machte aber auch auf ein Problem aufmerksam, das in seiner Dringlichkeit und Tragweite zunehmend ins Bewusstsein rückt. Die Kariesmorbidität im Milchgebiss. Eine Presseveröffentlichung in den regionalen Zeitungen Mecklenburg-Vorpommerns mit dem Titel „Der Kampf um den letzten Zahn“ mit Interviewantworten von Professor Splieth von der Universität Greifswald schob die Thematik besonders in den Fokus. Die darin enthaltene Aussage, über unterschiedliche Kostenhöhen für Vorsorgemaßnahmen in Zahnarztpraxen einerseits und der Durchführung von Gruppenprophylaxen durch die LAJ oder den ÖGD andererseits und dem entstandenen Eindruck, dass diese Gruppenprophylaxen nicht nur kostengünstiger, sondern auch effektiver seien, veranlasste den Vorstand gemeinsam mit Dr. Holger Garling zu einem



Über insgesamt 13 Anträge war zu beschließen.

Fotos: Kerstin Abeln

dentalprophylaktischen Maßnahmen zu animieren. In Abhängigkeit von der Disposition des jeweiligen Versicherten sind gemeinsam zwischen Zahnarzt und Versichertem die Intervalle für derartige Maßnahmen individuell festzulegen. Dieser Vertrag stellt somit eine auf Langfristigkeit ausgerichtete Investition in die Mundgesundheit der TK-Versicherten dar.

Wolfgang Abeln informierte die VV-Mitglieder anschließend über den aktuellen Vertragsstand. So seien in der Regel die Verträge bereits abgeschlossen. Ein deprimierendes Alleinstellungsmerkmal hat wieder einmal die IKK-Nord für sich deklariert. Hier wird es wohl auf ein Schiedsamtverfahren hinauslaufen. „Andererseits ist es gelungen, bei einer anderen Kasse einen Sachleistungspunktwert von über 0,90 Euro im Jahr 2012 zu vereinbaren“, freute sich Abeln.

kommt“. Dr. Holger Garling stellte klar: „Seien sie sich dessen sicher, dass wir diesen Vertrag politisch und fachlich im Koordinationsgremium gemeinsam mit dem Vorstand diskutiert haben“.

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Dr. Manfred Krohn, bestätigt, dass die KZV Mecklenburg-Vorpommern auf dem richtigen Weg ist. Im ersten Schritt habe sich die Vertreterversammlung auf ihren Sitzungen im April und Anfang Juni mit dem Honorarverteilungsmaßstab auseinandergesetzt und mit deren Änderung die Weichen für die Zukunft gestellt. Im zweiten Schritt habe die VV einen Ausschuss zur Kostenstrukturanalyse geschaffen, der aktuelle und spezielle Daten aus den Praxen liefern soll. Im dritten Schritt will die KZV gemeinsam mit der Wissenschaft daran arbeiten, statistisch gesicherte Daten zur Ermittlung und Veränderung der Morbidität zu erfassen und



Vorstand: Wolfgang Abeln (v.r.n.l.) und Dr. Manfred Krohn

klärenden Gespräch. „Es ist uns dabei gelungen, die Tragweite eines solchen Artikels aus Sicht der Arbeit einer KZV zu verdeutlichen“, erklärte Krohn. Der Greifswalder Wissenschaftler nahm viele Informationen zum Aufgabenumfang der KZV mit. Gleichwohl machte Splieth darauf aufmerksam, dass die von ihm erfassten Daten belegen, dass Versorgungsdefizite bei frühkindlichen Milchgebissen vorhanden sind. „Diesem Behandlungsbedarf müssen wir uns stellen“, mahnte Krohn. Es gilt der Politik klar zu machen, dass es wichtig ist, zahnärztliche Kompetenz früher einzubinden. Er machte auch klar, dass es ein Miteinander von Gruppenprophylaxe und Einzelbetreuung in den Praxen geben muss.

Abschließend versicherte Manfred Krohn, dass es sich die KZV zur Aufgabe macht, einen regelmäßigen Kontakt mit der Wissenschaft zu halten. „Nur so ist es möglich, bereits im Vorfeld bestimmte Probleme zu erkennen, die direkten Einfluss auf die Finanzierung von vertragszahnärztlichen Leistungen haben wird. Ebenso mahnte er eine regelmäßige und verantwortungsvolle Abstimmung von Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Zahnärztekammer an, um diesen Problemen gemeinsam begegnen zu können.

„Wir als beratendes Gremium des Vorstands sehen mit Sorge, dass die Medizin von der Politik getrieben wird“, informierte Dr. Holger Garling, der zur Arbeit des Koordinationsgremiums referierte. Ökonomische Aspekte stünden mehr und mehr im Vordergrund. Zwar sei die Ökonomie wichtig, um nicht Ressourcen zu verschwenden, aber medizinische Gesichtspunkte dürfen dabei nicht unberücksichtigt sein. Er skizzierte anhand des Prognos-Gutachtens im Auftrag des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherungen,

wie Statistiken - am realistischen Praxisalltag vorbei - Daten liefern, die rein ökonomische Interessen verfolgen. Die Einnahmensituation wird verherrlicht und die Ausgabensituation in den Praxen beschönigt. Wenn letztlich MVZs das Mittel der Wahl sein sollen, um Geld im Sinne der Krankenkassen einzusparen, werde die Methodik solcher Studien deutlich. „Deshalb ist es wichtig, dass die VV einen Ausschuss zur Analyse der Kostenstruktur in den Praxen gebildet hat“, verwies Garling.

„Wir sind angehalten, jetzt und hier den Zahnärzten im Land der Situation angepasste optimale wirtschaftliche Verhältnisse zu erstreiten“, machte Garling klar. Entgegen vieler Forderungen anderer gesundheitspolitischer Akteure sieht das Koordinationsgremium die Praxisgebühr als notwendige Abgabe für die Praxen an. „Sie ist eine unpopuläre Gebühr und ein Ärgernis für uns“, erklärte Garling. „Aber nur weil sie unpopulär ist, muss sie nicht unsinnig sein.“ Die ungeliebte Praxisgebühr sei eines der wenigen Signale im Gesundheitswesen, das klar macht, Gesundheit kostet etwas und man muss sich beteiligen. Dazu sagte Wolfgang Abeln: „Wir wollen keine Wahlgeschenke der Parteien. Aus unserer Sicht werden die vielen Milliarden Euro, die bei den Krankenkassen derzeit überschüssig sind, für die Behandlung der Menschen gebraucht. Wenn nicht jetzt, dann schon sehr bald. Sie sollten einer zweckgebundenen Rückstellung zugeführt werden.“

Viele Mitglieder der Vertreterversammlung sprachen sich dennoch unter Berücksichtigung der Entwicklung der Einkommensverteilung in Mecklenburg-Vorpommern für eine generelle Abschaffung der Gebühr aus.

Jörn Kobrow hielt den Bericht für den Ausschuss Kostenstrukturanalyse. Erst im Juni war der Ausschuss geschaffen worden, um unabhängig von der Kostenstrukturanalyse der KZBV regional schnell Daten zu ermitteln. „Wir haben einen Erhebungsbogen entwickelt und ein Anschreiben erstellt“, erklärte Kobrow. Beides werde noch in diesem Jahr an alle Praxen versandt. Um den Aufwand so gering wie möglich zu halten und den Datenschutz zu wahren, sei auch hier, wie beim Wahlverfahren immer schon üblich, ein doppeltes Kuvertsystem nötig. Es sei vorgesehen, dass der jeweilige Steuerberater den Fragebogen beantwortet, der wiederum die Angaben zur Datenschutzbeauftragten der KZV, Assessorin Katja Millies, übersendet. Die KZV hat für eventuell entstehende Kosten entsprechende Haushaltsmittel eingeplant. „Dies soll keine einmalige Sache bleiben“, ergänzte Kobrow. „Der Erhebungsbogen soll jährlicher Standard werden.

„Wer nicht mit der Zeit geht, geht mit der Zeit.“  
Wilhelm Busch

aus dem Referat von Dr. Holger Garling

Abschließend gaben der Rechnungsprüfungsausschuss und der Haushalts- und Finanzausschuss ihre Rechenschaftsberichte. Beide stellten fest, dass in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg korrekt, wirtschaftlich und sparsam gearbeitet wird. Über entsprechende Anträge wurde dem Vorstand Entlastung für das Jahr 2011 erteilt und der Haushaltsplanentwurf für das kommende Jahr verabschiedet. Änderungen der Satzung und der Verfahrensordnung der Widerspruchsstelle wurden verabschiedet sowie neue Mitglieder für den Landesausschuss und das Landesschiedsamt gewählt.

Abschließend dankte Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln den Mitgliedern der Vertreterversammlung für ihr vielfältiges Engagement in Ausschüssen der KZV und den Mitarbeiter der Verwaltung für die geleistete Arbeit im vergangenen Jahr.

KZV

<sup>1</sup>Die „Study of Health in Pomerania“ (SHIP) ist eine bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studie in der Region Vorpommern im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

# Neue Daten belegen erheblichen Handlungsbedarf

## Zahnmedizinischer Betreuungsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

Die Mundgesundheit und die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sind deutlich schlechter als beim Bevölkerungsdurchschnitt. Das belegt eine Auswertung, die das Institut der Deutschen Zahnärzte im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) durchgeführt hat.

Dazu erklärte der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer: „Bei der Hälfte aller Pflegebedürftigen in Heimen verge-

hen zwischen zwei Zahnarztterminen mehr als 22 Monate. Das ist zu lang und bestätigt den erheblichen Handlungsbedarf, den wir in der aufsuchenden Betreuung haben.“ Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, wies auf die besonders prekäre Lage von Kindern mit Behinderung hin: „Zwölfjährige, die mit einer Behinderung leben, erleiden bis zu 25 Mal häufiger einen Verlust bleibender Zähne als der Durchschnitt der Altersgruppe. Das verlangt nach deutlich verstärkten präventiven Anstrengungen.“

Beide Zahnärzteorganisationen betonten, dass sie gemeinsam mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits im Jahr 2010 ein Konzept zur Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung vorgelegt haben. Der Gesetzgeber habe auch erste Schritte zur Umsetzung des Konzeptes eingeleitet. Allerdings sei noch ein weiter Weg zu beschreiten, bis der besondere Versorgungsbedarf der Betroffenen wirklich gedeckt werden könne. Vor allem müsse ein systematisches Präventionsmanagement installiert werden. **KZBV/BZÄK**

## Zahnärztekammer M-V mit Facebook-Auftritt

Soziale Netzwerke erfreuen sich im Internet immer größerer Beliebtheit. Das wohl größte und bekannteste weltweit ist „Facebook“. Knapp 25 Millionen Nutzer kann das Portal im Oktober 2012 allein in Deutschland vorweisen. Seit Mitte Oktober ist auch die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bei Facebook vertreten.

Die Kammer stellt Informationen rund um die Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern, Deutschland und der Welt zur Verfügung, informiert über aktuelle Fortbildungsangebote und gibt Tipps für den täglichen Praxisalltag.

Wer noch nicht Mitglied bei Facebook ist, kann sich mit wenigen Mausklicks und kostenlos unter [www.facebook.com](http://www.facebook.com) anmelden.



Unter [www.facebook.com/zaek.mv](http://www.facebook.com/zaek.mv) findet man den neuen Auftritt der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bei Facebook, dem weltweit größten Netzwerk.

Anzeige

# Kammerversammlung am 1. Dezember 2012

in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

**Beginn: 10 Uhr**

## Vorläufige Tagesordnung

- |                                                                                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Eröffnung der Kammerversammlung durch den Präsidenten                                    |                               |
| 2. Feststellen der Beschlussfähigkeit                                                       |                               |
| 3. Grußworte der Gäste                                                                      |                               |
| 4. Bericht des Präsidenten                                                                  | Prof. Dr. Dietmar Oesterreich |
| Diskussion zum Bericht des Präsidenten                                                      |                               |
| 5. Bericht aus der Geschäftsstelle                                                          | Rechtsanwalt Peter Ihle       |
| - Sachstandsbericht zur Anfechtung der Kammerwahl                                           |                               |
| - Beschluss über die Durchführung eines Berufungsverfahrens                                 |                               |
| 6. Wahlordnung                                                                              | Rechtsanwalt Peter Ihle       |
| Diskussion und Beschlussfassung                                                             |                               |
| 7. Vorstellung der neuen Internetpräsenz                                                    | Steffen Klatt                 |
| 8. Versorgungsausschuss                                                                     | Dipl.-Stom. Holger Donath     |
| - Allg. Bericht                                                                             |                               |
| - Änderung des Versorgungsstatuts                                                           |                               |
| - Diskussion und Beschlussfassung                                                           |                               |
| 9. Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses                                                 | Dr. Peter Schletter           |
| Genehmigung des Jahresabschlusses 2011                                                      |                               |
| Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2011                                                 |                               |
| 10. Kreisstellen Zahnarzt Mario Schreen                                                     |                               |
| - Künftige Abgrenzungen                                                                     |                               |
| - Entschädigung der Kreisstellenvorsitzenden und Notdienstbeauftragten                      |                               |
| Diskussion und Beschlussfassung                                                             |                               |
| 11. Beschluss einer Verfahrensordnung für den Schlichtungsausschuss nach § 111 Abs. 2 ArbGG | Rechtsanwalt Peter Ihle       |
| 12. Bericht des Haushaltsausschusses                                                        | Dr. Mathias Wolschon          |
| - Beitragerlass                                                                             |                               |
| - Haushaltplan 2013                                                                         |                               |
| Diskussion und Beschlussfassung                                                             |                               |
| 13. Kurzfristige Anträge                                                                    |                               |
| 14. Verschiedenes                                                                           |                               |

**Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident**

## Kammerversammlung: Beschlüsse voll wirksam

**Urteil des Verwaltungsgerichts zur Wahl der Kammerversammlung noch nicht rechtskräftig**

Das Verwaltungsgericht Schwerin hat am 26. September die Wahl zur 6. Amtsperiode der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern für ungültig erklärt. Das schriftlich abgefasste Urteil und die Urteilsbegründung liegen den Streitparteien noch nicht vor. Das Urteil ist bisher nicht rechtskräftig. Der Kammervorstand hat beschlossen, die möglichen Rechtsmittel gegen das Urteil auszuschöpfen. Ob die Berufung abschließend durchgeführt wird, soll letztendlich durch die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der kommenden Kammerversammlung entschieden werden.

Der Kläger kolportierte, dass Kammerversammlung und Vorstand nicht legitimiert seien, wirksam Beschlüsse zu fassen. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern stellt dazu fest, dass die verabschiedeten Satzungen und gefassten Beschlüsse der Organe der Kammerversammlung nach höchstrichterlicher Rechtsprechung voll wirksam sind.

Kammerpräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich vertritt somit auf Grundlage des Heilberufsgesetzes Mecklenburg-Vorpommerns die Zahnärztekammer gerichtlich und außergerichtlich, auch in den Gremien der Bundeszahnärztekammer. Unabhängig hiervon ist der Vorstand gewillt, eine breite Diskussion um das künftige Wahlverfahren in der Kollegenschaft zu führen.

Pressemitteilung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 15. Oktober 2012

**Pressemitteilung der Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern vom  
15. Oktober 2012**

## Bürgerversicherung – gute oder einfachste Lösung?

VV-Vorsitzende diskutierten mit Dr. Thomas Drabinski Systementwicklungen

Zu ihrem halbjährlichen Gedankenaustausch trafen sich die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen am 22. September in Lübeck. Trotz des angekündigten norddeutschen Schmuddelwetters zeigte sich Schleswig-Holsteins heimliche Hauptstadt (so jedenfalls die Selbstwahrnehmung ihrer Einwohner) gegenüber ihren Gästen von der besten Seite: der Schirm konnte im Hotel bleiben und die bereits angereisten Teilnehmer genossen bei angenehm milden Temperaturen die vorabendliche Führung durch die mittelalterlichen Gänge der „Königin der Hanse“.



Die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen trafen sich diesmal in Lübeck.

Der Gastreferent am nächsten Morgen erschien nicht im mittelalterlichen Kostüm, sondern ganz zeitgemäß und mit aktuellen Informationen. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein, Dr. Joachim Hüttmann, hatte den Leiter des Instituts für Mikrodatenanalyse (IfMDA) in Kiel, Dr. Thomas Drabinski, eingeladen. Der Gesundheitsökonom und Politikberater, der sich in seiner Forschung derzeit u. a. mit den Problemen einer Verstaatlichung des deutschen Gesundheitssystems und den Umverteilungswirkungen des Gesundheitsfonds beschäftigt, hatte zuletzt bundesweit Aufsehen erregt mit einer Untersuchung über die Reformdefizite in den beiden Systemen der Krankenversicherung in Deutschland (siehe auch S. 12). Dabei kamen beide Systeme nicht besonders gut weg – in den Medien wurden einseitig seine Untersuchungen über das Ranking von PKV-Tarifen hervorgehoben.

Drabinski erläuterte vier verschiedene Szenarien für die zukünftige Entwicklung in Deutschland, von denen er die Option „Bürgerversicherung“ als die wahrscheinlichste

bezeichnete. Nicht etwa, weil es die beste Lösung darstelle, sondern die einfachste. Also diejenige, die aus der Sicht der Politik den geringsten Widerstand in der Bevölkerung hervorruft und das geringste Konfliktpotenzial biete, so Drabinski. Die damit verbundene faktische Beseitigung der privaten Vollversicherung biete die einmalige Gelegenheit, deren Alterungsrückstellungen zum Systemerhalt einzusetzen. Die Gelder der privaten Krankenversicherung (resp. der Versicherten) fungieren also quasi als Rettungsschirm für die gesetzliche Krankenversicherung. „Damit hat man dann etwa 20 Jahre Luft“, so Drabinski. Und was kommt danach? Leider muss wohl davon ausgegangen werden, dass (Partei-)Politiker nicht über den nächsten Wahltermin bzw. die nächste Legislaturperiode hinausdenken.

Beim internen Meinungsaustausch ging es u. a. um die Erfahrungen in den KZVs mit der papierlosen

Abrechnung, die Umsetzung der Neuregelungen des Versorgungstrukturgesetzes im Hinblick auf die Honorarvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen und die Vorbereitung der anstehenden Vertreterversammlung der KZBV vom 6. bis 8. November in Frankfurt.

Mit Unverständnis wurde im Kreis der Ehrenamtler die Ankündigung der Verlängerung der Versammlung um einen vollen Tag aufgenommen. Hatte man doch gerade einen Beschluss herbeigeführt, die Belastung für Kollegen mit Sprechstundenausfall dadurch zu verringern, dass die KZBV-VV nicht mehr generell mitten in der Woche stattfinden soll. Kritisiert wurde auch, dass die seit langem geplanten Satzungsänderungen nicht vorab in den Länder-KZVs diskutiert werden konnten.

Das nächste Treffen der VV-Vorsitzenden ist im Frühjahr 2013 in Berlin geplant.

Dr. Joachim Hüttmann/Dr. Peter Schletter

## Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt

Zahnärztliches Präventionsmanagement dringend nötig

Der Deutsche Caritasverband (DCV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) fordern die Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements für Pflege-

bedürftige und Menschen mit Demenz. Das teilen die beiden Organisationen mit, in dessen Mittelpunkt 2012 die Zahngesundheit älterer Menschen steht. Der stellvertretende Vorsitzende

des Vorstandes der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, sagte: „Pflegebedürftige, Demenzkranke und Menschen mit Behinderung haben einen besonderen zahnärztlichen Behandlungsbedarf,

der in der gesetzlichen Krankenversicherung bisher kaum berücksichtigt wird. Der Gesetzgeber hat zwar erste Schritte unternommen, die zahnärztliche Betreuung dieser Gruppen zu verbessern, eine systematische zahnärztliche Prävention gibt es für sie allerdings bisher nicht. Gezielte

präventive Leistungen sind aber notwendig, denn diese Patienten sind zu einer eigenverantwortlichen Mundhygiene oft nicht in der Lage.“ Caritas-Präsident Peter Neher weist auf die Situation in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege hin: „Vor allem um die Zahngesundheit von Menschen

mit kognitiven Einschränkungen ist es schlecht bestellt. Dies betrifft sowohl Menschen mit einer geistigen Behinderung als auch demenzkranke Pflegebedürftige. In Pflegeeinrichtungen sind 60 bis 70 Prozent der Bewohner demenzkrank.“

KZBV

## Fritz Reuter und die Zahngesundheit

### Landesaftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit in Kühlungsborn

Zwar hatte der bedeutendste Schriftsteller der niederdeutschen Sprache zu seinen Lebzeiten nichts mit Zähnen zu tun. Dennoch lässt sich der Bogen vom 19. in das heutige 21. Jahrhundert spannen. Als Namensgeber der Grundschule in Kühlungsborn schaute Fritz Reuter am 25. September würdevoll auf all den Trubel, der an diesem Tag um gesunde Zähne gemacht wurde. Was zu seiner Zeit noch eher ungewöhnlich und fast nur in Familien von gutem Stande üblich war, ist heute für jedermann selbstverständlich – gesunde Zähne zu haben ein Leben lang. Dafür muss man natürlich etwas tun.

Für die Schülerinnen und Schüler, die „ihren Projekttag der Zahngesundheit“ selbst mit vorbereitet hatten, gab es jede Menge interessanter Möglichkeiten. Gut gestärkt mit einem gesunden Frühstück testeten sie ihre Kondition bei Bewegungsspielen, waren mit Eifer beim Basteln dabei oder suchten ihr Glück beim Spiel am Glücksrad. Im Krocky-Mobil erfuhren sie alles über schöne gerade Zähne aber auch über Kieferfehlstellungen und natürlich darüber, wie der Kieferorthopäde helfen kann. Dabei war Wissen gefragt, z. B.

was mit den Zähnen passiert, wenn man am Daumen lutscht oder sich von seinem Nuckel nicht trennen mag. In der „Zahnarztpraxis zum Anfassen“ waren alle Termine ausgebucht. Hier durften sich die Schülerinnen und Schüler selbst einmal als Zahnarzt ausprobieren. Mit Mundschutz und Praxisbesteck bewaffnet, sah man sie unter Anleitung von Patenschaftszahnarzt Dr. Jens Palluch und seinen Helferinnen konzentriert über ihrer Arbeit schwitzen – vielleicht die Zahnärzte von morgen. Bei den Abenteuern des Zahn Knasper konnte man sich zwar etwas entspannt zurücklehnen, allerdings war die Geschichte ziemlich aufregend. Der sorglose Knasper hatte das ewige Zähneputzen satt. Dass es sich im Schlaraffenland herrlich und unbeschwert leben lässt, hatte er von seinen Brüdern und der Zahnspange schon oft gehört. Dorthin wollte er auch und machte sich entschlossen auf den Weg. Jedoch verlor er bald seine Fröhlichkeit, denn er naschte einfach viel zu viel von all den süßen Köstlichkeiten – vom Zuckerkristallberg oder vom Sahnetoffeeberg. Das Schlimmste dabei war, dass er nicht ein ein-

ziges Rätsel lösen konnte und so musste er jedes mal ein Stück von seinem Zahnschmelz opfern, damit der Weg zum bunten süßen See frei wurde. Das konnte nicht gut gehen, da waren sich alle Zuschauer einig. Als er endlich an seinem Ziel angelangt und ausgiebig im süßen See gebadet hatte, fand man ihn leblos am Ufer. Frau Dr. Zange und Herr Dr. Bohrer machten sehr betrübt Gesichter, als sie ihn sahen: Von dem fröhlichen Knasper war nichts weiter übrig geblieben, als ein schmutziger, übel riechender, jammernder Zahn. Während sie laut beratschlagten, was hier zu tun sei, wachte Knasper endlich auf und, welch ein Glück, er hatte alles nur geträumt. Eine phantasievolle Geschichte, die sich hervorragend zur Kariesprävention im Rahmen der Gruppenprophylaxe eignet.

Die LAJ dankt den Organisatoren und Helfern, stellvertretend Zahnärztin Heike Breetz von der Kreisarbeitsgemeinschaft des Landkreises Rostock, die diese Landesaftaktveranstaltung mit so viel Engagement vorbereitet haben.

LAJ M-V



*Bewegung macht Spaß und ist ein Muss, so auch für die Schüler der Fritz-Reuter-Schule.*



*„Ihr seid gut drauf in Sachen gesunde Zähne.“ Michael Hewelt im Gespräch mit Schülerinnen und Schülern*

# GKV/PKV-Systemgrenze – Bestandsaufnahme

## Studie<sup>1</sup> zeigt Staatsversagen schonungslos auf

Seit September 2011 arbeiten das Institut für Mikrodaten-Analyse und die PremiumCircle Deutschland GmbH am gemeinsamen Forschungsprojekt zur „GKV/PKV-Systemgrenze“. In der Bestandsaufnahme ergibt sich der folgende Ergebnisüberblick:

### Gesetzliche Krankenversicherung

- Die GKV wird 2012 durch den Morbidity-RSA des Bundesversicherungsamts rechnerische Überschüsse in Höhe von rund 6,46 Milliarden Euro anhäufen.
- Der Generationenkonflikt zwischen Rentnern und Erwerbstätigen hat sich seit Mitte der 60er-Jahre trotz rund 150 wichtiger Gesetzes- und Verordnungsgebungen signifikant verschärft: Alleine im Jahr 2012 müssen Erwerbstätige 24,145 Milliarden Euro zu viel in die GKV einzahlen.
- Die GKV ist in ihrer bestehenden Struktur ein System ohne Nachhaltigkeitsperspektive und ohne Selbstheilungskräfte, da in den letzten 50 Jahren vor allem Gesundheitsbürokratie-Mechanismen ausgebaut wurden.
- Versicherte werden in der GKV unmündig gehalten, das GKV-Finanzierungskonzept stammt aus dem vorletzten Jahrhundert.
- Mit dem Gesundheitsfonds ist der Weg in eine GKV-Einheitskasse und in die GKV-Staatsmedizin geebnet.
- Das SGB V ist ein Sammelsurium ordnungs- und parteipolitischer Ideen, Kompromisse und Gesundheitsmythen geworden.
- In der GKV herrscht Staatsversagen, Wettbewerb findet nur auf dem Papier statt.

**Drabinski:** „Der Gesetzgeber hat seit Jahrzehnten das Rentnerproblem in der GKV verdrängt und die immer weiter steigenden Lasten unter dem Deckmantel des Generationenvertrags den Erwerbstätigen aufgebürdet. Eine grundlegende Reform der GKV ist unabdingbar, damit aus dem GKV-Solidarprinzip kein strukturzerstörendes Element wird.“

### Private Krankenversicherung

- Versicherte und vor allem nichtversicherte Leistungen sind für den PKV-Versicherten im Wettbewerbsvergleich zwischen den PKV-Unternehmen nicht nachvollziehbar.
- Für 32 relevante PKV-Unternehmen können im Neukundengeschäft 208

Tarifsysteme mit insgesamt 1567 Kombinationen in Bezug auf den abgesicherten Leistungskatalog abgeleitet werden: Die Kombinatorik (z. B. Alter und Geschlecht) führt zu einem Versicherungsmarkt mit mindestens 250 000 Preisen.

- Selbstständige Makler, Pools, Direktvertriebe und sonstige unternehmenseigene Vertriebe setzen die PKV-Policen im Vertriebsmarkt in der Regel ohne Qualifikationsnachweis und -anforderungen ab.
- Da der Vertriebsmarkt häufiger provisorientiert und seltener kundenorientiert arbeitet, werden im Ergebnis PKV-Billigtarife und andere PKV-Tarife mit teilweise existenziellen Leistungsaus-schlüssen im Krankheitsfall verkauft.
- Eine grundlegende Neuordnung des Vertriebsmarktes und auch der Provisionen ist damit unumgänglich: Die Abschlussprovisionen sollten auf 4,0 Monatsbeiträge (MB) gesenkt werden, Dienstleistungsvergütungen streng reguliert und überwacht und Bestandsbetreuungsprovisionen von bis zu 6 Prozent umgesetzt werden.<sup>2</sup>

**Gorr:** „Staatsversagen hat in der PKV zu Marktversagensbereichen geführt. Denn die Ausgestaltung der Leistungskataloge und der Vertriebsmarkt haben sich in den letzten 20 Jahren wegen fehlender politischer Leitplanken verselbstständigt. Zur Korrektur sind transparente Pflichtangaben über den jeweils versicherten Leistungskatalog sowie Mindestkriterien als Richtschnur für Versicherungsbedingungen umzusetzen und Provisionsexzesse zu beenden.“

### GKV/PKV-Systemgrenze

- Der direkte Vergleich der Pro-Kopf-Einnahmen- und Ausgabenstrukturen zwischen GKV und PKV zeigt: GKV- und PKV-Leistungsausgaben haben sich in den letzten 40 Jahren nahezu identisch entwickelt – die Differenz beläuft sich 2012 auf jährlich 84,39 Euro je Versicherter („Ausgabenseite“).
- Die Pro-Kopf-PKV-Prämien überschließen die Pro-Kopf-GKV-Gesamteinnahmen um jährlich 974,95 Euro je Versicherter: Die Differenz ist auf die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen und auf Abschlussaufwendungen (z. B. Provisionen) zurückzuführen („Einnahmenseite“).
- Hätten alle gesetzlich Versicherten Alterungsrückstellungen aufgebaut,

würde die GKV heute über einen Kapitalstock von mehr als 1100 Mrd. Euro verfügen.

- Die jährlichen Wachstumsraten des GKV-Höchstbeitrags und der PKV-Neukundenprämie hatten in den letzten 20 Jahren keinen systematischen Verlauf: Im Jahr 2012 wird der GKV-Höchstbeitrag um 3,03 Prozent, die PKV-Neukundenprämie um 2,45 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen sein.<sup>3</sup>
- Gesamtzeitraum 1991-2012: Die GKV-Höchstbeiträge sind trotz Leistungsreduktionen um durchschnittlich 3,14 Prozent im Jahr, die PKV-Neukundenprämie um durchschnittlich 3,96 Prozent im Jahr gestiegen.

### Fazit

- Die GKV hat ein grundlegendes Nachhaltigkeitsproblem, die PKV ein Transparenz- und Leistungskatalogproblem.
- Soll das duale System aus GKV und PKV aufrecht und für die Versicherten auf dem heutigen Leistungsniveau gehalten werden, sind umfassende Reformmaßnahmen umzusetzen.
- In der GKV kann das Staatsversagen nur durch (große) Systemänderungen, z. B. eine grundlegende Finanzierungsreform, und durch eine „Mündigmachung“ der Versicherten beseitigt werden.
- In der PKV können Staats- und Marktversagensbereiche durch Mindestkriterien und eine Sequenz weiterer Reformschritte abgebaut werden.

### KONTAKT

**Dr. Thomas Drabinski**  
**E-Mail: institut@ifmda.de,**  
**Internet: www.ifmda.de**  
**Claus-Dieter Gorr**  
**E-Mail: info@premiumcircle.de,**  
**Internet: www.premiumcircle.de**

<sup>1</sup> GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme – Allgemeiner Teil ; Juni 2012, ca. 180 Seiten, 11 Tabellen, 28 Abbildungen; Institut für Mikrodaten-Analyse, Schriftenreihe Band 21; ISBN 978-3-88312-194-9.

<sup>2</sup> Heute: Abschlussprovisionen rund 9+ MB, Bestandsbetreuungsprovisionen ca. 2 Prozent der Monatsprämie.

<sup>3</sup> PKV ohne Bestandskunden, da keine Prämienverläufe verfügbar sind. Für PKV-Bestandsversicherte können sich im Durchschnitt höhere Wachstumsraten ergeben.

# KZBV auf Facebook präsent

Historisches, aktuelle Meldungen und Service / Mitmachen ausdrücklich erwünscht

Wer noch nicht wusste, wann die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gegründet wurde oder ihr Domizil in der Hauptstadt eröffnet hat, der hat es jetzt leicht. Die Chronik auf der Social-Media-Plattform Facebook offenbart Historisches genauso schnell wie aktuelle Meldungen und Serviceinformationen.

Neu daran: Kommentare und Anregungen sind ausdrücklich erwünscht, ja sogar erbeten. Wen es also verdrießt, dass es den einen oder anderen Patientenratgeber zwar in türkischer und russischer Sprache gibt, aber in polnischer nicht, kann unkompliziert fragen warum. Antworten gibt es immer, von vielerlei Seite, nicht nur von offizieller. Neue Ideen werden von anderen Nutzern vorgeschlagen, weitergedacht, verworfen oder aufgegriffen.

Ein direkter Dialog entsteht im größten Netzwerk der Welt – Anfang Oktober hatte Facebook eine Milliarde Nutzer. Die KZBV schafft damit eine sinnvolle Erweiterung ihrer Öffentlichkeitsmaßnahmen, die damit ein Stück weit erlebbarer



und transparenter werden und zwar für jeden Interessierten. Für Vertragszahnärzte und ihr Praxispersonal genauso wie für die KZVs und Pressevertreter.

Wer bei Facebook ist und über neue Beiträge auf der Seite informiert werden möchte, klickt „Gefällt mir“. Neuigkeiten erscheinen dann automatisch auf der eigenen Facebook-Startseite.

Wer nicht bei Facebook ist? Kein Problem! Die Seite kann auch jeder

sehen, der kein eigenes Facebook-Konto besitzt.

Die KZBV wurde übrigens am 4. Juli 1954 zunächst als Arbeitsgemeinschaft der KZVs in Form eines nicht eingetragenen Vereins (ohne Rheinland-Pfalz) in Köln gegründet. Ihr Büro in Berlin wurde 1999 eröffnet.

Zu finden ist sie auf Facebook unter: <https://www.facebook.com/vertragszahnarzte>.

Kerstin Abeln

## Professionelle Zahnreinigung (PZR) wichtiger Pfeiler zahnmedizinischer Prävention

Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich durch zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen deutlich verbessert, darauf verweist die Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

### Bakterien gehts an den Kragen

Karies und Parodontitis sind nach wie vor die wichtigsten oralen Erkrankungen und gelten als Volkskrankheiten. Diese werden im Wesentlichen durch Bakterienbeläge (Plaques) ausgelöst.

Deswegen gilt es, diese Beläge im Rahmen der häuslichen Mundhygiene gründlich zu entfernen. Eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) unterstützt die Maßnahmen zur vollständigen Beseitigung aller bakteriellen Beläge auf den erreichbaren Zahnoberflächen.

„Besonders für Patienten mit hohem Kariesrisiko und entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontitis) ist die PZR die wichtigste Maßnahme eines oralprophylaktischen Hygienemanagements“, erklärt der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich. Wesentlicher Bestandteil der Professionellen Zahnreinigung ist neben gründlicher Reinigung, Politur und Fluoridierung die Beratung und Anleitung zur Optimierung der häuslichen Mundhygiene.

Die Versorgungssituation erfordert gezielte oralprophylaktische Maßnahmen. „Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland etwa 50 bis 70 Pro-

zent an parodontalen Erkrankungen leiden und diese in einem kausalem Zusammenhang mit bedeutsamen medizinischen Erkrankungen wie dem Diabetes mellitus in der wissenschaftlichen Literatur benannt werden, gibt es keine Zweifel über den medizinischen Nutzen einer PZR“, so Oesterreich.

### Hintergrund

Die Professionelle Zahnreinigung wurde Anfang 2012 im Rahmen der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als medizinisch notwendige Maßnahme aufgenommen. Gesetzliche Krankenversicherungen finanzieren die PZR teilweise im Rahmen von freiwilligen Leistungen.

BZÄK



Vertreter von Politik, Landespolitik und medizinischer wie zahnmedizinischer Wissenschaft erörterten abschließend während einer Podiumsdiskussion die Ergebnisse des Doppel-Kongresses  
Foto: Kahnt/DGZMK

## Gemeinsames Zukunftspotenzial im Bereich Versorgung und Prävention

**Zusammenarbeit soll nach dem 11. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und 4. Nationalen Präventionskongress in Dresden fortgeführt werden**

Das deutsche Gesundheitswesen muss und kann effizienter werden. Dies ist die Quintessenz des 11. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung und 4. Nationalen Präventionskongresses, der Ende September in Dresden zu Ende ging. Hier suchten erstmals Zahnmediziner und Mediziner gemeinsam nach Lösungen, die Kostenschraube nach unten zu drehen. „Im Zuge des demografischen Wandels nehmen Polypharmazie und Multimorbidität zu. Die kurative Medizin kommt hier an ihre Grenzen“, stellte auf einer abschließenden Podiumsdiskussion der Hauptgeschäftsführer des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF), Prof. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen fest. Die Versorgungsforschung könne dazu beitragen, dass Allokationsentscheidungen im Sinne des Patienten gefällt werden. Rund 180 Milliarden Euro verschlingt nach Expertenschätzungen allein die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in diesem Jahr. Insgesamt wurden für Behandlungen, Reha und Pflege im Jahr 2010 mehr als 287 Milliarden Euro aufgewendet. Glaeske wiederholte seine Forderung, einen Etat von 0,1 Prozent

der jährlichen GKV-Ausgaben für die Versorgungsforschung zur Verfügung zu stellen.

Neben der Versorgungsforschung besteht Nachholbedarf auch im Bereich der Prävention, die mit etwa zwei Milliarden Euro jährlich nur einen Bruchteil der Gesamtausgaben im Verhältnis zur GKV ausmache. Das konstatierte Prof. Wilhelm Kirch, Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden und Sprecher des Forschungsverbundes Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt, und forderte eine Verschiebung der Ausgaben in Richtung Prävention.

Wie Medizin und Zahnmedizin bei Versorgung und Prävention voneinander profitieren könnten, stellte der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, heraus: „Wir Zahnmediziner haben im Grunde gute Ergebnisse und sind beispielgebend, was das Thema Prävention anbelangt, denn unsere Präventionskonzepte und die daraus abgeleiteten Prophylaxemaßnahmen sind ein sehr gutes Beispiel, was auch für andere medizinische Leis-

tungsbereiche Vorbildcharakter hat.“ Fedderwitz verwies in diesem Zusammenhang auf die nicht adäquate Versorgung von Alten und Menschen mit Behinderungen. Hier sei nicht nur der zahnärztliche Berufsstand, sondern auch die Versorgungsforschung gefragt.

„Die Schwerpunkte für die Zukunft liegen im demografischen Wandel, im wissenschaftlich-technischen Fortschritt aber auch in der sozialen Ungleichheit“, erklärte der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Prof. Dietmar Oesterreich, und verwies auf die von der BZÄK zum Kongress vorgelegten Mundgesundheitsziele. Es zeige sich hier, dass die Zahnmedizin mit ihren Themen genau an der Schnittstelle zwischen Medizin und Zahnmedizin ansetze: „Auf der kausalen Ebene existieren viele Zusammenhänge zwischen Medizin und Zahnmedizin, das wird hier auf diesem ‚Schnittstellenkongress‘ sichtbar“, so Oesterreich. Dies müsse künftig durch gemeinsame Projekte unterlegt werden. Ein Beispiel dafür sei der gemeinsame Risikofaktoren-Ansatz.

Prof. Thomas Hoffmann, Geschäftsführender Direktor der Universitäts-

ZahnMedizin Dresden und für die als Mitveranstalter auftretende Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) als Tagungspräsident beim Kongress engagiert, sah in Sachen Prävention und Versorgung ein großes Zukunftspotenzial in der Zusammenarbeit von Medizin und Zahnmedizin: „Diese Tagung hat Medizin und Zahnmedizin deutlich näher gebracht und eine Debatte gemeinsamer Forschung initiiert. Diese gemeinsame Diskussion darf nach dem Kongress nicht abreißen, sondern muss im Sinne der Patienten und der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens fortgeführt werden.“ Hoffmann erkannte für die Versorgungsforschung ein hohes Entwicklungspotenzial in der Zahnmedizin. **DGZMK**



Die drei Tagungspräsidenten: (v.l.) Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, Prof. Dr. Holger Pfaff  
Foto: Bellmann/DGZMK

## Keine IGeL bei Zahnärzten

Beim Zahnarzt gibt es keine IGeL. „Private Zusatzleistungen beim Zahnarzt dürfen auf keinen Fall mit so genannten IGeL-Leistungen verwechselt werden.“ Darauf wies der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz angesichts der laufenden Diskussion um so genannte ‚Individuelle Gesundheitsleistungen‘ hin.

IGeL-Leistungen, so Fedderwitz weiter, seien Leistungen, die nicht von der Krankenkasse bezuschusst würden, und bei denen weder die Notwendigkeit noch die Wirksamkeit klar anerkannt sei. Solche Leistungen gebe es in der Zahnmedizin fast gar nicht. „Hier sind das in der Regel Zusatzleistungen, die nicht im Grundleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind, bei denen aber die Wirksamkeit erwiesen ist. In den allermeisten Fällen liegt eine Behandlungsnotwendigkeit vor und die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten.“

Zusatzleistungen kämen beispielsweise zustande, wenn sich behandlungsbedürftige Patienten nicht mit dem Grundleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zufrieden gäben, sondern eine der aufwändigeren Therapiealternativen wählen würden, die es für die meisten Befunde gibt. Fedderwitz: „Ein typisches Beispiel ist, wenn ein Patient sich bei der notwendigen Versorgung eines Seitenzahnes mit einer Krone anstelle der Kassenleistung Vollmetallkrone für eine ästhetisch ansprechendere Keramikkrone entscheidet. „Wenn es Therapiealternativen gibt, muss der Zahnarzt den Patienten sogar darauf hinweisen. Das ist Teil der umfassenden zahnärztlichen Aufklärungspflicht und verbrieftes Recht des Patienten.“

Auch wenn es für eine Leistung ausnahmsweise keinen verpflichtenden Kassenzuschuss gibt, wie zum Beispiel bei einer professionellen Zahnreinigung für einen parodontal gefährdeten Patienten, ist die Notwendigkeit und Wirksamkeit der Therapie belegt. Viele Kassen bezuschussen die PZR deshalb auf freiwilliger Basis. Fedderwitz: „Mit IGeL hat das nichts zu tun.“ **KZBV**

## Bleaching gehört in die Hand des Zahnarztes

Bereits jeder zweite Mann fragt bei einem Zahnarztbesuch nach der Möglichkeit einer Zahnaufhellung. Bei weiblichen Patientinnen beläuft sich das Interesse an helleren Zähnen bereits auf rund 80 Prozent. Das erklärte Dr. Dirk Stockleben, Hannover, auf einer Infoveranstaltung der Firma Philips, die anlässlich der neuen Kosmetikverordnung in Berlin stattfand.

Stockleben sieht in der Zahnaufhellung ein großes Potenzial für die Zahnärzte und ihre Praxen. Die Behandlung gehöre immer in die Hände des Zahnarztes und nicht ins „Schönheitsinstitut“, sagte er und zitierte eine Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer vom September 2012 (siehe dens 10/2012, Seite 33).

### Neue Farbnuance ist erst nach der Rehydratation des Zahnschmelzes final zu beurteilen

Anschließend wies er darauf hin, dass der Patient mindestens 18 Jahre alt sein muss. Sollte er zudem Diabetiker sein, sei eine richtige medikamentöse Einstellung erforderlich, und es dürfe keine Bisphosphonat-Therapie erfolgt sein. Es gebe aber auch andere Kontraindikationen wie Schwangerschaft, Stillzeit oder HIV-Infektion. Auch bei einer Chemotherapie sowie einer Radiatio und unbehandelter Gingivitis sowie Parodontitis sollte keine Zahnaufhellung erfolgen.

Stocklebens Tipp: „Achten Sie darauf, dass die Gingiva lückenlos geschützt ist und geben Sie kein Gel auf freies Dentin!“ Sollte doch eine Hypersensibilität auftreten, die nicht nach kurzer Zeit wieder verschwindet, empfiehlt er, Ibuprofen zu verordnen. „Machen Sie die Patienten außerdem darauf aufmerksam, dass beim Bleichvorgang der Schmelz dehydriert wird. Das hat zur Folge, dass erst nach erfolgter Rehydratation, die bis zu zwei Wochen dauern kann, die endgültige Farbnuance auszumachen ist.“

Stellungnahme der BZÄK im Internet unter: [http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/bleaching\\_stellungnahme.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/bleaching_stellungnahme.pdf)

# Service der KZV rund um die Niederlassung

## Führung von Börsen

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

- Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung
- Praxis sucht Vorbereitungsassistent/Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

## Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

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

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

zahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

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

## Zulassung zum 1. November

Dr. med. dent. Arnd Küppers

Zahnarzt

Olof-Palme-Platz 2  
18439 Stralsund

Dr. med. dent. Stefan Pietschmann  
Oralchirurg  
Olof-Palme-Platz 2  
18439 Stralsund

## Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Dr. med. dent. Burkhard von Schwane-  
wede, niedergelassen in 18059 Rostock,  
Robert-Koch-Straße 9, beschäftigt seit dem  
1. November Janine Stark als ganztags  
angestellte Zahnärztin.

Martina Ibrügger, niedergelassen in  
18055 Rostock, Baleckestraße 2, be-  
schäftigt ab den 15. November An-  
nabelle Göbel als halbtags angestellte  
Zahnärztin. **KZV**

# Kassen sammeln private Daten

Der Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar hat das Verfahren zahlreicher Krankenkassen kritisiert, Versicherte umfassend zu ihrer Erkrankung und ihrer persönlichen Situation zu befragen, sobald diese Krankengeld beziehen. Schaar äußerte im Radioprogramm NDR Info starke Zweifel an der Rechtmäßigkeit.

Seine Kritik richtet sich gegen so genannte Selbstauskunftsbögen, die regelmäßig an Versicherte verschickt werden, die arbeitsunfähig geschrieben wurden: „Da wird bewusst versucht, die Datenschutzmechanismen,

die wir haben, auszuhebeln. Wir haben eine Reihe von Beschwerden vorliegen, die sich gegen verschiedene Kassen richten“, sagte Schaar.

Seine Behörde untersuche derzeit Fälle, in denen Patienten beispielsweise nach ihrem familiären Umfeld, der Dosierung von Medikamenten, Urlaubsplänen oder dem Verhältnis zum Arbeitgeber befragt wurden. Einigen Versicherten wurde dabei gedroht, die Zahlung des Krankengeldes einzustellen, wenn sie den Fragebogen nicht ausgefüllt zurückschicken.

**änd**

Anzeige

# Aufruf zur Teilnahme an der GOZ-Analyse der Bundeszahnärztekammer

## Feldphase beginnt auch in Mecklenburg-Vorpommern

Die bereits seit 1997 gemeinsam von BZÄK, KZBV und IDZ durchgeführte GOZ-Analyse ist die einzige regelmäßig veröffentlichte Informationsquelle zum privaten Liquidationsverhalten. Für das Bundesgebiet ist die Erhebung bereits weitgehend anerkannt. Nun ist Mecklenburg-Vorpommern eines der ersten Bundesländer, in denen eine auf regionaler Ebene repräsentative Datenbasis geschaffen werden soll. In diesen Tagen werden daher an zufällig ausgewählte Zahnarztpraxen Teilnah-

me-Einladungen verschickt.

Die Zahnärzteschaft sieht sich derzeit mit wesentlichen Änderungen im Praxisalltag konfrontiert – allen voran durch die neue Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Gesetzgeber hat vorgesehen, die Auswirkungen der neuen GOZ genau zu beobachten. Aus Sicht der Zahnärzte ist jetzt vor allem Eines nötig: Eine verlässliche Datenbasis in eigenen Händen. Denn nur mit belastbaren Zahlen aus dem realen Praxisalltag kann gegenüber der Politik

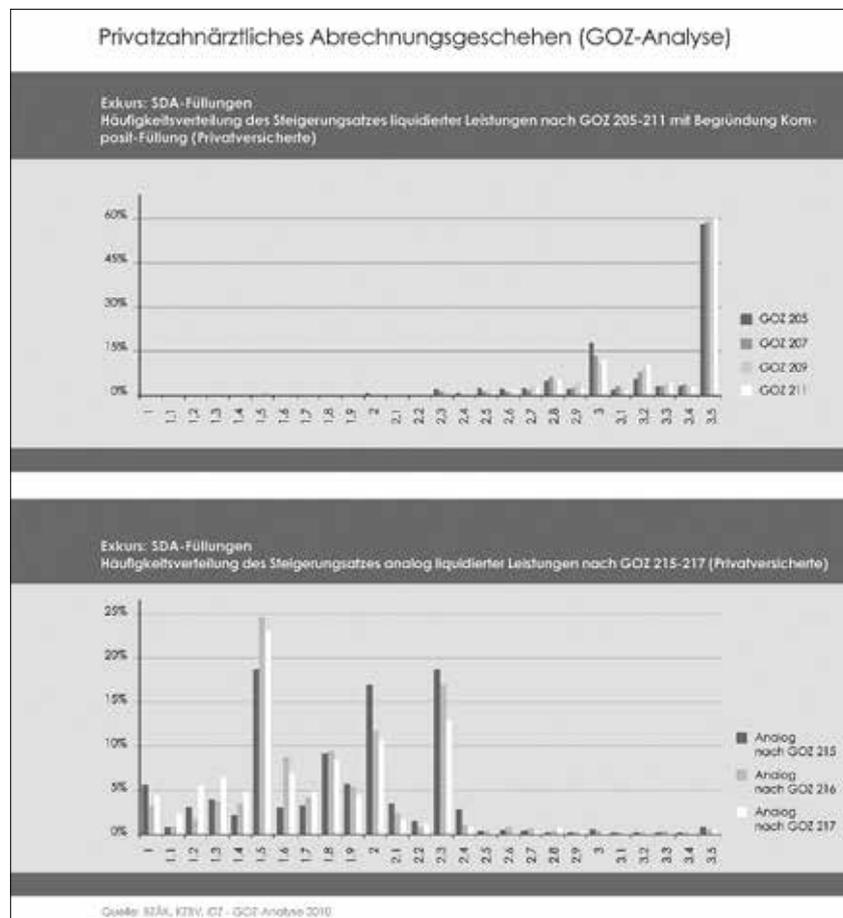
fundiert argumentiert werden, nur so ist es möglich, ein realistisches Bild des Praxisalltags deutscher Zahnärzte zu zeichnen.

Eine unverzichtbare – da mithin die einzig regelmäßig publizierte – Datenquelle bildet in diesem Zusammenhang die GOZ-Analyse. Im Rahmen dieses Projekts stellen Zahnärzte quartalsweise ihre anonymisierten Rechnungsdaten für detaillierte Auswertungen zur Verfügung. Dies geht schnell und einfach – die Daten können direkt aus der Praxissoftware heraus per Email oder auf Diskette übermittelt werden.

Dank des Engagements der Teilnehmer sind die Ergebnisse der Erhebung für das Bundesgebiet mittlerweile weitgehend anerkannt, nun soll auch Repräsentativität im statistischen Sinne erreicht werden. Zu diesem Zweck versendet die Bundeszahnärztekammer in diesen Tagen Informationsmaterial an zufällig ausgewählte niedergelassene Zahnärzte in ganz Mecklenburg-Vorpommern mit der Bitte um Unterstützung des Projekts. Dieses Vorgehen ist ungewöhnlich, angesichts der stetig steigenden Anforderungen an die Datenbasis jedoch unumgänglich.

Datenschutz wird bei der GOZ-Analyse groß geschrieben: Die Adressverwaltung erfolgt durch einen Treuhänder, das Notariat Konrad Adenauer und E. Thies in Köln. Das Notariat vergibt Nummern an die teilnehmenden Zahnärzte und gibt die eingegangenen Rechnungsdaten losgelöst von Adress- oder Email-Informationen an die Bundeszahnärztekammer weiter. Zu keiner Zeit ist folglich eine Zuordnung der Rechnungsdaten zur jeweiligen Praxis möglich. Die Datenübermittlung erfolgt zudem verschlüsselt, sodass auch bei Verlust der Daten (bspw. in der Post) kein Missbrauch durch Dritte möglich ist. Alle Teilnehmer haben Zugang zu einem internen Bereich auf der Webseite der BZÄK. Hier kann man u. a. einsehen, welche Daten von einem selbst bei der BZÄK gespeichert sind. Ein Widerruf der Teilnahme ist selbstverständlich jederzeit möglich.

Risiko und Aufwand einer Teilnahme an der GOZ-Analyse sind also gering, der Nutzen jedoch umso



### Informationen zur GOZ-Analyse:

Andreas Kunzler - Tel.: 030-4 00 05-113

Kathrin Fuchs - Tel.: 030-4 00 05-112

Chausseestr. 13

10115 Berlin

Email: statistik@bzaek.de

Unter: [www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen/goz-analyse.html](http://www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen/goz-analyse.html) wurden zudem wichtige Informationen zur GOZ-Analyse und zur aktuellen Erhebung übersichtlich zusammengestellt.

größer. So konnte bspw. anhand der Praxisdaten ein detailliertes Bild der heutigen Abrechnungspraxis bei SDA-Füllungen gezeichnet werden. Die Grafiken zeigen bspw., dass S(D) A-Füllungen sowohl unter den GOZ-Positionen 205-211 als auch unter den

Positionen 215-217 liquidiert werden. Bei den durchschnittlich angesetzten Multiplikatoren bestehen dabei erhebliche Unterschiede. Ohne derartige Auswertungen zu den einzelnen Leistungen wird es nicht möglich sein, die Auswirkungen der GOZ 2012 an-

gemessen zu überprüfen.

Selbstverständlich soll die Teilnahme nicht unbelohnt bleiben – in jedem Jahr wird unter allen Teilnehmern, die regelmäßig ihre Rechnungsdaten zur Verfügung stellen, eine attraktive Städtereise verlost. **BZÄK**

# Berechnung analoger Leistungen

## Neuregelungen in der GOZ 2012

Mit der novellierten GOZ hat der Verordnungsgeber die Analogberechnung wie folgt geregelt:

### § 6 Absatz 1 GOZ

*(1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.*

Mit der Neufassung von § 6 Abs. 1 Satz 1 können Leistungen, die im Gebührenverzeichnis fehlen, analog berechnet werden, egal wann sie zur Anwendungsreife gelangt sind und aus welchem Grund die Leistung nicht in die GOZ aufgenommen wurde. Dabei ist zu beachten, dass weiterhin nur selbstständige Leistungen analog berechnet werden können. Eine Leistung, die lediglich eine neuartige Methodik bzw. Variation einer bereits vorhandenen Leistung darstellt (z. B. Laser statt Skalpell), erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Soweit mit der Modifikation vorhandener Leistungen eventuell Veränderungen in der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand einhergehen, kann dies über den Steigerungsfaktor gemäß § 5 Abs. 2 GOZ abgegolten werden.

Bei der Analogbewertung ist eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen. Für eine Analogberechnung ist es nicht erforderlich, dass alle

drei genannten Kriterien erfüllt und in gleichem Maße gegeben sind. Der Zahnarzt legt im Sinne einer Gesamtbetrachtung in eigener Verantwortung fest, welche vorhandene Gebührennummer nach Schwierigkeit und Zeitaufwand der nicht abgebildeten Leistung am ehesten entspricht. Diese Zuordnung ist nicht durch Außenstehende möglich, sondern ausschließlich dem behandelnden Zahnarzt allein anhand des konkreten Behandlungsfalls möglich und vorbehalten.

Die Bundeszahnärztekammer hat in ihrem GOZ-Kommentar bewusst auf die Festlegung bestimmter Analognummern verzichtet. Eine zahnärztliche Leistung, die analog berechnet werden muss, kann in ihrer Ausgestaltung derart unterschiedlich gewichtet sein, dass die Fixierung auf eine bestimmte analoge

Gebührennummer nicht sachgerecht wäre. Die BZÄK hat sich deshalb darauf beschränkt, diejenigen Leistungen zu benennen, die einer analogen Berechnung zugänglich sind.

Während es nach der GOZ 88 schwierig und strittig war, bei der Analogie auf GOÄ-Positionen zurückzugreifen ist, hat sich diese Beschränkung gelockert. Paragraf 6 Abs. 1 Satz 2 stellt klar, dass bei der Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen ist und erst nachrangig eine Leistung aus den für die Zahnärzte geöffneten Leistungsbereichen der GOÄ in Frage kommt. GOÄ-Leistungen, für die der Zugriff nach Absatz 2 nicht eröffnet ist, stehen auch für eine Analogie nicht zur Verfügung.

### Rechnungserstellung analoger Leistungen:

#### § 10 Abs. 4 GOZ

*Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.*

Die Fälligkeit der zahnärztlichen Vergütung setzt eine Rechnungslegung gemäß den Formvorschriften voraus. Im Zusammenhang mit analog berechneten Leistungen sind hierbei besondere Anforderung gemäß nachstehendem Schema zu erfüllen:

Datum	Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Beitrag Euro
XX.XX.2012	XX	XXXX	A entsprechend (§ 6 Abs. 1 GOZ) B	X	1–3,5	XX,XX

**A** = Verständliche Beschreibung der erbrachten selbstständigen zahnärztlichen Leistung, die nicht in die GOZ aufgenommen wurde

**B** = Leistungsbeschreibung (Originaltext, auch sinnerhaltend verkürzt) der zur analogen Bewertung herangezogenen Gebührennummer des Gebührenverzeichnisses.

Die beiden Beschreibungen sind mit dem Begriff „entsprechend“ zu verknüpfen, ein Hinweis auf § 6 Abs. 1 GOZ ist sinnvoll.

Während wir nach der alten GOZ dringend davon abgeraten haben, die Analogleistung mit einem „a“ zu kennzeichnen, ist dies nun aufgrund des seit 1. Juli 2012 geänderten Rechnungsformulars des Bundesge-

sundheitsministerium erforderlich.

Immer wieder wird uns die Frage gestellt, ob bei der Analogberechnung auch eine Überschreitung des 2,3-fachen Faktors möglich ist.

Dies ist durchaus zulässig, birgt jedoch Konfliktpotenzial in Bezug auf die Begründungspflicht und das Erstattungsverhalten privater Kostenträger.

Sinnvoll ist es deshalb, sich eine entsprechende Gebührennummer mit angemessener Vergütung heranzuziehen, ohne dass eine Schwellenwertüberschreitung notwendig ist.

**Die nachfolgenden Analogziffern und Steigerungsfaktoren wurden von uns lediglich beispielhaft gewählt.**

Datum	Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Beitrag €
13.10.2012	45	2195a	Parapulpäre Stiftverankerung entsprechend (§ 6 Abs. 1 GOZ) Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstiftaufbau o. Ä. (*)	1	1,3	21,93
14.10.2012	11	2270a	Wiedereingliedern einer prov. Krone im Notdienst entsprechend (§ 6 Abs. 1 GOZ) Provisorium im direkten Verfahren	1	1,2	18,23

Eventuelle Materialkosten sollten ebenfalls in die Kalkulation der Analognummer mit einfließen, da die gesonderte Auslagenberechnung im Zusammenhang mit der Analogie Rechtsunsicherheit birgt.

Nicht immer werden die gewählten Analognummern vorbehaltlos und in vollem Umfang von den privaten Erstattungsstellen anerkannt. Private Kostenträger haben durchaus das Recht, Grenzen ihrer Erstattungsfähigkeit festzulegen, sodass der Privatversicherte, Beihilfeberechtigte oder GKV-Patient mit privater Zusatzversicherung hier immer mit einem Eigenanteil rechnen muss.

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

(\*) Die Materialkosten für den parapulpären Stift wurden bei der Kalkulation der Analognummer mit berücksichtigt.

**Leserbrief zum Beitrag in dens 10/2012:**

**„Therapieansatz zur Lösung der Problematik des Knochenabbaus bei einer Parodontitis“ von Dr. Möbius**

Sehr geehrte Redaktion, erst einmal möchte ich mich für den Mut und die Weitsicht der Redaktion bedanken, diesen Artikel abzu- drucken. Denn was hier beschrieben wird, ist nichts weniger als die Mög- lichkeit einer revolutionären Umwäl- zung in der Parodontologie. Wir ha- ben uns daran gewöhnt, dass sich die Halbwertszeit unseres Fachwissens immer weiter verkürzt. Wir haben in den letzten 20 Jahren rasante Ent- wicklungen in der konservierenden Zahnheilkunde, der Endodontie und Implantologie erlebt. Wir tun heu- te Dinge, die wir uns vor 20 Jahren nicht wirklich vorstellen konnten.

gezeigten Therapieansatz. Seit zwei Jahren setzen wir das Therapiekon- zept von Dr. Möbius strikt um und das mit regelmäßigem, vorhersag- barem Erfolg. Wir können heute im- mer mehr Zähne langfristig erhalten, die ich vor wenigen Jahren guten Ge- wissens, da für mich bis dato nicht er-

haltbar, extrahiert hätte. Und das bei einer denkbar geringen Belastung des Patienten durch Doxycyclin, da Lokal angewendet und den Gesamtorganis- mus minimal belastend.

Super – ich gratuliere zu diesem Fachartikel!

MU Dr. Per Fischer, Güstrow

Anzeige

Nun geht es auch den altherge- brachten „Grundfesten der Parodon- tologie“ an den Kragen; indem wir erkennen, warum wir nur zu oft ge- scheitert sind.

Unsere Praxis beschäftigt sich seit ungefähr sechs Jahren mit dem hier

## Fortbildung im November und Dezember 2012

### Terminänderung

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

### 7. November

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

### 14. November

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

### 21. November

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

### Terminänderung

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

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

### Seminar 29 und Seminar 30 – Paketpreis 430 €

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

### 28. November

*7 Punkte*  
 Okklusionsschienen zur Prävention und Therapie von kranio-manibulären Dysfunktionen.  
 Theoretische Grundlagen, klinisches und labortechnisches Vorgehen  
 Prof. Dr. Peter Ottl  
 15–20 Uhr  
 Klinik und Polikliniken für ZMK  
 „Hans Moral“  
 Stempelstraße 13  
 18057 Rostock  
 Seminar Nr. 30  
 Seminargebühr: 140 €

### 28. November

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

### 1. Dezember

*8 Punkte*  
 Komplexe prothetische Planung des Lückengebisses mit und ohne Implantate  
 Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt  
 9–17 Uhr  
 Zentrum für ZMK  
 W.-Rathenau-Straße 42a

17475 Greifswald  
 Seminar Nr. 32  
 Seminargebühr: 185 €

### 5. Dezember

Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für Stomatologische Schwestern, ZAH, ZFA)  
 Prof. Dr. Uwe Rother,  
 Dr. Christian Lucas  
 15–18 Uhr  
 InterCity Hotel  
 Grunthalplatz 5-7  
 19053 Schwerin  
 Seminar Nr. 43  
 Seminargebühr: 40 €

### 8. Dezember

*8 Punkte*  
 Das Frontzahntrauma: Rettung durch Replantation, Transplantation oder Implantation, schonende vertikale Ex-Tractionstechniken durch Zalex und Benex (mit praktischen Übungen)  
 Priv.-Doz. Dr. Yango Pohl  
 9–16 Uhr  
 Zentrum für ZMK  
 W.-Rathenau-Straße 42a  
 17475 Greifswald  
 Seminar Nr. 33  
 Seminargebühr: 300 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0 385-5 91 08 13 und Fax: 0 385-5 91 08 23 zu erreichen  
**Bitte beachten Sie:** Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de)).

### Bitte beachten Sie die Terminänderung

Das Seminar Nr. 8 „GOZ 2012 – Kons., Chirurgie, PAR, ZE“ mit der Referentin Sandra Bartke, geplant am 10. Oktober in Rostock, wird auf den 21. November verlegt. Das Seminar findet am 21. November von 14–17 Uhr im Trihotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103 in Rostock statt.

Das Seminar Nr. 19 „Komplikationen und Notfälle in der zahnärztlichen Praxis“ mit den Referenten Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz und Dr. Anja Mehlhose, geplant am 3. November in Rostock, wird auf den 17. November verlegt. Das Seminar findet am 17. November von 9–13 Uhr in Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“ Stempelstraße 13 in Rostock statt. **ZÄK**

# Curriculum „Funktionslehre kompakt“

Die moderne interdisziplinär ausgerichtete wissenschaftsbasierte zahnärztliche Funktionslehre als Querschnittsfach der gesamten Zahn-Mund-Kieferheilkunde Curriculum „Funktionslehre kompakt“

Gemeinsames Curriculum der Zahnärztekammern Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein

Die zahnärztliche Funktionslehre ist ein grundlegendes Querschnittsfach, das nahezu alle Disziplinen der Zahnmedizin einschließt und darüber hinaus viele und in der Vergangenheit kaum vermutete Schnittstellen zur Allgemeinmedizin hat. Gerade im Kopf-, Gesichts- und Schulterbereich treffen unterschiedliche medizinische Fachgebiete aufeinander und beeinflussen sich gegenseitig in vielfältiger Form. Dadurch können sowohl krankheitsauslösende Risikofaktoren als auch resultierende Krankheitsbilder in jeweils verschiedenen Fachdisziplinen zu suchen und zu finden sein. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und dazu passende klinische Erfahrungen verdeutlichen immer nachhaltiger die große medizinische Verantwortung, welche die Zahn-Mund-Kieferheilkunde gerade auch im Bereich der Funktionslehre für betroffene Patientinnen und Patienten haben kann. Es ist kaum verständlich, dass ein Großteil der Ärzte, der Gutachter und der Kostenträger diese Zusammenhänge immer noch ignoriert, denn anderenfalls wären viele leidvolle Patientenschicksale vermeidbar und auch eine Kostendämpfung wäre insgesamt von hoher Wahrscheinlichkeit.

Es ist das Ziel dieses kompakten Curriculums, Kieferorthopäden, Endodontologen, Parodontologen und Oralchirurgen mit den allgemeingültigen Grundlagen aber auch mit den interdisziplinär ausgerichteten medizinischen Aspekten der Funktionslehre vertraut zu machen. Dankenswerterweise haben die renommiertesten Referentinnen und Referenten ihrer jeweiligen Fachgebiete spontan zugesagt, zu diesem außerordentlich viel versprechenden und dabei sehr kompakt strukturierten Curriculum Funktionslehre beizutragen. Das Spektrum reicht von biomechanischen Grundlagen über zahnerhaltende, parodontologische und kieferorthopädische Aspekte bis hin zu psychosomatischen, allgemein-orthopädischen, manualmedizinischen und schlafmedizinischen Zusammenhängen.

Der Start dieses Curriculums wird am 11. Januar 2013 in Kiel sein und das letzte Modul mit Verleihung der Abschlusszertifikate ist für den 23. November 2013 geplant.

Ich würde mich freuen, wenn Sie Ihr Fortbildungsjahr 2013 diesen ausgewählten Aspekten der zahnärztlichen Funktionslehre widmen würden. Es wäre mir eine besondere Ehre, wenn möglichst viele Kieferorthopäden dabei wären, denn sie tragen eine große Verantwortung bei der Prävention und Beseitigung von Funktionsstörungen.

**Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald**

Es gelten die Hinweise zur strukturierten und zertifizierten Fortbildung, die im Fortbildungsprogramm der ZÄK veröffentlicht sind.

## Anmeldung:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Referat Fortbildung  
Christiane Höhn  
Wismarsche Str. 304  
19055 Schwerin  
Tel: 0385-5 91 08-13  
Fax: 0385-5 91 08-20  
Mail: ch.hoehn@zaekmv.de  
www.zaekmv.de

Zahnärztekammer  
Schleswig-Holstein  
Heinrich-Hammer-Institut  
Nicole Haltenhof  
Westring 496  
24106 Kiel  
Tel. 0431-26 09 26-80  
Fax: 0431-26 09 26-15  
Mail: hhi@zaek-sh.de  
www.zahnaerztekammer-sh.de

## Die Module

### Modul 1:

Form und Funktion natürlicher Zähne, geometrische Wechselwirkungen zwischen Kauflächen und Kiefergelenken, biomechanische und neuromuskuläre Aspekte einer physiologischen Zentrik, Funktion und Zahnhalteapparat/keilförmige Defekte/Zahnbeweglichkeit/Erosion

Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer,  
Greifswald  
11./12. Januar 2013 in Kiel

### Modul 2:

a) Klinische und instrumentelle Funktionsdiagnostik, bildgebende Verfahren

Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock

b) Psychologische und psychosomatische Aspekte in der Funktionsdiagnostik und -therapie

PD Dr. Anne Wolowski, Münster  
22./23. Februar 2013 in Rostock

### Modul 3:

a) Interdisziplinäre Aspekte in der Okklusions- und Schienentherapie einschließlich flankierender Therapien

Prof. Dr. Ulrich Lotzmann, Marburg

b) Praktische Schienentherapie zur reflektorischen und dauerhaften Muskelentspannung und zur Dekompression schmerzhafter Kiefergelenksstrukturen

Theresia Asselmeyer, M.A., Hannover  
7./8. Juni 2013 in Greifswald

### Modul 4:

Kieferorthopädie/Orthopädie/Physiotherapie unter kaufunktionellen Gesichtspunkten

Prof. Dr. Stefan Kopp, Frankfurt,  
Dr. Gernot Plato, Rendsburg  
13./14. September 2013 in Kiel

### Modul 5:

Manuelle und osteopathische Aspekte in der allgemein-zahnärztlichen und kieferorthopädischen Praxis zur Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen, prothetische und kieferorthopädische Umsetzung nach Schienentherapie

Dr. Wolfgang Boisserée, Köln,  
Dr. Werner Schupp, Köln  
18./19. Oktober 2013 in Rostock

### Modul 6:

a) Zahnärztliche Schlafmedizin – Protrusionsschienen zur Therapie von Schnarchen und Schlafapnoe  
Dr. Susanne Schwarting, Kiel  
b) Craniomandibuläre Dysfunktionen als Risikofaktor für Kopf- und Gesichtsschmerzen, Tinnitus, Halswirbelsäulen- und Rückenprobleme; ausgewählte Patientenfälle aus allen Bereichen der funktionsorientierten Zahnmedizin

*Abschlussgespräch, Zertifikate*  
Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer,  
Greifswald  
22./23. November 2013 in Kiel

# Multiresistente Bakterien in der Zahnarztpraxis

Eine im letzten Jahrzehnt teilweise stark zunehmende Prävalenz multiresistenter Bakterien in Einrichtungen des Gesundheitswesens hat zu einiger medialer Aufmerksamkeit einerseits und Unsicherheiten vieler potenziell Betroffener andererseits geführt. Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit auch Zahnarztpraxen, d. h. deren Mitarbeiter und Patienten von den Problemen mit multiresistenten Bakterien (multiresistente Erreger, MRE) betroffen sind.

Zu den in Deutschland für Zahnärzte epidemiologisch relevanten multiresistenten Bakterien gehören MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) und 3MRGN bzw. 4MRGN (Enterobakterien wie E. coli und Klebsiella sp., Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter baumannii mit Resistenzen gegen Penicilline plus Cephalosporine plus Carbapeneme und/oder Chinolone). Diese Bakterien kommen auch in ein bis zwei Prozent (MRSA) bzw. bis fünf Prozent (3MRGN) der infektiologisch unauffälligen Bevölkerung ohne häufigen Kontakt zum Gesundheitswesen vor. Diese von den Erregern nur besiedelte Menschen (sog. asymptomatische Träger) sind i.d.R. über Wochen und Monate, ggf. sogar Jahre Keimträger und damit Quelle für Übertragungen.

Die Besiedlung mit den multiresistenten Bakterien wird durch häufige, auf die Mikroflora des Körpers selektierend wirkende Antibiotikatherapien begünstigt. Insofern ist die im Vorfeld wirksamste Prävention gegen diese Erreger die Beschränkung des Einsatzes von Antibiotika auf das für die menschliche Gesundheit unumgängliche Mindestmaß und die Nutzung der jeweils gezielt wirksamsten Antibiotika. Daran können auch Zahnärzte durch wohlüberlegte Therapien mitwirken!

Typischer anatomischer, für Zahnärzte relevanter Ort der Besiedlung bei solchen Trägern sind Mundhöhle und Rachen, im Fall von MRSA auch die Naseneingänge. Von dort aus können sie meist durch direkte Handkontakte auf der Körperoberfläche des Trägers verteilt bzw. auf andere Personen übertragen werden. Insbesondere MRSA und Acinetobacter baumannii können auch durch indirekte Handkontakte von kontaminierten Oberflächen der menschlichen Umgebung verteilt werden, da beide eine hohe Umwelt-

resistenz (sog. Tenazität) aufweisen und auf kontaminierten Flächen und Instrumenten ggf. monatelang überleben und infektiös bleiben. Für die Enterobakterien und Pseudomonas gilt dies auch, sofern die Oberflächen feucht sind (z. B. Waschbecken, Reinigungsutensilien, Aufbereitungsgeräte für die zahnärztlichen Medizinprodukte). Aerogene Übertragungen durch kontaminierte Tröpfchen oder Aerosole sind zudem möglich und werden durch Aerosol-bildende zahnärztliche Maßnahmen klar begünstigt.

Eine besondere medizinische Aufmerksamkeit erfahren diese Bakterien nicht aufgrund ihrer Infektiosität – sie sind **genauso ansteckend wie die wenig resistenten Vertreter ihrer Arten** und sie verursachen auch die gleichen Erkrankungen. Das besondere an ihnen ist, dass die entsprechenden **Infektionen nicht mehr mit den Standardantibiotika behandelt** werden können. Damit ist eine kalkuliert (d.h. ohne mikrobiologische Diagnostik und ohne Resistogramm) verabreichte Therapie bei diesen Erregern unwirksam und die Infektion entwickelt sich so, als ob keine Antibiotika verabreicht wurden, d.h. sie verläuft deutlich schwerer. Dies geschähe nicht, wenn von vorneherein die passenden Antibiotika verabreicht würden – was allerdings aus vielen Gründen (Form der Verabreichbarkeit, Nebenwirkungsrate und Preis der besonderen Antibiotika, Selektion neuer Antibiotikaresistenzen) meist nicht passiert. Wenn dann doch mit diesen Mitteln therapiert wird, kommen zur Schwere der Infektion noch die Nachteile der Therapeutika hinzu.

Typischerweise kommt es zur **Infektion mit den Bakterien**, wenn die lokalen **und/oder systemischen Abwehrkräfte** von Keimträgern oder kontaminierten Personen **herabgesetzt** sind. Deswegen sind häufig Krankenhauspatienten betroffen, während gesunde, arbeitsfähige Menschen wie z. B. die Mitarbeiter oder die meisten Patienten der Zahnarztpraxen bei Kontakten mit den Bakterien - wenn überhaupt - nur vorübergehend besiedelt werden. Lediglich bei der Einbringung in Haut- oder Schleimhautwunden stellen die Bakterien auch für ansonsten gesunde Menschen eine akute Gefahr dar. Damit sind unter diesen Umständen Zahnarztpraxen sehr wohl gefährdet.

Solange die Bakterien sich nur auf unbelebten Oberflächen bzw. der Haut befinden, können sie sehr effizient mit Standard-Desinfektionsmitteln bekämpft werden – Resistenzen gegen diese Mittel sind bisher noch für keine Bakterienart bekannt. Auch auf Schleimhäuten und selbst in Wunden können sie unmittelbar nach dem ersten Kontakt mit geeigneten Antiseptika sehr gut abgetötet werden. Erst wenn sich die Bakterien in dieser neuen Umgebung nach einigen Stunden etabliert haben, sinkt die Effizienz einer Antiseptika-Behandlung drastisch. Sobald es zu einer schweren Infektion kommt, hilft i.d.R. nur noch eine Kombination von Antibiotika und invasiven, meist chirurgischen Maßnahmen.

Wie können Zahnärzte und deren Personal mit (möglichen) Problempatienten umgehen? Anders als in anderen medizinischen Bereichen wird für die meisten der Keimträger unter den Zahnarzt-Patienten der Trägerstatus nicht bekannt sein. Es gibt inzwischen zwar eine gesetzliche Pflicht über das Infektionsschutzgesetz (§23(8) IfSG) und die Landeshygieneverordnung (§11 MedHygVO M-V) zur Information der Ärzte und Einrichtungen, die solche Patienten behandeln/betreuen, durch die Institution (meist das Krankenhaus), in der ein Trägerstatus bekannt wird. Bis auf Weiteres steht allerdings zu befürchten, dass diese Informationen nicht bis zu den Zahnarztpraxen gelangen. Insofern ist es naheliegend und vernünftig, **jeden Patienten so hygienisch zu behandeln, als sei er Träger von Problemkeimen**.

Welches sind die Hygienemaßnahmen beim Umgang mit Trägern von multiresistenten Bakterien? Die **Standardhygienemaßnahmen** für eine zahnärztliche Behandlung reichen auch für diese Erreger vollkommen aus! Das bedeutet:

- Durchführen der **Händehygiene** mit einem alkoholischen Präparat vor und nach jedem diagnostischen oder therapeutischen Patientenkontakt als allerwichtigste Maßnahme! Wenn mit einem kurzärmeligen Kittel oder Hemd gearbeitet wird, muss die Händehygiene auf die Unterarme ausgedehnt werden!
- Tragen von **persönlicher Schutzausrüstung**, sobald am/im Mund des Patienten gearbeitet wird. Die Schutzausrüstung wird aufbereitet

oder entsorgt und eine Händedesinfektion durchgeführt, wenn die Arbeit am Patienten beendet ist.

- **Streng Patienten-bezogene Nutzung aller desinfizierten bzw. sterilen Geräte, Instrumente und Materialien.** Nach dem Gebrauch an einem Patienten werden die Restmaterialien und benutzte Einmalprodukte entsorgt und die Geräte sowie Instrumente ordnungsgemäß aufbereitet. Nicht genutzte Materialien und Instrumente werden bis zum Moment der Nutzung geschützt gelagert (z. B. in Schubladen, Schränken oder unter Folien).
- Für die Behandlung eines bekannten MRE-Patienten werden alle voraussichtlich benötigten Instrumente und Materialien bereit gelegt, sodass die Vorräte während der Behandlung möglichst nicht mehr berührt werden müssen. Die Organisation des Behandlungsraums soll regelmäßig daraufhin geprüft werden, ob Vorräte auch außerhalb des Raums gelagert bzw. nicht für die Behandlung unmittelbar notwendige Tätigkeiten (z. B. Dokumentation, Schreibarbeiten) außerhalb des Raums durchgeführt werden können.
- **desinfizierende Reinigung aller Patienten-nahen Oberflächen nach Beendigung einer Behandlung.** In diese Desinfektion sind unbedingt auch die Griffe und Bedienfelder aller während der Behandlung berührten Geräte einzubeziehen. Wegen der Kombination aus Desinfektions- und Reinigungswirkung ist die Wischdesinfektion einer Sprühdeseinfektion unbedingt vorzuziehen. Es bestehen keine besonderen An-

forderungen an die Eigenschaften der chemischen Desinfektionsmittel, Mittel mit dem Wirkungsbereich A reichen vollkommen aus. Auch für die thermische Aufbereitung von Geräten und Instrumenten reichen die Standardprogramme aus.

Mit dem aus dem Kontakt mit den Erregern resultierenden Abfall kann wie mit dem übrigen Praxisabfall verfahren werden. Auch mit der Wäsche muss nicht anders verfahren werden, solange sie durch ein zertifiziertes Unternehmen aufbereitet wird. Sofern die Wäsche in Eigenregie gewaschen wird, ist die Praxiswäsche streng von der Privatwäsche zu trennen. Dabei sollen eine technisch geeignete Waschmaschine und bei Temperaturen unter 60° C desinfizierend wirkende Waschmittel genutzt werden.

Wie verhält man sich bezüglich eines möglichen Trägerstatus unter den Praxismitarbeitern? Typischerweise wird dieser Trägerstatus nur per Zufall bekannt werden. Es gibt weder eine rechtliche Grundlage noch eine hygienisch sinnvolle Notwendigkeit, den Trägerstatus einmalig oder gar regelmäßig durch Abstrichuntersuchungen der Mitarbeiter zu ergründen. Ausnahme hiervon ist das Ausbruchsgeschehen. In diesem Fall macht das Gesundheitsamt bindende Vorgaben.

Für nasale und/oder pharyngeale Träger der multiresistenten Bakterien existieren Therapieverfahren zur Keimeradikation durch Aufbringen von Antiseptika. Die mittel- und langfristige Wirksamkeit dieser Verfahren ist leider nicht sehr hoch. Trotzdem sollte eine Eradikation der Erreger versucht

werden. Es gibt keinen rechtlich begründeten Zwang dazu, sondern lediglich das ggf. zu weckende Eigeninteresse der Betroffenen, weil Keimträger ein höheres Risiko auf eine endogene Infektion mit ihrem Erreger haben. Die Eradikationsbehandlung muss unter der Aufsicht eines kompetenten Arztes durchgeführt und kontrolliert werden.

Unabhängig von dieser Behandlung können Keimträger weiterhin am Patienten arbeiten, sofern sie die o. g. **Hygieneregeln gegenüber Patienten jederzeit peinlich genau einhalten**. Ob Patienten über den Keimträgerstatus des medizinischen Personals aufzuklären sind, ist eine ungelöste juristische Frage. Bisher ist diese Aufklärung nicht üblich. Ferner sind von Keimträgern die Hygieneregeln im besonderen Maß im Umgang mit den anderen Mitarbeitern der Praxis zu beachten, da auch im Kontakt mit Kollegen (z. B. Patientenferne Arbeitsbereiche, Pausenraum) die Möglichkeit der direkten oder indirekten Keimübertragung besteht.

Weitere Fragen zum Thema beantworten die Mitarbeiter des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGuS), Abt. 3, Dez. 304, sowie die Mitarbeiter der universitären Hygieneinstitute des Landes.

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Andreas Podbielski**  
Krankenhaushygieniker,  
Universitätsmedizin Rostock

**Dipl.-Stom. Holger Donath**  
Vorsitzender des Ausschusses Zahnärztliche  
Berufsausübung und Hygiene der  
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Anzeige

# Papierlose Abrechnung beim Zahnersatz (1)

## Hinweise zur Vermeidung von Fehlern

Ein positives Resümee lässt sich nach acht Monaten Erfahrung mit der papierlosen Abrechnung ziehen. Denn bereits 90 Prozent aller Zahnarztpraxen übermitteln die Zahnersatz-Abrechnungen online. Trotzdem sollte an dieser Stelle nochmal auf die häufigsten Fehler bei der Übermittlung der Daten hingewiesen werden:

### Original-Papier-Abrechnungsbelege nur bei sonstigen Kostenträgern

Die so genannten Sonstigen Kostenträger (Bundeswehr, Bundespolizei, Sozialämter, Versorgungsämter) fallen nicht unter die Regelungen der papierlosen Abrechnung. Für diese müssen weiterhin zusätzlich zu den elektronischen Daten alle Original-Papier-Abrechnungsbelege mit eingereicht werden.

### Einreichung von Papierunterlagen nur als Kopie

Vor dem Hintergrund des großen Rücksendeaufwandes von Original-Heil- und Kostenplänen sollten Pläne und/oder Laborrechnungen, die aus technischen Gründen nicht elektronisch übermittelt werden können, ausschließlich als Kopien bei der KZV M-V zur Erfassung eingehen. Dabei sollten alle relevanten Daten (z. B. die Ausstellungs-, Genehmigungs- und Eingliederungsdaten sowie die Einzel- und Summenbeträge bei den Honorar- und Laborkosten) auf der Kopie auch lesbar sein.

Kopien, die sich nicht oder nur schwer vom Original unterscheiden (Farbkopien), sollten deutlich sichtbar den Vermerk „Kopie“ enthalten. Die Originale der genehmigten Heil- und Kostenpläne der gesetzlichen Krankenkassen verbleiben in der Praxis.

Die KZBV rät in den Fällen, in denen es gegebenenfalls zu schadensträchtigen Streitfällen kommen könnte, zur papiergebundenen Aufbewahrung. Dies dürfte gerade bei genehmigten ZE-Plänen der Fall sein. In allen anderen Fällen sei es der sorgfältigen Abwägung des Zahnarztes überlassen, ob er eventuell den Heil- und Kostenplan/ Behandlungsplan „nur noch“ in elektronischer Form aufbewahrt und das schriftliche Original vernichtet.

### Elektronische Abrechnung ZE

- Bereits in Vormonaten abgerechnete Fälle dürfen nicht erneut zur

Abrechnung gebracht werden. Das heißt Kontrolle der korrekten Fallzahl der Abrechnung bzw. Vergleich der Patientennamen mit den Vormonaten.

- Bei Wiederherstellungen und Teilleistungen ist das Bemerkungsfeld zwingend auszufüllen (Art der Wiederherstellung, Grund der Teilleistung).
- Auch bei Wiederherstellungen muss das Ausstellungsdatum des Heil- und Kostenplanes vor dem bzw. am Tag des Eingliederns liegen.
- Bei nicht genehmigungspflichtigen Wiederherstellungen wird auch kein Zuschussdatum eingetragen. Das Zuschussdatum muss nur dann eingetragen werden, wenn tatsächlich eine Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt ist.
- Der Zahnersatz ist innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigungsdatum der Krankenkasse einzugliedern. Eine rechtzeitige Verlängerung ist bei der Krankenkasse zu beantragen, wenn dieser Zeitraum nicht eingehalten werden kann. Das Datum der Verlängerung muss im KZV-internen Feld mitgeteilt werden.
- Für alle Befundnummern sind Zahn- bzw. Gebietsangaben einzutragen.
- Der zum Zeitpunkt der Ausstellung des Heil- und Kostenplanes gültige Vertragspunktswert ist zur Berechnung anzusetzen.
- Bei Herstellung des Zahnersatzes im Ausland, ist lediglich das Herstellungsland anzugeben. Bei Herstellung des Zahnersatzes in Deutschland ist der Herstellungsort mit einem führenden „D“ einzugeben (z. B. „D-Rostock“).
- Laborleistungen, die nicht erbracht wurden, dürfen nicht übermittelt werden. Auch Laborleistungen die in den Feldern „Betrag“ oder „Anzahl“ eine „0“ stehen haben, lösen Fehler aus und sollten nicht übermittelt werden.

- Für die Übermittlung der Labor-daten gibt es unterschiedliche Attribute, die für die korrekte Zuordnung der Leistungen notwendig sind, wie  
BEL = BEL-Leistung  
MAT = Material  
NBL = Nicht-BEL-Leistung  
EDM = Edelmetall

Bei der Übermittlung der Eigenlabordaten sind für die abzurechnenden Leistungen die richtigen Attribute zu verwenden.

- MAT für eigenes Abformmaterial
- BEL für Leistungen aus dem BEL II, z. B. 001 0 Modell

Bei gleich- und andersartigen Versorgungs- bzw. bei Mischfällen können keine Komplexgebühren/ Sammel-Laborpositionen für zahntechnische Leistungen abgerechnet werden.

Die privaten zahntechnischen Leistungen nach der „BEB“ sind einzeln und unter detaillierter Beschreibung der einzelnen Laborleistungen (Leistungstext) als Nicht-BEL-Leistungen (NBL) aufzulisten. Ebenso ist die Anzahl der Leistungen anzugeben.

Der Zahntechniker sollte je Nicht-BEL-Leistung eine eigene Angabe mit textlicher Beschreibung – ohne Angabe einer Nummer – und dem jeweiligen Einzelpreis angeben. Die Gebührennummern des BEL II hingegen sind wie bisher immer mit Anzahl und Einzelbeträgen anzugeben.

### Vollverblendungen immer nach BEB abrechnen

Von der Regelversorgung abweichende Verblendungen machen eine Versorgung immer gleichartig. Bei Härtefällen führt das dazu, dass der Zuschuss der Krankenkassen auf den doppelten Festzuschuss begrenzt ist. Auch wenn es technisch einfacher ist, Vollverblendungen herzustellen, dürfen diese nicht nach BEL abgerechnet werden, sondern müssen über die BEB bzw. „außerhalb der BEL“ nach NBL abgerechnet werden.

Weitere Hinweise und aktuelle Fragen werden unter den Telefonnummern 0385-54 92-160 oder 0385-54 92-161 jederzeit beantwortet.

Heidrun Göcks

# Doppelkrone – „Chapeau!“ oder „Alter Hut“?

## 1. Einleitung

Doppelkronensysteme sind seit vielen Jahrzehnten bewährte Verankerungselemente für herausnehmbare Teilprothesen. Erste Beschreibungen und Fallberichte gehen bis in die Anfänge des vergangenen Jahrhunderts zurück. Gegenüber den beiden nach wie vor konkurrierenden Hauptvertretern – dem



Abb. 1 und 2 – Patientin mit einer Oberkieferteleskopprothese nach einer Tragedauer von 30 Jahren



Abb. 3 – Ausgeprägte keilförmige Defekte



Abb. 4 – Steile Präparation mit ausreichender Stumpfhöhe

parallelwandigen Zylinderteleskop und der geringfügig spitzwinkligen Konuskronen – entstanden in den zurückliegenden Jahrzehnten zahlreiche, meist lokalspezifische Spezialformen. Lediglich beispielhaft sei hier die „Marburger Doppelkrone“ genannt. Diese und andere spezielle Unterarten konnten sich über das Einzugsgebiet einer universitären Lehrmeinung hinaus meist nicht durchsetzen. Zylinderteleskop und Konuskronen sind dagegen im deutschsprachigen Raum ein fester Bestandteil in der weiten Palette möglicher Verankerungselemente für herausnehmbaren Zahnersatz.

Die moderne zahnmedizinische Prothetik ist aktuell von der Einführung neuer Werkstoffsysteme, aber auch von einer verstärkten wissenschaftlichen Hinterfragung etablierter Therapiestrategien geprägt. Vor diesem Hintergrund erscheint eine kritische Bestandsaufnahme zur Teleskopprothese sinnvoll. Was sind aktuelle Trends, und welche klinische Bewährung haben diese? Welche gesicherten Erkenntnisse gibt es, und was gehört eher in das Reich der Mythen und Legenden? Die Autoren möchten in dem vorliegenden Fortbildungsartikel diese Fragen aufgreifen und versuchen, eine Übersicht zur Therapie mit teleskopierendem Zahnersatz aus heutiger Sicht aufzuzeigen.

Doppelkronensysteme werden zur Ankopplung herausnehmbarer Teilprothesen an das Restgebiss verwendet. Ihre Vorteile spielen sie besonders im reduzierten Restgebiss und unter Einbeziehung einer hohen Pfeileranzahl aus. Ein Beispiel einer über mehr als 30 Jahre unverändert getragenen Versorgung ist in Abbildung 1 und 2 dargestellt. Die Verwendung von Teleskopprothesen im stark reduzierten Restgebiss kann je nach topografischer Situation problematisch sein.

## 2. Eigenschaften von Teleskopprothesen

Teleskopprothesen gewährleisten dem Patienten im Vergleich zu konventionell verankertem, herausnehmbarem Zahnersatz eine hervorragende Retention, eine „versteckte Ankopplung“ des Zahnersatzes ohne sichtbare Verbindungselemente und

abhängig vom Design eine bedingte Erweiterbarkeit bei künftigem Zahnverlust. Allerdings sind auch teleskopierende Versorgungen nicht frei von möglichen Nachteilen. Vor allem bei Patienten mit geringeren manuellen Fertigkeiten – insbesondere bei älteren Patienten – kann die Retention so hoch sein, dass diese starke Probleme haben, den Zahnersatz ein- und auszuliefern. Diese machen sich oft gerade zu Beginn der Tragedauer bemerkbar, können aber auch im Falle einer progredienten motorischen Störung nach längerer Tragedauer spontan auftreten. Die spezielle Doppelkronengestaltung maskiert zwar primär die Verbindung Zahn-Prothese, führt



Abb. 5 – Situation einer zahn- und implantatgetragenen abnehmbaren Brücke vor Sammelabformung



Abb. 6 – Primärteleskope in situ (22 und 23 implantatgetragen)



Abb. 7 – Teleskopierender Zahnersatz in situ

aber aufgrund des hohen Platzbedarfs für Primär- und Sekundärteleskop zumeist zu einer Überkontur der Pfeilerzähne. Die für Teleskopprothesen übliche Kunststoffverblendung der Sekundärteleskope trägt dabei durch ihre fehlende Transparenz und Transluzenz sowie die starke Verfärbungstendenz durch Nahrungsmittelfarbstoffe, beispielsweise in Kaffee, Tee oder Rotwein, zu einem beeinträchtigten ästhetischen Erscheinungsbild bei. Nicht zu unterschätzen ist auch der sogenannte Demaskierungseffekt: Trägt der Patient die Teleskopprothese nicht, sind die (in aller Regel metallischen) Primärteleskope im Mund sichtbar. Die Mehrzahl der Patienten wird dies als selbstverständlich ansehen, während ein gewisser Anteil ernsthaft psychisch beeinträchtigt sein kann. In verbreiteten prothetischen Lehrbüchern wird die einfache Erweiterbarkeit der Teleskopversorgung durch Auffüllen eines Sekundärteleskopes als wichtiger Vorteil dieses Therapiemittels hervorgehoben. Hier gilt es einzuschränken, dass diese Erweiterbarkeit stark vom gewählten Prothesendesign und den einbezogenen Pfeilerzähnen abhängig ist. Problematisch sind in diesem Zusammenhang Konstruktionen mit nur einem Pfeiler je Seite. Bei Fraktur dieses Teleskops kann die Prothese nicht ohne weiteres erweitert oder angepasst werden.

### 3. Indikationen und Prognosebewertung

#### 3.1. Anforderungen an integrierte Pfeilerzähne

Prinzipiell gelten ähnliche Anforderungen an die Pfeilerqualität, die auch für festsitzenden Zahnersatz gelten. Da durch die vergleichsweise starre Kopplung über große Hebel starke Kräfte in die Pfeiler eingeleitet werden, sollten diese über ausreichend eigene Stabilität, wie auch Verankerung im Parodont verfügen.

Eine besondere Herausforderung bei der Planung von Teleskopprothesen stellt der endodontisch behandelte Pfeiler dar. Klinische Untersuchungen konnten zeigen, dass wurzelbehandelte Zähne zur Aufnahme von Doppelkronen innerhalb von 5 Jahren mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit nicht mehr funktionstüchtig waren. Innerhalb der Gewährleistungszeit von 24 Monaten kam es bei einem Viertel der Zähne zu so schwerwiegenden Kom-

plikationen, dass diese Pfeiler nicht mehr als Verankerungselement zu nutzen waren. Insbesondere bei Vorliegen von Freundsituationen sollte die Prognose des endständigen endodontisch behandelten Pfeilers sehr kritisch eingeschätzt werden. Wird er in die Versorgung mit einbezogen, sollte der nach mesial folgende Zahn nach Möglichkeit ebenfalls teleskopiert werden, um bei Versagen eine Erweiterbarkeit der Versorgung zu gewährleisten. Um der Frakturgefahr des Zahnes entgegenzuwirken, muss ein Übergreifen der gesunden Zahnhartsubstanz im Sinne eines Fassreifeneffektes um mindestens zwei Millimeter sichergestellt werden. Zur Schonung der Restsubstanz ist in solchen Fällen auch eine tangentiale Gestaltung der Präparationsgrenze als Option in Betracht zu ziehen.

Selbst bei vitalen Pfeilern sollte sichergestellt werden, dass der Pfeiler noch über ausreichend koronale Zahnhartsubstanz verfügt. Besonders der zervikale Bereich stellt analog dem Baumfällverhalten des eurasischen Bibers die Schwachstelle des Pfeilers und quasi die Sollbruchstelle des Systems dar (Abb. 3). Ausgeprägte keilförmige Defekte sollten nach Möglichkeit übergriffen werden. Die mechanischen Eigenschaften der dentinadhäsiven Systeme darf in solch sklerotisch veränderten Situationen nicht überschätzt werden. Um den Zahn nicht unnötig zu schwächen, sollte generell zurückhaltend präpariert werden. Bei langen klinischen Kronen kann die Präparationsgrenze je nach Lachlinie supragingival gelegt werden. Um wiederholten Dezementierungen des Primärteils vorzubeugen, bieten sich steile Präparationsformen an. Außerdem sollte auf eine ausreichende Länge (mind. 3 mm) der korrespondierenden zirkulären Flächen (Retentionsmanschette) geachtet werden (Abb. 4).

Aus parodontaler Sicht ist die Einbeziehung von Zähnen mit einem Attachmentlevel, welches zirkulär nicht mehr zu mindestens 50 Prozent besteht, problematisch. Im Zuge eines synoptischen Sanierungskonzeptes ist auch aus forensischer Sicht auf eine Dokumentation der parodontalen Parameter zu achten. Erhöhte Sondierungstiefen (größer 5 mm) wie auch Bluten auf Sondieren stellen eine Beeinträchtigung der Pfeilerwertigkeit dar.

#### 3.2. Analyse der

##### Lückengebissstopografie

Sowohl die Anzahl als auch die topografische Verteilung der Pfeilerzähne im Sinne einer kompletten Pfeilerintegration haben einen entscheidenden Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit des Zahnersatzes. Je mehr Zähne mit in die Versorgung einbezogen werden, umso höher ist die Überlebenswahrscheinlichkeit sowohl des Zahnersatzes als auch der einzelnen Pfeiler. Dieser Effekt steigt bei einer Pfeileranzahl von fünf oder mehr Pfeilern nicht weiter an. Eine Ausnahme stellt die symmetrische bilaterale Freundsituation mit anteriorer Restbeziehung („3 nach 3“) dar. Zwei Verankerungselemente auf stabilen Pfeilern weisen in dieser Situation eine ausreichende Überlebenswahrscheinlichkeit auf. Besonders bei Versorgung der unilateralen Freundsituation wird eine maximale Bedeckung der unbezahnten Kieferkammabschnitte empfohlen. Im stark reduzierten Restgebiss (1 bis 3 Zähne) ist teleskopierender Zahnersatz gerade bei ungünstiger Pfeilertopografie nur unter Abwägung möglicher Therapiealternativen indiziert. Während im Oberkiefer auch die Exaktion des symptomlosen letzten endodontisch behandelten Prämolaren in Erwägung gezogen werden sollte, bieten sich im Unterkiefer resiliente Verbindungselemente an, um die Lagestabilisierung des subtotalen Zahnersatzes zu gewährleisten. Eine Sonderform der topografischen Verteilung möglicher Pfeilerzähne stellt der endständige nach mesial gekippte Molar dar. Dieser Zahn ist meist nur durch umfangreiche mesiale Präparation, mesiale Überkontourierung des Primärteils oder durch Kombination beider Maßnahmen in die Einschubrichtung der Gesamtrestauration zu integrieren. Eine Alternative stellt die Versorgung dieses Zahnes mit einer gegossenen Ringklammer dar, die ohne weiteres gemeinsam mit anterioren Doppelkronen verwendet werden kann. Sollte der Molar überkronungsbedürftig sein, besteht in der Kombination Gusskrone mit Modellgussklammer eine sinnvolle Therapieoption.

Der Zahnarzt sollte den Patienten im Rahmen der Planung besonders über die Prognose der Pfeilerzähne informieren. Gegebenenfalls wünscht der Patient eine Einbezie-

Pro Teleskop	Eigenschaft	Kontra Teleskop
Nein	Endodontisch behandelt	Ja
> 50 Prozent	Parodontales Attachment	< 50 Prozent
> 3	Restbezaehlung	< 3
Polygon	Pfeilertopographie	Linear
Ausreichend	Koronale Zahnhartsubstanz	Insuffizient
Parallel	Zahnstellung	Divergent

Tab. 1. Prognosebewertung für Teleskopfeiler.

hung weiterer Pfeiler oder alternative Versorgungsformen. Die Entscheidung, Zähne mit unsicherer Prognose in den Zahnersatz zu integrieren, sollte auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gemeinsam getroffen aber auch gemeinsam verantwortet werden. Bei Zähnen mit schlechter Prognose befreit der Wunsch des Patienten nach Versorgung solcher Pfeiler den Behandler nicht von den Vorgaben des medizinischen Standards.

#### 4. Aktuelle Entwicklungen der Materialoptionen

Da es sich um kombiniert fest-sitzend-herausnehmbaren Zahnersatz handelt, wird per definitionem das Primärteil auf den präparierten Pfeiler zementiert. Das Sekundärteil ist mit der Prothese über Lötung, Schweißnaht oder Klebung verbunden und kann auf das Primärteil bei Inkorporation des Zahnersatzes aufgeschoben werden. Bei der konventionellen Herstellung von Primär- und Sekundärteilen aus Metalllegierungen erfolgt der Haftmechanismus über friktive Effekte.

Als Materialien kommen für Primär- und Sekundärteil hochgoldhaltige Legierungen, edelmetallfreie Legierungen sowie in der Galvanotechnik zusätzlich Primärteile aus Zirkoniumdioxid oder Titan zum Einsatz. In diesem alternativen Fertigungsverfahren wird Feingold als Mesostruktur direkt elektrisch am Primärteil abgeschieden und anschließend in ein „Tertiärgerüst“ aus einer Kobaltlegierung oder Titan eingeklebt. Dieses Fügen kann sowohl im zahntechnischen Labor auf dem Meistermodell oder alternativ in der zahnärztlichen Praxis im Munde

des Patienten geschehen. Der Vorteil der intraoralen Verklebung liegt im Ausgleich kleinster Ungenauigkeiten und bietet sich vor allem bei der teleskopierenden Versorgung von osseointegrierten Implantaten an. Dieses auch als „Weigl-Protokoll“ bezeichnete Vorgehen weicht von der sonst üblichen Abfolge der Arbeitsschritte ab. So werden zum Beispiel die Primärteile vor dem Einkleben der Galvanokäppchen in das Kobaltbasisgerüst bereits definitiv auf die Stümpfe zementiert. Um nach der intraoralen Fügung der Werkstücke den abnehmbaren Komplex aus dem Patientenmund wieder entfernen zu können, ist es wichtig, dass die Primärteile mit einem Konuswinkel von mindestens 2 Grad gefräst sind. Steigende Pfeileranzahl, zunehmende Teleskophöhe und veränderte Materialauswahl können höhere Konuswinkel erfordern. Der Haltemechanismus erklärt sich bei diesem Fertigungsverfahren eher über hydraulische Effekte. Aufgrund der besonders starren Kopplung, welche durch intraorales Fügen realisiert wird, wird das Einziehen mehrerer (mindestens vier) topografisch günstig verteilter Pfeiler in das Versorgungskonzept gefordert. Zu beachten ist desweiteren, dass durch die Galvanotechnik in der Regel etwas mehr Platz benötigt wird. Um eine ansprechende Ästhetik zu erreichen, wurden die vestibulären Anteile des Tertiärgerüsts anfänglich fenestriert. Dies führte zu einer reduzierten Biegefestigkeit der Gesamtversorgung und somit zu häufigeren Abplatzungen des Verblendkunststoffes. Um ein zervikales Aufbördeln des Galvanokäppchens und somit auch zervikale Verblenddefekte zu verhindern,

sollte die Kobaltbasislegierung die komplette Mesostruktur übergreifen. Ergebnisse aus wissenschaftlichen Langzeitstudien, die das vorgestellte Procedere untermauern, stehen jedoch noch aus.

Bei ungünstiger Pfeilertopografie kann es sinnvoll sein, zusätzlich Implantate an strategisch wichtigen Positionen zu inserieren. Die Kombination von Zähnen und Implantaten in einem abnehmbaren Zahnersatz ist über Doppelkronen unter Zuhilfenahme der Galvanotechnik und intraoralen Verklebung gut zu realisieren. Somit kann ein spannungsfreier Sitz des abnehmbaren Teils und aufgrund des nun günstigen Stützpolygons ein lagestabiler Zahnersatz gewährleistet werden. Die Abbildungen 5 bis 7 zeigen die klinische Situation einer Versorgung mit zusätzlichen strategischen Implantaten.

Eine stereotype prothetische Planung in Anlehnung an die Vorgaben der Regelversorgung oder allein durch den Zahntechniker wird nur selten zum langfristigen Erfolg führen. Eine patientenzentrierte Versorgungsstrategie ist daher wesentlich wichtiger als die dogmatische Verwendung bestimmter Verbindungselemente.

Dr. med. dent. Stephan Jacoby  
 Dr. med. dent. Michael Rädels  
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
 Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
 der Technischen Universität Dresden  
 Fetscherstraße 74  
 01307 Dresden  
 Stephan.Jacoby@uniklinikum-dresden.de

Mit freundlicher Genehmigung aus  
 Zahnärzteblatt Sachsen 5/12

# Delegieren statt substituieren

## Zur Delegation von zahnärztlichen Leistungen an Mitarbeiter

*Die Delegation zahnärztlicher Leistungen ist in Deutschland rechtlich klar geregelt: Die Gesamtverantwortung für Untersuchung, Aufklärung, Diagnosestellung, Therapieplanung und -durchführung bei Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen liegt ausschließlich beim Zahnarzt. Sebastian Ziller, Abteilungsleiter bei der BZÄK, erklärt, worauf es ankommt.*

Die Frage ist deshalb, nicht Delegation – ja oder nein?, sondern Delegation – wie und an wen? Wichtig ist also die fachliche Qualifikation derjenigen, an die Zahnärzte Aufgaben delegieren können.

### Grundlage: das ZHG

Entscheidend für die Verrichtung von zahnärztlichen Tätigkeiten am Patienten ist das Zahnheilkundengesetz (ZHG). Der Zahnarzt trägt – in Übereinstimmung mit dem ZHG und weiteren gesetzlichen Regelungen – dem Patienten gegenüber die persönliche Verantwortung für Diagnose und Aufklärung und ist zur persönlichen zahnärztlichen Leistungserbringung für den gesamten diagnostischen und therapeutischen Bereich verpflichtet. Der Zahnarzt ist ebenfalls für die Unterstützung, Führung und Beaufsichtigung des nichtzahnärztlichen Assistenzpersonals innerhalb des Praxisteam verantwortlich.

### Richtig delegieren

Das Zahnheilkundengesetz eröffnet im Paragraph 1 Abs. 5 und 6 die Mög-

lichkeit der Delegation zahnärztlicher Leistungen an qualifiziertes Assistenzpersonal. Der Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer (siehe unten) soll dem Zahnarzt dabei helfen und ihn bei der Auslegung der Vorschriften unterstützen. So kann der Zahnarzt den Einsatzrahmen für jede seiner Mitarbeiterinnen individuell festlegen und sollte dies auch schriftlich dokumentieren. Das sind die allgemeinen Grundsätze der Delegation zahnärztlicher Leistungen:

- Der Patient muss in die Delegation einwilligen (Information).
- Die Art der delegierten Maßnahme erfordert nicht das höchstpersönliche Handeln des Zahnarztes.
- Der Zahnarzt ordnet die konkrete Maßnahme an (Anweisung).
- ZFA/ZMP/ZMF/DH arbeiten immer weisungsgebunden und abhängig beschäftigt.
- Die ausführende Assistenzkraft ist zur Durchführung befähigt (objektive und subjektive Qualifikation).
- Der verantwortliche Zahnarzt muss sich persönlich von der Qualifikation der Assistenzkraft überzeugen und hat die Ausführung zu überwachen (Aufsicht).
- Die angewiesene Person ist zur Ausführung der delegierten Leistung bereit.
- Die Ausführung der delegierten Leistung muss zumutbar sein.
- Die Anordnung und Durchführung müssen sorgfältig dokumentiert werden.

- Der Zahnarzt verantwortet persönlich die Durchführung der delegierten Maßnahme und haftet für diese.

Grundsätzlich umfassen die persönlichen Leistungen des Zahnarztes einen Kernbereich höchstpersönlich zu erbringender Leistungen, wie:

- die Untersuchung des Patienten
- die Diagnosestellung und die Aufklärung
- die Entscheidung über sämtliche therapeutische Maßnahmen
- die invasiven diagnostischen und therapeutischen Eingriffe
- die Injektionen
- sämtliche operative Eingriffe
- und unterstützende Teilleistungen, die an nichtzahnärztliches Assistenzpersonal delegiert werden können.

Im September 2009 verabschiedete die Bundeszahnärztekammer den Delegationsrahmen für die ZFA, in dem der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Zahnarzt und die Möglichkeiten der Delegation von Leistungen gemäß ZHG kommentiert und beschrieben werden. Im Internet ist der Delegationsrahmen zu finden unter: [www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf)

Die in der Hand der Zahnärztekammern liegende Aus- und Fortbildungsstruktur der ZFA hat sich gut bewährt. Sie erfolgt praxisnah und in eigener Regie des Berufsstandes. Außerdem ist sie staatlich anerkannt und durch das Berufsbildungsgesetz geregelt, haftungs-, berufs-, arbeits- und versicherungsrechtliche Fragen sind berücksichtigt.

### Substitution führt zu Fragmentierung

Eine Substitution zahnärztlicher Leistungen lehnt die BZÄK ab. Sie führt zur weiteren Fragmentierung der Gesundheitsberufe, dies wiederum zu einem erhöhten Qualifizierungs-, Kommunikations- und Koordinierungsbedarf. Eine Delegation an vorhandene Fachkräfte ist deshalb praktikabler und sinnvoller.

Eine weitere Entlastung der Zahnärzte über die Delegationseröffnung wird mit Blick auf die demografische Entwicklung ein aktuelles Thema bleiben. Mit Problemen wie der wachsen-

Anzeige

den Alterspyramide, immobilen und multimorbiden Patienten, Menschen mit Behinderungen oder der Verzahnung von Medizin und Zahnmedizin kommen auf den Berufsstand neue Herausforderungen zu. Das betrifft auch das Assistenzpersonal.

### Den Zahnarzt entlasten

Die Bundeszahnärztekammer unterstützt deshalb die Delegation zahnärzt-

licher Leistungen an dafür qualifizierte nichtzahnärztliche Gesundheitsberufe unter zahnärztlicher Aufsicht, um den Zahnarzt zu entlasten und erhöhte Versorgungsbedarfe erfolgreich zu bewältigen. Die Zahnärztekammern werden dafür Sorge tragen, dass Fortbildungsmaßnahmen und Aufstiegsfortbildungen für die ZFA auch zukünftig die Voraussetzung bieten, dass Aufgaben delegiert werden können.

**Dr. Sebastian Ziller, Zahnarzt und MPH,  
Leiter der Abteilung Prävention und  
Gesundheitsförderung der  
Bundeszahnärztekammer**

*Hinweis aus dem Referat ZAH/ZFA der ZÄK: Auszubildende dürfen keine delegierbaren Leistungen, wie z. B. die Entfernung von Zahnstein, übernehmen.*

## Achtung: Verjährung

Am Ende eines jeden Jahres sollten die noch nicht bezahlten Rechnungen im Hinblick auf das Datum des Zugangs beim Patienten geprüft werden.

Denn am 31. Dezember 2012 verjähren zahnärztliche Honoraransprüche gegen Patienten, die ihre Rechnung im Jahr 2009 erhalten haben. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Patienten zwischenzeitlich den Ho-

noranspruch ausdrücklich oder durch zum Beispiel Teilzahlung anerkannt haben. In diesem Fall beginnt die dreijährige Verjährungsfrist von dem Tag des Anerkennnisses an neu zu laufen. Die Verjährung selbst kann in der Regel nur durch Zustellung einer Klage oder eines gerichtlichen Mahnbescheides gehemmt werden. Ein einfaches Mahnschreiben kann dagegen den Eintritt der Ver-

jähung nicht verhindern. Sofern eine Verjährung zu befürchten ist, empfiehlt es sich daher, ggf. noch kurzfristig beim zuständigen Amtsgericht einen Mahnbescheid zu beantragen. Ein vom Gericht durch rechtskräftigen Vollstreckungsbescheid oder Urteil festgestellter Anspruch verjährt dann erst in 30 Jahren.

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

## Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen

### Systematische Übersicht auf Grundlage aktueller Einzelstudien / IDZ-Information Nr. 3/12

Fragestellungen der Alters- und Behindertenzahnmedizin haben in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit erlangt, wobei sowohl demografische Einsichten zur Bevölkerungsentwicklung als auch sozialmedizinische Erkenntnisse zu den Versorgungsdefiziten so genannte vulnerable Patientengruppen eine zentrale Rolle spielen. Mit einem Konzeptvorschlag unter dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ von KZBV, BZÄK, DGAZ und BDO im Jahre 2010 wurde dieser versorgungspolitische Fokus noch einmal verstärkt in das allgemeine Bewusstsein in Deutschland gebracht.

Was in den Diskussionen allerdings häufig zu kurz kommt, ist die empirische Frage, wie sich die obige Gesamtproblematik epidemiologisch auf der Grundlage bereits existierender Einzelstudien aus Deutschland ab-

bilden lässt. Mit vorliegender Arbeit „Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012)“ soll diese Lücke geschlossen werden. Sowohl das Review zur Alterszahnmedizin von stationär Pflegebedürftigen (zehn einbezogene Studien) als auch das Review zur Behindertenzahnmedizin (acht einbezogene Studien) machen deutlich, in welchem epidemiologischen Zahlenrahmen sich die Schlechterstellung dieser beiden vulnerablen Bevölkerungsgruppen bezüglich der Mundgesundheit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland zurzeit bewegt. Gleichzeitig machen beide Reviews deutlich, dass auf diesem Gebiet unverändert erheblicher Forschungsbedarf besteht, um das Zahlenmaterial auf eine noch robustere Grundlage zustellen. So ist beispielsweise seitens des IDZ ge-

plant, die projektierte Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) um ein oralepidemiologisches Altenmodul zu ergänzen.

Die Autoren der vorliegenden Reviews sind: Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH von den Universitätszahnkliniken Leipzig und Zürich in Koautorenschaft mit Julian Hopfenmüller und PD Dr. Dr. Werner Hopfenmüller (beide Charité Berlin) für die Alterszahnmedizin und Prof. Dr. Andreas Gerhard Schulte von der Mund-, Zahn-, Kieferklinik der Universität Heidelberg für die Behindertenzahnmedizin.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Information können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als PDF-Datei von der Internet-Homepage des IDZ ([www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de)) herunterzuladen.

**IDZ**

# Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV

## PC-Schulungen

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V  
**Wo:** KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

**Punkte: 3**

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

**Gebühr:** 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vorbereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxisteam.

## Einrichtung einer Praxishomepage

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

**Wann:** 14. November, 16–19 Uhr, Schwerin

## Textverarbeitung mit Word 2007

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

**Wann:** 5. Dezember, 16–19 Uhr, Schwerin

## Zahnarztpraxis online

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

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

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

## BEMA-Abrechnung: Endodontie, Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und Abrechnung von ZE-Festzuschüssen

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V; Susann Prochnow, Mitarbeiterin Abteilung Kons./Chir. KZV M-V

## Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH- und ZE-Leistungen

gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen – Wann bezahlt die Krankenkasse; Mehrkostenregelung in der Füllungstherapie; Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Besonderheiten bei Kassen- und Behandlerwechsel des Patienten; ZE-Festzuschüsse

**Wann:** 13. März 2013, 15–19 Uhr, Schwerin; 20. März 2013, 15–19 Uhr, Neubrandenburg

**Punkte: 4**

**Gebühr:** 150 € für Zahnärzte, 75 € für Praxismitarbeiter und Vorbereitungsassistenten

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



## Ich melde mich an zum Seminar:

- Zahnarztpraxis online am 7. November, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 14. November, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 5. Dezember, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Schulung am 13. März 2013, 15 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Schulung am 20. März 2013, 15 bis 19 Uhr, Neubrandenburg

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Anzeige

## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im November und Dezember vollenden

### das 80. Lebensjahr

Dr. Hans-Jürgen Pohlmann  
(Dierhagen)  
am 11. November,  
Dr. Georg Ziegler  
(Börgerende)  
am 14. November,

### das 75. Lebensjahr

Zahnärztin Christiane Hagemann  
(Güstrow)  
am 11. November,  
Zahnärztin Edith Goetze  
(Sievershagen)  
am 20. November,

### das 70. Lebensjahr

Dr. Edwin Lelke (Friedland)  
am 8. November,  
Zahnärztin Elke Roloff  
(Hohenkirchen)  
am 17. November,  
Zahnarzt Peter Stern (Greifswald)  
am 1. Dezember,

### das 65. Lebensjahr

Dr. Wolfgang Staecker (Rostock)  
am 5. Dezember,

### das 60. Lebensjahr

Dr. Peter-Ulrich Bührens  
(Schwerin)  
am 11. November,  
Zahnarzt Peter Heyers (Rehna)  
am 15. November,

### das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Annette Rohrmann  
(Rostock)  
am 10. November,  
Zahnarzt Harald Wollmer  
(Schwerin)  
am 13. November,  
Zahnärztin Gabriele Gierke  
(Torgelow)  
am 24. November,  
Dr. Thorsten Löw  
(Greifswald)  
am 29. November,  
Zahnärztin Kerstin Boger  
(Neubukow)  
am 2. Dezember  
und  
Zahnärztin Bärbel Hammer  
(Rostock)  
am 6. Dezember

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

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

Anzeigen

## ZahnRat 76 erschienen

Ratgeber zur  
„Zahnbehandlungsangst“



Die aktuellste Patientenzeitschrift der fünf ostdeutschen Bundesländer, der ZahnRat Nr. 76, beschäftigt sich ausschließlich mit der „Zahnbehandlungsangst“. Er soll Menschen dazu bringen, ihre Angst zu überwinden und ihre Lebensqualität zu verbessern. Angst kennt jeder Mensch. Manchmal ist sie nützlich, um sich nicht unnötig in Gefahr zu bringen. Aber wenn es darum geht, vor lauter Angst vor dem Zahnarztbesuch lieber auf die wichtige Vorsorge zu verzichten oder sogar lieber mit Zahnlücke oder großen Löchern durch die Welt zu gehen – dann ist Angst sehr hinderlich und schädlich für die eigene Gesundheit. Der ZahnRat erklärt, woher Angst kommt, welche Arten es gibt und was man vor allen Dingen dagegen tun kann. Sich zu informieren, aufgeklärt sein gehört unter anderem dazu. Einen Schwerpunkt bilden die Ratschläge für junge Eltern, damit ihr Kind erst gar keine Ängste in der Zahnarztpraxis aufbaut.

Ab sofort ist der ZahnRat 76 im Internet unter [www.zahnrat.de](http://www.zahnrat.de) einzusehen.

Zadow



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



# Einladung

zum

## 13. Neubrandenburger Fortbildungsabend

am 5. Dezember 2012  
von 18.00 bis 21.00 Uhr

im „Hotel am Ring“  
Neubrandenburg, Große Krauthöferstrasse 1

### Referenten:

1. Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock

„Die klinische Funktionsanalyse, essentiell in der CMD Diagnostik und relevant vor definitiver Therapie“

2. Dr. Waltraud Buchmann, Rostock

„Prothetische Versorgung mit Implantaten – festsitzender und herausnehmbarer Zahnersatz“

Teilnahmegebühr:

Für Mitglieder der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde	10,00 €
Für Nichtmitglieder	35,00 €

Die Teilnahmegebühr wird vor Beginn der Veranstaltung erhoben

**Anmeldungen bitte telefonisch unter Tel.-Nr. 03 96 03-2 04 38**

Die Zahnärztekammer Mecklenburg –Vorpommern vergibt für die Teilnahme an dieser  
Fortbildungsveranstaltung 4 Fortbildungspunkte.

Die Veranstaltung wird unterstützt von der Firma MIP

Burg Stargard, den 15.10.2012

Dr. Hans-Jürgen Koch