

Zahnärzteblatt BRANDENBURG

OFFIZIELLES MITTEILUNGSBLATT FÜR DIE ZAHNÄRZTE IM LAND BRANDENBURG



Neues Curriculum

Angebot des Pfaff zur Stärkung des
„Allgemeinzahnarztes“ S. 10

Reif zum Einsatz?

Überblick über Materialien für die
vollkeramische Restauration S. 16

Praxis in Kanada

Ein fachlicher Blick auf den Praxisalltag
eines Zahnarztes in Vancouver S. 38

Neinsager

40. Vertreterversammlung
gegen noch mehr Staat S. 5

Schwungvoll ins „telenavigierte“ Abseits

... aber mit Selektivverträgen auch keinesfalls heraus

Autor: Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Präsident der LZÄKB

„War die Implantologie von der Industrie jahrelang als ‚Das kann jeder Zahnarzt!‘ propagiert worden, wird sie heute immer höher technisiert nach dem Motto: ‚Implantologie kann jeder Zahnarzt, aber nur auf Basis kräftiger Investitionen.‘ Implantologie ist nur noch computergeplant und telenavigiert durchführbar. Dann könne nichts mehr passieren und der Patient am nächsten Tag wieder kräftig in die Schweineschwarte beißen ...“ [*] -

Der Glosse von Jürgen Pischel ist kaum mehr etwas hinzuzufügen. Und leider gilt dies mittlerweile für viele Bereiche der Zahnheilkunde. Jeder von uns erhält fast täglich ungefragt als Information getarnte Werbung. Mit psychologisch geschultem Sachverstand wird dort Angst gemacht in der Art: „Wenn Sie diese Fortbildung, diese DVD oder dieses Gerät nicht kaufen, dann kann es passieren, dass Ihr Praxisbetrieb eingestellt werden muss - oder Sie als Zahnarzt Körperverletzung begehen.“ Und unsere Endodontologen erwecken inzwischen den Eindruck, dass Endodontie, auch am oberen Einser, nach „Standard 2008“ nur noch vom super fortgebildeten Obermaster erbracht werden könne.

Diese Entwicklung wird zum Teil von der Industrie, zum Teil leider von den Kollegen befeuert, die sich eigene, meist pekuniäre Vorteile daraus versprechen. Aber zu Ende gedacht, bedeutet es doch nicht: es gibt nur noch telenavigierte Implantate - nein, kaum ein Patient wird sich diese Implantate noch leisten können! Bei der Endodontie würde dann wohl die Extraktion das Mittel der Wahl sein.

Evidenzbasiert sind diese Behauptungen in keiner Richtung auch nur ansatzweise. Hier gilt es zu widerstehen, und es sind insbeson-

dere auch die Fachgesellschaften der DGZMK gefragt.

Der falsche Weg wäre es, jetzt zu denken: „Die begrenzten finanziellen Mittel könnte ich mir doch durch Selektivverträge sichern!“ Die Krankenkassen und die Politik haben überhaupt kein Interesse daran, mehr Geld in das System zu stecken, so wie die Ärzte es fordern. Allenfalls könnten sie es sich vorstellen, das Geld umzuverteilen. Beim so genannten Hausärztervertrag in Baden Württemberg soll das Mehr an Geld aus Einsparungen im Bereich der Arzneimittel kommen. Ob dort jedoch noch viel zu sparen ist oder Patienten dann nicht eher mit Medikamenten unterversorgt werden, sei dahin gestellt.

Bei uns Zahnärzten möchte man an der Zahntechnik sparen. Man könne die Regelversorgung ja in China machen lassen, vertraglich abgesichert mit „IMEX Selektivverträgen“. Mit dem Effekt, dass man ganz nebenbei den Berufsstand der Zahntechniker gleich mit einsparen und eine wohnortnahe, gute handwerkliche Versorgung mit Zahnersatz verhindern würde. Über die Qualität des um jeden Preis billigen Zahnersatzes gibt es eine Studie des Medizinischen Dienstes der AOK Bayern, die - vorsichtig ausgedrückt - nicht besonders positiv ausgefallen ist.

Ganz abgesehen davon verstößt nach Ansicht der LZÄKB der genannte Vertrag mit IMEX gegen geltendes Berufsrecht. Wir werden den vier nach unserem Wissen beteiligten Kollegen im Land sicher die eine oder andere kritische Frage stellen müssen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie sich durch die etwas pessimistischen Aussichten nicht den schönen Sommer verderben. Ein interessanter Herbst steht uns ja auch noch bevor: Die neue GOZ soll kommen ...



Jürgen Herbert:
„Sparen um jeden Preis geht auf Kosten der Qualität!“

[* Zitat aus dem Supplement der DZW „Orale Implantologie“ Nr. 2/08, Leitartikel Jürgen Pischel]



Seite 5 40. Vertreterversammlung der KZVLB



Seite 10 Curriculum stärkt den „Allgemeinzahnarzt“



Seite 36 Bambinilauf mit Teilnehmerrekord



Seite 38 Arbeiten in einer kanadischen Zahnarztpraxis

Die Seite 3	
SCHWUNGVOLL ins telenavigierte Abseits	3
Berufspolitik	
VERTRETERVERSAMMLUNG tagte zum 40. Mal	5
CURRICULUM stärkt den „Allgemeinzahnarzt“	10
KIEFERORTHOPÄDIE zur Gutachtertagung	12
BEZIRKSSTELLEN: Rege Arbeit an der Basis	13
WEITERBILDUNG ist Bestätigung eigener Arbeit	14
Fortbildung	
VOLLKERAMIK - was ist reif für die Praxis?	16
MUSS sich der ÖGD mit Anomalien befassen?	22
Abrechnung	
FRAGEN UND ANTWORTEN zur Abrechnung	23
IMMER wieder Streitpunkt: Auslagenersatz	26
Praxis	
ZAHNÄRZTLICHE und kieferorthopädische Versorgung im Bereich der KZVLB	23
GEFÄHRLICHE Begleiter: Infektionsrisiken	28
Recht & Steuern	
DIE KÜNDIGUNG in der Ausbildung	30
KINDERERZIEHUNGSZEITEN werden anerkannt	31
FEHLER in der Dokumentation vermeiden	32
RICHTLINIEN für die Homepage einer Zahnarztpraxis	33
Aktuelles	
FOTOWETTBEWERB „Schicken Sie uns ein Lächeln“	34
TEILNEHMERREKORD beim Bambini-Lauf	36
KARIESTUNNEL brachte Erkenntnisse und Spaß	37
EINBLICK in eine kanadische Zahnarztpraxis	38
SPENDENAUFBRUF der Zahnärzte für Myanmar	41
Termine	
WIR GRATULIEREN ganz herzlich	42
ZAHNARZTAUSWEIS ungültig	42
WIR TRAUERN um unseren Kollegen	42
Identifizierung	
POLIZEI bittet um Identifizierung eines Unbekannten	44

Vertreterversammlung tagte zum 40. Mal

Doch anstatt dieses Jubiläum der Freiberuflichkeit zu feiern, diskutierten die VV-Mitglieder am 23. Mai hauptsächlich unerfreuliche Themen, so z. B. Selektivverträge, Gesundheitsfonds und Basistarif, Markierungen auf einem sich abzeichnenden Weg in die Einheitsversicherung.



Als Erster trat Dr. Gerhard Bundschuh ans Rednerpult. Er würdigte die 40 Tagungen des höchsten Organs der zahnärztlichen Selbstverwaltung als Erfolgsgeschichte. Dennoch hatte er vor den Delegierten die unerfreuliche Wahrheit auszubreiten, dass Attribute wie „uneingeschränkt freiberuflich“ oder „selbstverwaltet“ in Zukunft keinesfalls mehr zu den Selbstverständlichkeiten des Zahnarztalltags gehören. Solange Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die Fäden spinnt, geht der Weg deutlich in Richtung Einheitsversicherung und Poliklinik. Den Einstieg in ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen versucht die Politik mittels Basistarif und Gesundheitsfonds voranzutreiben.

Basistarif gefährdet Vollversicherung

In diesem Zusammenhang berichtete Bundschuh über die Meinungsverschiedenheiten zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundes-

vereinigung und der Bundeszahnärztekammer hinsichtlich der Ausgestaltung des Basistarifs. Er erläuterte die Grundpositionen des Vorstandes der KZBV sowie der KZVLB und warnte davor, das Thema für persönliche Profilierung zu missbrauchen. Bundschuh: „Die in den letzten Wochen zu beobachtende Polarisierung mit Halbwahrheiten, Verleumdungen und von Darstellungen ‚dem Hören nach‘ hilft der Zahnärzteschaft in keinsten Weise.“ Verbands- und körperschaftsübergreifend sei sich der zahnärztliche Berufsstand in der Ablehnung des Basistarifs einig und werde verstärkt in der Öffentlichkeit darauf hinweisen, dass im Basistarif für ein GKV-Honorar auch nur GKV-Leistungen erwartet werden können. „Anspruchsvolle Privatleistungen“, so Dr. Bundschuh, „können nur zu den unbeschränkten GOZ-Vergütungen erbracht werden. Leistungen, die über den GKV-Leistungskatalog und damit auch über den Basistarif hinausgingen, müssten den Basistarifversicherten als Privatvereinbarung in Rechnung gestellt werden. Es bestehe ansonsten die Gefahr, dass der Basistarif zur Zerstörung der privaten Vollversicherung führt.“

Zwangspensionierung: ein diskriminierendes Berufsverbot

Ein weiteres Thema des Vorstandsvorsitzenden war die Zwangspensionierung von Vertragszahnärzten mit dem 68. Lebensjahr, die durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichtes bis auf weiteres zementiert wurde. Bundschuh bezeichnete das Urteil als diskriminierendes Berufsverbot. Als fadenscheinig bewertete er die Begründung, das Urteil diene dem Schutz der Gesundheit der Versicherten – für eine Behandlung auf privater Basis gilt diese Regelung nicht. Das BSG bejahte allerdings die Möglichkeit einer Vertretung. Für Vertragszahnärzte ergibt sich deshalb aus dem Urteil

Dr. Gerhard Bundschuh, Vorsitzender des Vorstandes;
Geschäftsbereich I:
Unternehmenspolitik
Standesvertretung
Standespolitische
Grundsatzfragen
Koordination Vorstand

die Konsequenz, dass für einen über 68 Jahre alten Zahnarzt eine Genehmigung zur Beschäftigung als angestellter Zahnarzt und/oder Assistent zukünftig nicht mehr erteilt werden kann, eine kurzzeitige Vertretung bei Krankheit und Urlaub sowie die Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung allerdings durchaus weiterhin möglich ist. Angesichts der demographischen Lage in Deutschland und vor allem der strukturschwachen Regionen in den neuen Bundesländern löst dieses Urteil Unverständnis aus. Besser wäre die Entscheidung, den Zahnarzt mit seinen Patienten altern zu lassen und nicht junge Kollegen in für sie unattraktive Regionen zu „locken“.

Am Ende seiner Ausführungen ging Dr. Gerhard Bundschuh auf die Arbeit der Bezirksstellenvorsitzenden ein. Bei einem Treffen wenige Tage zuvor hatten sie mit den Vorständen von Kammer und KZV die Aktivitäten der Bezirksstellen diskutiert und künftige Maßnahmen besprochen. Dr. Bundschuh bezeichnete das Engagement an der zahnärztlichen Basis als unabdingbar für das Gedeihen einer gut funktionierenden Selbstverwaltung.

Gute Erfahrungen mit Prothetikeinigungsgesprächen

Dipl. Med. Thomas Schmidt beschäftigte sich in seinem Bericht zunächst mit dem Gut-

achterwesen. Er verwies auf die jüngste Praxis der Krankenkassen, vermehrt ZE-Planungs- und Mängelgutachten von Gutachtern außerhalb der KZVLB erstellen zu lassen. Schmidt: „Allerdings gilt dies nur in Ausnahmefällen z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder grenznahen Gebieten“.

Weiterhin ging er auf das Prothetikeinigungsverfahren im Primärkassenbereich ein und schilderte die guten Erfahrungen mit dem Prothetikeinigungsgespräch. Die für diese Regelung noch ausstehende Vereinbarung war am Tage der VV unterschrieben eingegangen. Damit gilt für die KZVLB: Der Prothetikeinigungsausschuss entscheidet über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters bei Planungsgutachten oder Begutachtung ausgeführter prothetischer Leistungen. In die Zuständigkeit des Prothetikeinigungsausschusses fallen nicht die andersartigen Versorgungen. Der Prothetikbeschwerdeausschuss entscheidet über Widersprüche gegen die Entscheidungen des Prothetikeinigungsausschusses. Gegenstand des Einigungsgesprächs kann auch die andersartige Versorgung sein.

Von der VV wurden die zahnärztlichen Vertreter ZA Thomas Schwierzy als Mitglied und Dr. Ralph Rottstock als Stellvertreter in den Prothetikeinigungsausschuss gewählt.

QM entscheidet die Praxis

Zum Thema Qualitätsmanagement berichtete Thomas Schmidt über gemeinsame Aktivitäten von KZBV, Gemeinsamen Bundesausschuss und Krankenkassen, Mindestanforderungen an eine einrichtungsinterne Sicherung zu formulieren. Noch immer bestehen in den Praxen Unklarheiten, welches System Verwendung finden sollte. Deshalb stellte Schmidt nochmals klar, dass diese Frage einzig und allein der Praxisinhaber entscheidet. Er verwies auf das von der Landes Zahnärztekammer entwickelte QM-System, das alle brandenburgischen Praxen auf einer CD-ROM erhalten haben und das als Hilfestellung genutzt werden kann, die gesetzlich geforderten Standards herzustellen. Gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen

Dip. Med. Thomas Schmidt, stellv. Vorsitzender des Vorstandes; Geschäftsbereich III Gutachterwesen, Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Plausibilitätsprüfung und Prüfwesen



Bundesausschusses beginnen die Kontrollen durch die KZVLB im Jahre 2011. Hierbei werden stichprobenartig Praxen ausgewählt, die unter Vorlage ihrer Dokumentation ihr QM-System anzeigen müssen. Die KZVLB hat zu überprüfen, ob die Mindestanforderungen erfüllt wurden.

Der nächste Vortragspunkt betraf die Veränderungen im Prüfwesen. Hierzu referierte Thomas Schmidt über die Neuordnung der ehemaligen Geschäftsstelle zur Prüfstelle. Er gab den Inhalt der kurz zuvor unterzeichneten Anpassungsvereinbarung zur Prüfvereinbarung (veröffentlicht im Vorstands Rundschreiben 5/2008) wieder. In der Erläuterung der Richtlinien zur Zufälligkeitprüfung begründete er nochmals die Entscheidung der KZVLB, künftig keinen Leistungsspiegel mehr zu versenden.

Gesamtvergütung sichergestellt

Rainer Linke konnte - verhindert durch Krankheit - zum ersten Mal in 17 Jahren der Vertreterversammlung seinen Bericht nicht selbst vortragen. Dr. Bundschuh übernahm das Verlesen des schriftlich abgefassten Vortrages, der wie gewohnt mit der Darstellung der aktuellen Vertragssituation begann. Besonders hob Vorstandsmitglied Linke die Verträge mit der IKK Brandenburg und Berlin sowie dem VdAK/AEV hervor. Mit der IKK Brandenburg und Berlin konnte erstmals ein Kopfpauschalen-Vertrag abgeschlossen werden, der unabhängig vom Leistungsgeschehen den Zahlungsfluss sicherstellt. Wie schon beim AOK-Kopfpauschalen-Vertrag sei damit gewährleistet, dass Rückforderungsbeträge aus gebührenordnungsmäßigen Berichtigungsverfahren und vor allem aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Umverteilung an die brandenburgischen Zahnärzte bei der KZV verbleiben.

Neuer HVM trägt Gesetzesänderungen Rechnung

Mit einem neuen Honorarverteilungsmaßstab und einer neuen Degressionsvereinbarung reagiere die KZVLB auf die neuen Möglichkeiten der freien Berufsausübung, wie z. B. örtliche, überörtliche bzw. KZV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, der Anstellung und der Bildung von Zweigpraxen Rechnung. Aufgrund der wachsenden Bedeutung der Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfung und dem Verbleib bei der KZVLB wurde ferner neu geregelt, dass künftig die Vertreterversammlung der KZVLB über die Verwendung dieser Mittel entscheidet.

Auch in seiner Funktion als Finanzreferent hatte Rainer

Linke Erfreuliches zu vermelden: Deutlichen Mehreinnahmen standen Ausgaben gegenüber, die um 6,7 Prozent geringer ausgefallen waren als geplant. Die Liquidität verbesserte sich auf ca. 254 Prozent, was Linke auf die von Vertreterversammlung, Finanzausschuss, Rechnungsprüfungsausschuss und Vorstand beschlossenen Maßnahmen zurückführte, wie z. B.

- Vorverlegung der Einreichtermine und Rückführung der Auszahlungstermine für die monatlichen Abrechnungen auf das Monatsende,
- Anpassung der Gebühren für die Sofortauszahlung und Einreichung der Sofortauszahlung mit den Behandlungsscheinen, weniger Überzahlungen, EDV-unterstützte Rückrechnung der Überzahlungen aus Sofortauszahlungen, gleichzeitige Reduzierung der Überzahlungen bei den Vierteljahresabrechnungen,
- Weitere Reduzierung von Überzahlungen bei den Vierteljahresabrechnungen und keine weitere Vorfinanzierung durch die Berücksichtigung der „Praxisgebühren“

Jürgen Herbert: „Der Basistarif ist etwas für Pleite gegangene Kioskbesitzer.“

Dr. Eberhard Steglich: „Wenn die Zahnärzte versuchen, den Basistarif „passend“ zu machen, müssen sie sich nicht wundern, wenn der gesamte private Versicherungssektor zusammenbricht.“



Rainer Linke
Mitglied des Vorstandes;
Geschäftsbereich III
Vertragswesen/Abrechnung
HVM/Finanzen
Allgemeine Verwaltung
Organisation

Auf der 40. Vertreterversammlung der KZVLB wurden Themen diskutiert, die erhebliche Auswirkungen auf die Praxen haben werden



bei der Berechnung der monatlichen Abschlagszahlungen.

So konnten die Überzahlungen bei der Sofortauszahlung für prothetische Leistungen im I. Quartal 2007 in Höhe von 136.000 Euro auf 43.000 Euro gegenüber I/08 gesenkt werden. Auch für das IV. Quartal 2007 – im prognostischen Bereich, da im aktuellen Haushaltsjahr 2008 – zeichnet sich laut Linke eine positive Entwicklung ab. Die Honorarumsätze sind um 0,51 Prozent höher gestiegen als geplant und damit natürlich auch die Einnahmen, da allein im KCH-Bereich ein Anstieg von 2,23 Prozent zu verzeichnen ist. Die geringere Umsatzsteigerung im ZE-Bereich um 4,32 Prozent sei angesichts des allgemeinen Trends zu mehr gleich- und andersartigen Versorgungsformen eher als unkritisch zu bewerten.

Die Herbst-Vertreterversammlung der KZVLB findet am 6. Dezember statt

Trojanisches Pferd

Abschließend widmete sich Rainer Linke den Selektivverträgen: „Unter dem Slogan ‚Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen‘ setzt die Bundesregierung ihre Attacke gegen die freiberuflichen Ärzte und Zahnärzte gnadenlos fort“. Er warnte davor, Selektivverträgen beizutreten und brandmarkte den dadurch entstehenden „Wettbewerb“ als ein „Trojanisches Pferd“ zur Zerschlagung der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Ziel sei nichts anderes, als die Schaffung einer Einheitsversicherung. Die Selektivverträge dienen als Mittel, die Zahnärzteschaft zu entsolidarisieren. Rainer Linke warnte die Teilnehmer an den Verträgen ein dringlich vor „Rosinenpickerei“. In seiner Ablehnung kann er auf die Unterstützung der Vertreterversammlung bauen, die in der nachfolgenden Diskussion eine Beobachtung, auch unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten, forderte. ●



Speziell für Gutachter hat die KZVLB Internetseiten ins Netz gestellt. Sie sind unter der Rubrik „Zahnärzte-intern-Gutachter-Gutachterinfo“ zu finden. Ab sofort haben dort Gutachter die Möglichkeit, die jeweils für ihren Bereich relevanten Informationen (Verträge, Richtlinien, Gebühren, Punktwerte, Protokolle von Gutachtertagungen) und sonstige Informationen online abzurufen. Weiterhin können über diese Seite auch die Korrespondenz mit der KZV, z. B. Urlaubs- oder Änderungsmeldungen, Anfragen, Teilnehmerbestätigungen usw., erfolgen.



Curriculum stärkt den „Allgemeinzahnarzt“

Am Philipp-Pfaff-Institut, dem Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg, wurde feierlich das erste Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde eröffnet. Es ist ein Baustein auf dem Weg zum „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“.

Dr. Christine Jann (unten Mitte) – nun selbst Teilnehmerin – konzipierte das Curriculum gemeinsam mit Prof. Dr. Georg Meyer

Jürgen Herbert (r.): „Die generalistische Art der Berufsausübung ist richtig und wichtig und muss von der Berufspolitik gestärkt werden.“

Autorin: Sabine Berg, Organisationsleitung - Marketing - PR am Pfaff

„Wenn der Koch im eigenen Restaurant speist, ist das ein Garant für Qualität und Niveau des Angebotes“, begrüßte Dr. Thilo Schmidt-Rogge, Geschäftsführer des Philipp-Pfaff-Institutes, die ersten Teilnehmer des Curriculums Allgemeine Zahnheilkunde, darunter auch seine Vorgängerin, Dr. Christine Jann. Er dankte ihr und dem Moderator Prof. Dr. Georg Meyer für die Konzeption der Veranstaltungsreihe, die auf Anregung der Landeszahnärztekammer Brandenburg neu in das Programm des Institutes aufgenommen wurde. Dr. Schmidt-Rogge versicherte den Anwesenden, dass die hochkarätigen Referenten im Rahmen dieser Fortbildung viele Impulse und Akzente in den insgesamt 24 Fortbildungsveranstaltungen setzen werden.

Der Präsident der Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB), Dipl.-Stom. Jürgen Herbert, ließ es sich nicht nehmen, die Teilnehmer persönlich willkommen zu heißen. „Dieses Curriculum liegt uns besonders am Herzen“, so Jürgen Herbert, „da es in der gegenwärtigen

Situation wichtig ist, den Allgemeinzahnarzt zu stärken.“ „Ist es wirklich das Ziel, nur noch Spezialisten zu fördern?“, fragte der Kammerpräsident: „Die Wirklichkeit spricht nicht dafür. Fast 90 Prozent unserer Kollegen arbeiten als allgemeinzahnärztliche Familienzahnärzte - als Generalisten, die wir berufspolitisch besonders unterstützen.“

Curriculum ist theoretischer Pflichtteil

Mit dem erfolgreichen Abschluss des Curriculums Allgemeine Zahnheilkunde wird der theoretische Pflichtteil für die Weiterbildung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde erfüllt, und so ermunterte Jürgen Herbert schließlich die Teilnehmer, den Weg zum Fachzahnarzt zu Ende zu gehen. Die Unterstützung der LZÄKB sicherte er dabei zu.

Auf die Basis des Berufsstandes, die Medizin, zurückbesinnen

Die Einführung am ersten Fortbildungstag gestaltete der Moderator Prof. Dr. Georg Meyer mit einem lebendigen Vortrag. Er forderte

auf: „Zahnmediziner sollten sich fachlich und mental auf die Basis des Berufstandes – die Medizin – zurückbesinnen.“ Dies ist auch die Grundidee des Curriculums, in dem Blöcke zusammengefasst und vernetzt wurden, die für den Generalisten wichtig sind. „Die Zahnmedizin ist ein Bestandteil der Medizin, eine medizinische Fachdisziplin, die so groß ist, dass sie eines eigenen Studienganges bedarf“, betonte Prof. Meyer. Damit laufe sie jedoch auch Gefahr, zu sehr vom „Mutterschiff“ abzudriften und die Verbindung mit ihm zu verlieren, so Prof. Meyer weiter. Dass die vernetzte Zahnmedizin viele Schnittstellen mit der Medizin hat, zeigte er sehr anschaulich in seinem einführenden Vortrag.

Er nahm Bezug auf alle Themenschwerpunkte des Curriculums und zeigte so den interdisziplinären Charakter der Veranstaltungsreihe und machte neugierig auf das, was die Teil-

nehmer in den nächsten Monaten erwarten wird. An diesem ersten Wochenende übergab Prof. Meyer das Wort an Prof. Dr. Elmar Reich. Mit ihm stiegen die Teilnehmer in das erste Fachgebiet – die Prophylaxe – ein. Ein gelungener Start in das erstmalig am Philipp-Pfaff-Institut stattfindende Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde.

Interesse geweckt? Hier sind Ihre Ansprechpartner

Für alle Fragen zum Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde können Sie sich an die Mitarbeiter des Philipp-Pfaff-Institutes telefonisch unter 030 414 725-31 wenden.

Ihre Fragen zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde beantwortet Ihnen gern Inga Schulz von der LZÄK Brandenburg telefonisch unter 0355 381 48-14. ☺



„Zahnmediziner sollten sich fachlich und mental auf die Basis des Berufstandes zurückbesinnen, die Medizin“, so Prof. Dr. Georg Meyer in seinem mitreißenden Einführungsvortrag innerhalb des Curriculums Allgemeine Zahnheilkunde



Prof. Dr. Elmar Reich referierte über den Themenschwerpunkt „Prophylaxe“ im ersten Vortragsblock des Curriculums, welches sich aus insgesamt zwölf thematisch abgestimmten Vortragsblöcken zusammensetzt



Alle Fortbildungsveranstaltungen des Pfaff-Institutes:
www.pfaff-berlin.de.

Alle Kurse innerhalb der dezentralen Fortbildung der LZÄKB sowie Informationen zur Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde: www.lzkb.de.

Kieferorthopädie zur ZE-Gutachtertagung

Mit einem eindrucksvollem Plädoyer für die interdisziplinäre Sichtweise in der Zahnmedizin begeisterte der Berliner Kieferorthopäde und Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel die Brandenburger Zahnersatz-Gutachter anlässlich ihrer Jahrestagung am 23. April in Potsdam.



Annett Klinder,
Sachbearbeiterin
Gutachten der
KZVLB

Autorin:
Annett Klinder

Unter der für eine ZE-Gutachtertagung eher ungewöhnlichen Überschrift „Interdisziplinäre kieferorthopädische Behandlung – oder: Die Möglichkeiten moderner Kieferorthopädie – oder: Muss es immer Prothetik sein?“ referierte Dr. Schmiedel zu kieferorthopädischen Behandlungsmöglichkeiten, die ggf. präprothetisch oder sogar als Zahnersatz-Alternative zur Anwendung kommen können.

Ausdrucksstark und sehr anschaulich erläuterte er die Anwendung verschiedener kieferorthopädischer Apparaturen und Behandlungstechniken und präsentierte zahlreiche Fallbeispiele. Ob Beispiele der dentoalveolären Therapie ohne Chirurgie mittels Multibracketapparatur und intermaxillären Gummizügen oder KFO in Kombination mit chirurgischen Behandlungen... Die teilweise faszinierenden „Vorher-Nachher“-Befunde seiner (selbstverständlich anonymisierten) Patienten hinterließen einen nachhaltigen Eindruck. Und das sollten sie auch. Selbstverständlich standen auch unmittelbar für die ZE-Gutachtertätigkeit relevante Themen auf der Tagesordnung.

Schon aus den im Vorfeld eingereichten Fragen der Gutachter ging hervor, dass abrechnungstechnische Zusammenhänge wichtiger denn je sind, da die Gutachter neben der medizinischen Indikation und Richtlinienkonformität auch die Befundangaben und Festzuschüsse prüfen sollen. Nicht verwunderlich, dass besonders Abrechnungsexperte Rainer Linke bei Fragen zu Wurzelstiftkappen, Bisshebung, „ur“-Befunden u.s.w. häufig Rede und Antwort stehen musste. Aber auch Themen wie z.B. die Notwendigkeit einer prothetischen Gesamtplanung, die Begutachtung von Heil- und Kostenplänen aus dem Ausland

oder die implantologische Versorgung nach einer Strahlentherapie standen zur Debatte.

Die Frage, ob ein alter Zahnersatz aus diagnostischen Gründen vor Genehmigung des Heil- und Kostenplanes entfernt werden kann, wurde nach heftiger und teilweise sogar konträrer Diskussion im Ergebnis verneint. Der vorhandene Zahnersatz kann nur im Rahmen einer unaufschiebbaren Notfallbehandlung ausnahmsweise und möglichst nach Rücksprache mit der Kasse entfernt werden (dringend dokumentieren!). Ist die Abnahme des alten Zahnersatzes aus diagnostischen Gründen erforderlich, sollte zuerst ein Heil- und Kostenplan mit vermutetem Befund und entsprechender Therapie bei der Kasse eingereicht werden. Im Feld „Bemerkungen“ wird auf die Vorläufigkeit hingewiesen. So hat die Kasse die Möglichkeit ein Gutachten in Auftrag zu geben, um die Versorgungsnotwendigkeit bzw. Insuffizienz des alten Zahnersatzes feststellen zu können.

„Drei Zahnärzte – vier Meinungen“: für den Mediziner häufig zutreffend, für den Vertragsgutachter ist der gemeinsame Nenner meist schon durch diverse Verträge, Richtlinien etc. vorgegeben – und muss „nur“ noch gefunden werden. ☹

Neue Internetseiten für Gutachter:
([www.kzvlb.de / Zahnärzte/Intern/Gutachter/Gutachterinfo](http://www.kzvlb.de/Zahnärzte/Intern/Gutachter/Gutachterinfo))

Dr. Wolfgang Schmiedel, Referent der ZE-Gutachtertagung





Die Bezirksstellenvorsitzenden im Austausch mit den Vorständen von Kammer und KZV

Bezirksstellen: Rege Arbeit an der Basis

Am 21. Mai trafen sich die Bezirksstellenvorsitzenden zu einem Erfahrungsaustausch in Potsdam. Weit oben auf ihrer Agenda stand die Frage: Wie kann die Arbeit der Bezirksstellen intensiviert werden? Die Diskussion brachte Erfreuliches zutage.

(ZBB) Der Spruch von den länger lebenden Totgesagten trifft auch auf Bezirksstellen zu, so jedenfalls die Bilanz der Bezirksstellenvorsitzenden auf ihrer Tagung in Potsdam. Angetreten waren die Vorsitzenden der 19 brandenburgischen Bezirksstellen sowie die Vorstände von Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Landes Zahnärztekammer mit Analysen und Strategiepapieren, um die in der Vergangenheit scheinbar eingeschlafene Bezirksstellenarbeit wieder zum Laufen zu bringen.

Doch bereits während der Berichterstattung der einzelnen Vorsitzenden stellte sich heraus: Viele Bezirksstellen arbeiten engagiert, veranstalten Stammtische, bieten Fortbildung an und Mitglieder treffen sich regelmäßig. Diese Aktivitäten scheinen jedoch derart im Alltag verankert, dass niemand damit an die Öffentlichkeit tritt. Darin wiederum könnte ein Grund für das meistbeklagte Phänomen liegen: Es kommen immer nur Dieselben.

Auch wenn es bedauerlich ist - nicht jeder bringt das Interesse an einem Zahnärzte-

stammtisch auf. Solche Veranstaltungen werden hauptsächlich besucht, wenn sie als nutzbringend eingestuft werden. Bestes Beispiel: die Bezirksstelle Frankfurt/O., deren Mitglieder gemeinsam eine Abwehrstrategie gegen die Werbung polnischer Praxen erarbeiteten. Auch wenn in Frankfurt/O. längst nicht alle Zahnärzte den Austausch pflegen, Bezirksstellenvorsitzende Dr. Petra Gutsche lobte den kollegialen Zusammenhalt. Ähnliches war auch aus anderen Regionen zu vernehmen. Das lässt hoffen, dass wieder mehr Zahnärzte die Geschlossenheit ihrer Berufsgruppe als langfristigen Vorteil erkennen, den man nicht durch scheinbar lukrative Einzelverträge aufs Spiel setzen sollte.

Im Verlauf der Veranstaltung wurden Überlegungen angestellt, wie die Bezirksstellenvorsitzenden in ihrer Arbeit unterstützt werden könnten und wie die Arbeit der Bezirksstellen besser in der Öffentlichkeit dazustellen sei. Bei einem Grillabend im Hof des KZV-Gebäudes setzten die Teilnehmer der Veranstaltung ihre angeregten Diskussionen fort. ●

Weiterbildung ist Bestätigung eigener Arbeit

Dr. Frank Blinkrei ist der erste brandenburgische Zahnarzt, der sich der Prüfung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde stellte. Warum er sich dafür entschieden hat und wie wichtig er das vor allem für junge Kollegen findet, erzählt er im Interview.

Geschafft! Die erste Prüfung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde ist bestanden. Dr. Matthias Müller, Vorsitzender des Prüfungsausschusses Allgemeine Zahnheilkunde (re.), gratuliert dem frischgebackenen Fachzahnarzt Dr. Frank Blinkrei (li)



Dr. Frank Blinkrei befragte: Anja Jüttner
4iMEDIA

Dr. Blinkrei, Sie sind seit 1992 niedergelassener Zahnarzt und verfügen somit über eine langjährige Berufserfahrung. Warum haben Sie die Weiterbildung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde auf sich genommen?

Ich empfinde diese Weiterbildung als ein persönliches Etappenziel. Das während des Studiums angeeignete theoretische und praktische Wissen lässt sich mit Hilfe der Weiterbildung auffrischen und intensivieren. Es ist eine schöne Bestätigung für einen allgemeinen Zahnarzt – für einen Generalisten.

Wie sind Sie auf die Einführung der Weiterbildungsmöglichkeit in Brandenburg aufmerksam geworden?

Das Zahnärzteblatt Brandenburg informierte Ende 2006 darüber, dass es in Brandenburg als erstem Bundesland den Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde geben soll. Daraufhin habe ich mich über die Anforderungen informiert, zu denen unter anderem der Besuch

eines Curriculums gehört. In den Jahren 2000 bis 2002 hatte ich in der Akademie Praxis und Wissenschaft bei der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ein solches absolviert - dieses wurde für die Weiterbildung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde anerkannt. Außerdem war ich bereits über sechs Jahre allgemeinzahnärztlich tätig, so dass die Übergangsregelung, nach der ein niedergelassener Zahnarzt mit langjähriger Berufserfahrung die Weiterbildung in vereinfachter Form machen kann, auf mich zutraf.

Was unterscheidet einen „normalen“ Zahnarzt von einem Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde?

Das zahnmedizinische Update, das einem die Weiterbildung bietet, ist der zentrale Punkt. Viele Kollegen in anderen Bundesländern, die den Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde nicht haben, erkennen dessen Vorteile nicht, die vor allem in der Auffrischung einmal gelernten Wissens bestehen. Auf hohem Niveau kann sich der Zahnarzt hier mit den neuesten Entwicklungen in der Zahnmedizin vertraut machen. Und die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sind besonders für junge Zahnmediziner, die noch keine langjährige Berufserfahrung haben, sehr wichtig.

Inwiefern kann die Weiterbildung auch ein Wettbewerbsvorteil sein?

In erster Linie sehe ich die Weiterbildung als Bestätigung für die eigene Arbeit an – nicht als Wettbewerbsvorteil. Aber ohne Zweifel ist es schön, wenn man seinen Patienten vorweisen kann, dass man sich regelmäßig fort- beziehungsweise weiterbildet. Da die Qualitätssicherung immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist der neue Fachzahnarzt ein Fingerzeig.

Welche Anforderungen wurden an Sie gestellt? Welche Themengebiete der Zahnmedizin standen dabei im Mittelpunkt?

Zum einen musste ich das Curriculum vorweisen, welches bei mir über 14 Wochenenden in zwei Jahren ging. Dieses hat das gesamte Spektrum der Zahnmedizin abgedeckt. Von Prophylaxe, Kinderzahnheilkunde, Zahnerhaltung und Parodontologie über Prothetik, Oralchirurgie und Implantologie bis Funktionslehre und Kieferorthopädie – alle Themen wurden auf dem neuesten Stand der Wissenschaft behandelt. Für den allgemeinen Generalisten ist das Curriculum damit eine kompakte, runde Sache. Jemand, der sich auf ein bestimmtes Gebiet, wie beispielsweise die Oralchirurgie, spezialisieren möchte, muss im Anschluss daran sicher noch weitere Kurse absolvieren. Des Weiteren wurden für die Prüfung ein Nachweis der praktischen Tätigkeiten, der Besuch eines Notfallkurses und fünf gut dokumentierte Behandlungsfälle verlangt. Letztere waren schließlich Teil des Prüfungsgesprächs.

Sie haben während der Weiterbildung Ihre Patienten betreut: Inwiefern war es für Sie schwierig, den Fachzahnarzt berufsbegleitend zu machen? Haben Sie alles gut unter einen Hut bekommen?“

Da es die Curriculum-Weiterbildung, als ich sie machte, leider noch nicht in Berlin gab, musste

ich oft bis nach Hamburg und Niedersachsen fahren – und das bedeutete, meistens bereits donnerstags anzureisen. Jetzt sind mit dem Curriculum in Berlin gute Bedingungen für angehende brandenburgische Fachzahnärzte Allgemeine Zahnheilkunde geschaffen.

Würden Sie nach Ihren Erfahrungen anderen Kollegen die Weiterbildung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde empfehlen?

Ich würde vor allem den jungen Zahnärzten raten, diesen Schritt zu gehen. Sicherlich kostet es Überwindung, sich wieder auf den Hosenboden zu setzen und regelmäßig zum Unterricht zu fahren. Aber es lohnt sich – vor allem für die eigenen praktischen Fähigkeiten. Denn der zu absolvierende Leistungsplan verlangt viel von einem. Aber wenn man alle Anforderungen erfüllt hat, verfügt man über anspruchsvolles Können auf seinem Gebiet.

Für die älteren Kollegen sollte es aus meiner Sicht eine Freude sein, sich regelmäßig auf den neuesten Stand in der Zahnmedizin zu bringen. Und im Falle des Fachzahnarztes Allgemeine Zahnheilkunde weiß man außerdem, dass mit der Zahnärztekammer, dem Pfaff-Institut oder, wie in meinem Fall, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, seriöse Anbieter dahinter stehen.

Dr. Blinkrei, vielen Dank für das Gespräch! ●

Kurzvita
Dr. Frank Blinkrei:
1963
geboren in Boizenburg
1990
Approbation
1992
Niedergelassener Zahnarzt in eigener Praxis in Ludwigsfelde
1998
Promotion
2008
Prüfung zum Fachzahnarzt Allgemeine Zahnheilkunde

Brandenburg nimmt bundesweite Vorreiterrolle ein

Brandenburg ist mit der Prüfung zum Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde in einer Vorreiterposition - in keinem anderen Bundesland gibt es bisher diese Gebietsbezeichnung.

Weiterbildungen existierten bisher für den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, Oralchirurgie und Öffentliches Gesundheitswesen. Mit dem Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde wird der Forderung nach einem Generalisten Rechnung getragen.

Bereits vor der Wende existierte der Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie. Nach 1990

gab es diese Fachzahnarztausbildung nicht mehr. Der Wissenschaftsrat forderte jedoch schon seit Jahren, die Anzahl der Gebiete, in denen Zahnärzte weitergebildet werden, zu erhöhen. Dem trägt die Landes Zahnärztekammer Brandenburg jetzt Rechnung.

Der Zahnmediziner deckt ein breites Wissens- und Aufgabenspektrum für die tägliche Arbeit am Patienten ab. Diese neue Weiterbildung bedeutet Zahnmedizin auf sehr hohem Niveau, wovon vor allem der Patient profitiert.

(Aus der Presseinformation der LZÄKB vom 10. April 2008)

Vollkeramik - was ist reif für die Praxis?

Vollkeramische Restaurationen gelten als biokompatibel und ästhetisch. Der Beitrag soll einen kurzen Überblick über die Hauptgruppen der zur Verfügung stehenden vollkeramischen Materialien geben und an Hand ausgewählter Literatur bewerten.



Autoren: Prof. Dr. Thomas Reiber,
Prof. em. Dr. Dr. Gerhard Gehre,
OA PD Dr. Sven Reich

Überblick über die Keramiken

Für den Dentalbereich stehen drei Arten von Keramiken zur Verfügung:

1. **Silikatkeramiken** (Abb. 1, Seite 17) bestehen aus einer kristallinen Phase und einer amorphen Glasphase. Grundbestandteile sind vor allem Feldspat und Quarz. Unter kristalliner Phase sind regelmäßig geordnete Atomabstände unter bestimmten Winkeln zu verstehen. Auf diese Weise ist ein so genanntes Kristallgitter definiert. Die Glasphase besteht aus unregelmäßig angeordneten Atomen, deren Winkel und Abstände ungeordnet sind. Obwohl die Transluzenz der Glasphase mit entscheidend für das natürliche zahnähnliche Erscheinungsbild ist, verhält sie sich gegenüber mechanischen und chemischen Belastungen instabiler als die kristalline Phase.

2. **Glasinfiltrierte Oxidkeramiken** (Abb. 2, Seite 17) enthalten oxidkeramische Bestandteile, die Glas infiltriert (Lanthanglas) sind. Es gibt drei verschiedene glasinfiltrierte Oxidkeramiken: Vita In-Ceram Spinell (oxidkeramische Bestandteile: $MgAl_2O_4$), Vita In-Ceram Alumina (Al_2O_3) und Vita In-Ceram Zirkonia (Al_2O_3 und ZrO_2).

3. **Polykristalline Oxidkeramiken** (Abb. 3, Seite 17) sind durch einen über 90-prozentigen Anteil einkomponentiger und einphasiger Metalloxide gekennzeichnet. Dies sind Aluminiumoxid (Al_2O_3) oder Zirkoniumdioxid (ZrO_2). Für die Polykristallinen Oxidkera-

miken sind dicht gepackte, homogene kristalline Strukturen kennzeichnend.

Belastbarkeit von Keramiken

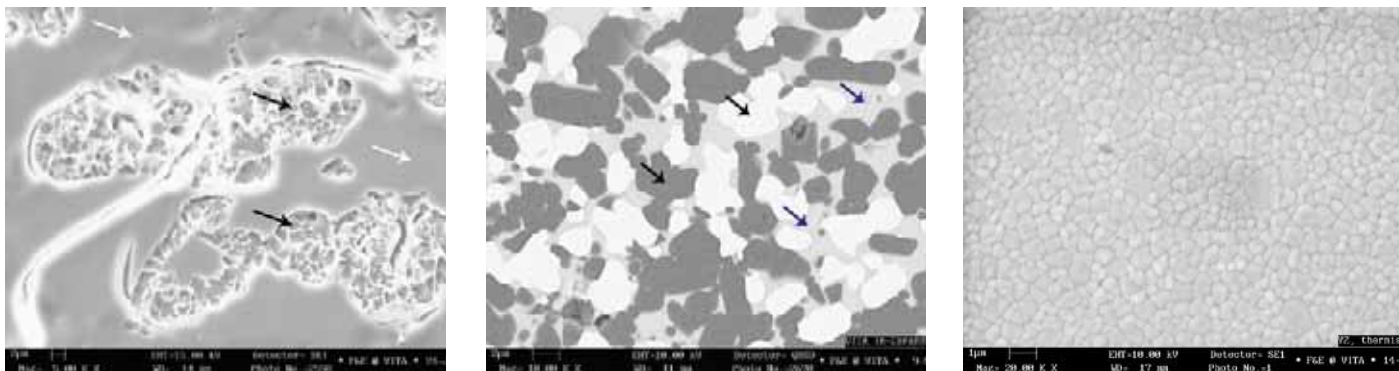
Herkömmliche Glaskeramiken dienen schon seit über 30 Jahren als Verblendmassen. Daneben sind sie mit einer initialen Biegefestigkeit von bis zu etwa 140 MPa für Inlays, Teilkronen, Veneers und Einzelkronen geeignet. Voraussetzung für die Langlebigkeit ist die adhäsive Befestigung durch Verklebung der Keramik mit der Zahnhartsubstanz. Die Keramiken können als Schicht- oder Presskeramiken und mittels Computer unterstützter Verfahren verarbeitet werden. Besonders stabile Glaskeramiken wie die IPS e.max Press/CAD Gerüstkeramik können zur Gerütherstellung verwendet werden. Bei dieser Keramik wurde der Anteil der Kristallphase erhöht und Lithiumdisilikat und Lithiumorthophosphat eingebaut. Daher ist das Material für Kronenkappen und als Gerüstmaterial für kleinere Endfeilerbrücken bis zum Prämolarenbereich auch bei konventioneller Befestigung freigegeben. Diese Keramik besitzt eine initiale Festigkeit von etwa 360 MPa. Die Zwischengliedspanne darf eine Prämolarenbreite nicht überschreiten. Das Material muss in der Regel noch mit einer Sinterglaskeramik, in die Fluorapatitkristalle eingebaut sind, verblendet werden.

Die Glas infiltrierten Oxidkeramiken stellen Gerüstkeramiken dar. Die Biegefestigkeiten sind in Tabelle 1, Seite 18 dargestellt. Bei den Polykristallinen Keramiken ist es vor allem das Zirkondioxid, das für die Brückengerütherstellung, aber auch für Einzelkronengerüste verwendet wird. Die initiale Festigkeit beträgt zwischen 950 und 1200 MPa. Deutliche Reduzierungen ergeben sich durch Bearbeitung, Mundmilieu und orale Funktion.



Alle Autoren: Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig

von oben
Prof. Reiber
(Direktor),
Prof. Gehre,
OA Dr. Reich



Für die Charakterisierung von Werkstoffen ist die initiale Festigkeit nur ein Parameter. Ein weiterer klinisch bedeutsamer Parameter ist die Risszähigkeit ($K1C$ [MPa $m^{1/2}$]). Da Zirkonoxid gelegentlich auch der weiße Stahl genannt wird, ist sein Vergleich mit metallenen zahnärztlichen Materialien naheliegend. So betragen die Werte von Zirkoniumdioxid für den Parameter Risszähigkeit $K1C$ ein Sechstel bis ein Zehntel gegenüber verschiedenen Metalllegierungen. Daher sind die Dimensionierungen und die damit verbundene Präparationsrichtlinien sowie Befestigungsanweisungen streng nach Herstellerangaben einzuhalten, um einem frühzeitigen Versagen vorzubeugen.

Praktikabilität und Indikationen

Einzelzahnersatz

Prinzipiell können alle vorgestellten vollkeramischen Materialien für Einzelzahnersatz verwendet werden. Allerdings beeinflussen folgende Faktoren den Einsatz entscheidend: Defektausdehnung und Befestigungsmöglichkeiten.

Ist eine saubere Trockenlegung, idelaerweise mit Kofferdam für die adhäsive Befestigung möglich, eignen sich Glaskeramiken für Inlay-, Teilkronen- und Veneerversorgungen hervorragend. Unter vollkeramischen Teilkronen werden in der Literatur häufig auch Restaurationen verstanden, die nur einen Höcker ersetzen, im Gegensatz zu den Kassenrichtlinien, die eine vollständige Überdeckung der gesamten Kaufläche verlangen. Da kariöse Defekte meist approximal und zentral ihren Ausgang nehmen, bietet adhäsiv befestigte Keramik die Chance,

periphere Restzahnsubstanz zu stabilisieren und durch Vermeidung einer zirkulären Kronenpräparation zu erhalten (Abb. 4). Die okklusale Mindestschichtstärke bei Inlays beträgt zentral 1,5 mm, bei Höckerersatz 2 mm im Höckerbereich, bei Veneers eine Schichtstärke vestibulär von ca. 0,7 mm. Bei den maschinenbearbeitbaren Keramiken wird in der Literatur zum Teil eine zentrale okklusale Mindestschichtstärke von lediglich 1 mm angegeben. Die Größe des Defektes und die teilweise Abwesenheit einer Schmelzbegrenzung haben bei den zurzeit vorliegenden Langzeituntersuchungen keinen Einfluss auf die Verlustrate, die vergleichbar mit entsprechenden Goldrestaurationen ist. Ist eine zirkuläre Kronenpräparation notwendig, so muss für eine glaskeramische Restauration eine marginale Stufe von 1 mm Mindestbreite mit abgerundetem Innenwinkel angelegt werden. Für die Keramik IPS e.max CAD genügt eine zirkuläre Stufe mit einer Breite von mindestens 0,8 mm oder eine ausgeprägte Hohlkehle mit gleicher Abmessung. Die Mindestschichtstärken müssen im Seitenzahnbereich im Höckerbereich 1,5 mm, im Fissurenbereich 1 mm und zirkulär mindestens 0,8 mm betragen. Sind tiefe Aufbaufüllungen zu fassen und ist dadurch nur noch eine Hohlkehlpäparation möglich, muss auf andere Keramiken zurückgegriffen werden.



Abbildungen 1, 2 und 3 v.l.n.r.: mikroskopische Bilder einer Feldspatkeramik (1), einer glasinfiltrierten Oxidkeramik (Vita In-Ceram Zirkonia; 2) und einer Zirkoniumdioxidkeramik (Vita In-Ceram YZ CUBES; 3). Die weißen bzw. blauen Pfeile kennzeichnen Anteile der Glasphase, die schwarzen Pfeile Anteile der kristallinen Phase (1) bzw. oxidkeramische Bestandteile (Aluminium- und Zirkonoxid; 2)

Abb. 4 - Zahn 48: Einprobe eines IPS Empress Inlays. Durch die adhäsive Befestigung ist eine Stabilisierung der Restzahnsubstanz ermöglicht. Zahn 47 provisorisch versorgt

Abb 5 - Zahn 22 ist mit einer vollkeramischen Krone versorgt: Das Gerüst besteht aus einem In-Ceram Alumina Käppchen, das mit einer Glaskeramik verblendet wurde



Eine Alternative stellen die glasinfiltrierten Oxidkeramiken dar. Als Gerüstmindestschichtstärken, die maßgeblich die Präparation mitbestimmen, benötigt man bei In-Ceram Spinell inzisal 0,7 mm; zirkulär 0,5 mm, bei In-Ceram Alumina (Abb. 5) okklusal/inzisal 0,7 mm; zirkulär 0,5 mm und bei In-Ceram Zirkonia 0,5 mm zirkulär und 0,7 mm okklusal.

Besteht auf Grund tiefer Defekte oder entsprechender Wurzelformen, wie beim oberen ersten Prämolaren, die Notwendigkeit einer partiellen Tangentialpräparation, so kann Zirkoniumdioxid als keramisches Gerüstmaterial verwendet werden. Einige Zirkonoxidsysteme erlauben diese Art der Präparation sowie bei Frontzahneinzelkronen Gerüstmindestschichtstärken von 0,3 mm, allerdings dann bei Hohlkehlpäparation. Zirkondioxidkeramiken stellen somit das vollkeramische Universalmaterial für Einzelkronengerüste dar. Wichtig ist bei der Präparation für alle Keramiken, dass alle Innenwinkel einer Präparation gerundet sind.

Brückenersatz

Hier gelten für die einzelnen Keramiken die gleichen Präparationsrichtlinien wie unter Einzelzahnersatz beschrieben. Tabelle 2 zeigt Ma-

terialien, die Verwendung finden können. Die Limitationen der genannten Keramiken liegen in den vorgeschriebenen Gerüstmindeststärken (beispielsweise bei In-Ceram Zirkonia als Pfeilerkappen 0,7 mm zirkulär und 1 mm okklusal) und vor allem in den Verbinderdimensionierungen. Hier sei als Beispiel das Gerüstmaterial In-Ceram Zirkonia genannt: Es gelten für die Verbinder (= der Übergangsbereich, der die Pfeilerkappe mit dem Zwischenglied verbindet) die in Tabelle 3 verzeichneten Dimensionierungen.

Lediglich die Verbinderdimensionierungen von Zirkoniumdioxid mit Stärken von 9 bzw. 12 mm² sind im klinischen Alltag weitestgehend zu verwirklichen. Theoretisch sind beliebig große Brückenkonstruktionen möglich, die jedoch entsprechende Software, entsprechend große Rohlinge und adäquate Fräs- bzw. Schleifmaschinen voraussetzen, da dieses Material nur mit Hilfe von CAM (Computer Assisted Manufacturing)-Systemen verarbeitet werden kann. Bei keramischen Materialien gilt die Regel, dass zuverlässige Prognosen erst nach Langzeitbeobachtungen von vier bis sechs Jahren gegeben werden können. Auch die klinischen Erfahrungen über Extensionsbrücken aus Zirkoniumdioxid sind zur Zeit noch limitiert.

Teleskop gestützte Arbeiten

Keramische Primärteleskope, versorgt mit galvanotechnisch gefertigten Sekundärteleskopen, versprechen ein tribologisch zuverlässig funktionierendes System. Allerdings müssen die Sekundärteleskope noch mit einer weiteren Überstruktur (Tertiärstruktur) verbunden werden. Dies erklärt den Platzbedarf solcher

Tabelle 1 - Die glasinfiltrierten Oxidkeramiken stellen Gerüstkeramiken dar und weisen folgende Biegefestigkeiten in MPa auf (Angaben Firma Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen)

Glasinfiltrierte Oxidkeramik	Mittlere initiale Biegefestigkeit in [MPa] (ISO 6872)	Indikationen als Gerüstmaterial für ...
In-Ceram Spinell	400	Einzelkronen im Frontzahnbereich, möglich auch Seitenzahnbereich
In-Ceram Alumina	500	Einzelkronen im Front- und Seitenzahnbereich und dreigliedrige Endpfeilerbrücken im Frontzahnbereich
In-Ceram Zirkonia	600	Einzelkronen im Seitenzahnbereich, dreigliedrige Brücken im Seitenzahnbereich, auch Frontzahnversorgungen möglich

Gerüst-Material	Indikation
IPS Empress	Endpfeilerbrücken bis Prämolarenbereich, Ersatz höchstens einer Zahnbreite
In-Ceram Alumina	Frontzahnbrücken als Endpfeilerbrücken, Ersatz eines Zahnes
In-Ceram Zirkonia	Front- und Seitenzahnbrücken von drei Gliedern (bei maschinenbearbeitbaren In-Ceram Zirkonia-Rohlingen ist die Brückengerüstlänge auf Grund der Blockgröße auf 40 mm begrenzt)
Aluminiumoxid	Herstellerspezifisch
Zirkondioxid	theoretisch alle prothetischen Indikationen

Tabelle 2 - Vollkeramische Materialien, die als Brückengerüstwerkstoffe eingesetzt werden können

Zwischengliedspanne [mm] = Spanne zwischen mesialem und distalem Pfeilerzahn	≤6	≤8	≤10	≤12	≤14
Dimensionierung des Verbinders [mm ²] jeweils mesial und distal:	9	12,25	16	20,25	25

Tabelle 3 - Für das Gerüstmaterial Vita In-Ceram Zirkonia gelten nebenstehende Verbinderdimensionierungen bei Brückenkonstruktionen in Abhängigkeit der Zwischengliedspanne

Arbeiten. Vorteil ist das intraorale Verkleben von Sekundärteleskopen mit der Tertiärstruktur und die daraus resultierende Spannungsfreiheit.

Ästhetik

Auf Grund ihres Glasanteils weisen die Glaskeramiken die höchste Transluzenz auf. Sie gelten als am ästhetischsten. Bei den Glas infiltrierten Oxidkeramiken sind die Spinellgerüste am transluzentesten, gefolgt von den Alumina Gerüsten. Die In-Ceram Zirkonia Gerüste sind von opakem Charakter und daher für Frontzähne nur eingeschränkt empfehlenswert. Beim Zirkonoxid sind die transluzenten Eigenschaften stark abhängig von der Schichtstärke. Verschiedene Systeme bieten zusätzlich eine Einfärbemöglichkeit der Zirkonoxidgerüste, so dass diesen Gerüsten bereits eine entsprechende Grundfarbe gegeben werden kann, die der Zahnfarbe des Patienten nahe kommt. Sie ist besonders bei supragingivalen Kronenrändern ein zusätzlicher Vorteil.

Exemplarische Literaturübersicht

Glaskeramische Restaurationen

Hickel und Manhart haben in einer Übersichtsarbeit (Metaanalyse) die jährlichen Verlustraten von Klasse I und Klasse II Restaurationen analysiert. Es ergaben sich folgende Verlustraten pro Jahr (in Prozent): Amalgamrestaurationen:

0-7, direkte Kompositrestaurationen: 0-9, Glasionomerrestaurationen: 1,4-14,4, Kompositinlays: 0-11,8, herkömmlich labor-technisch gefertigte Keramikrestaurationen: 0-7,5, CAD/CAM generierte Keramikrestaurationen: 0-4,4, Goldgussrestaurationen: 0-5,9.

Gandjour et al. untersuchten mittels einer Metaanalyse die Anzahl der verlustfreien Jahre von keramischen im Labor gefertigten (8,62 Jahre), von keramischen chairside, CAD/CAM hergestellten Inlays (8,65 Jahre) und von Goldgussinlays (8,76 Jahre). Zusätzlich wurde der Kostenaufwand der Restaurationen ermittelt, der für die laborgefertigten keramischen Restaurationen am höchsten lag.

Glaskeramische Inlays und Onlays aus IPS Empress (Leuzitkeramik) erreichten in einer klinisch prospektiven Studie von Krämer und Frankenberger eine Überlebensrate von 92 Prozent nach acht Jahren. Weder die Größe der Restauration noch fehlende Schmelzbegrenzung, noch Höckerersatz beeinflussten die Ergebnisse negativ.

Reiss beobachtete 1011 Cerec Einlagefüllungen über einen Zeitraum von 16,7 Jahren. Die Erfolgsrate betrug 84,4 Prozent.

In Bezug auf dieses zur Zeit einziges chairside verfügbare CAD/CAM System stellt sich der Praktiker häufig die Frage, ob rationelles

Behandeln mit dieser Methode möglich ist. Eigene Untersuchungen bei einer limitierten Anzahl von Restaurationen (je N=10) haben im Vergleich zum laborgestützten IPS Empress System ergeben, dass sich der Zeitaufwand für den Behandler bei großflächigen Adhäsivrestaurationen in ähnlichen Größenordnungen bewegt.

Glasinfiltrierte Oxidkeramiken

Wassermann et al. führten eine systematische Literaturrecherche über das In-Ceram classic System durch. Während sie zum Werkstoff In-Ceram Zirkonia unzureichendes Datenmaterial fanden, betrug die Fünf-Jahres-Überlebensrate für In-Ceram Spinell und In-Ceram Alumina Kronen 91-100 Prozent. Die Autoren können an Hand des Datenmaterials In-Ceram Alumina für Einzelkronengerüste im Front- und Seitenzahnbereich und ebenso für einflügelige Klebebrücken im Frontzahnbereich (Fünf-Jahres-Überlebensrate 92,3 Prozent) empfehlen.

Polykristalline Oxidkeramiken

Für polykristalline Aluminiumoxidrestaurationen (Procera AllCeram) ergab eine Fünf-Jahres-Studie über 50 Frontzahn- und 155 Seitenzahnkronen eine Schätzung der Überlebensrate von 96,7 Prozent (100 Prozent für Front-, 95,15 Prozent für Seitenzahnkronen).

Eine Drei-Jahres-Untersuchung über 3- bis 5-gliedrige Zirkonoxidbrückengerüste publizierten Sailer et al. Die Überlebensrate des Zahnersatzes dieser mit einem Prototypen

eines digitalen Fertigungssystems hergestellten Restaurationen betrug 85 Prozent. Es traten keine Frakturen der Gerüste auf. Gründe für Erneuerung waren Sekundärkaries und Frakturen der Verblendkeramik. Demnach war das Material Zirkonoxid den Beanspruchungen der Mundhöhle über diesen Zeitraum gewachsen. Die Versagensgründe lassen den Rückschluss zu, dass die Systemkomponenten bei diesem System noch Optimierungen zulassen. Eine weitere Drei-Jahres-Studie von Vult von Steyern et al. ergab für bis zu 5-gliedrige Zirkonoxidgerüste eine Überlebensrate von 100 Prozent.

Schlussfolgerungen

Die meisten klinischen Daten existieren für glaskeramische Restaurationen. Werden hier die Indikations-, Verarbeitungs- und Befestigungsvorschriften befolgt, beschreitet der Behandler einen sicheren Weg. Ähnliches gilt für den Einsatz von In-Ceram Alumina Kronen. Auch Einzelkronen aus polykristallinem Aluminiumoxid versprechen hohe Erfolgsraten. Bei Zirkonoxidgerüsten für Einzelkronen und Brücken sind die ersten Langzeitergebnisse (fünf und mehr Jahre) zu erwarten. Auf Grund der technischen Kenndaten und der ersten Erfahrungen erscheint dieses Material als die zuverlässigste vollkeramische Alternative zu metallkeramischen Brücken, zumal auch die Produktionssysteme ständige Verbesserungen hinsichtlich Genauigkeit, Variabilität und Verarbeitungstechnik erfahren. ●

Wir danken dem Zahnärzteblatt Sachsen für die Nachdruckgenehmigung. Eine Literaturliste liegt der Redaktion vor und kann per E-Mail oder Fax angefordert werden



Abb. 6 - Ausgangssituation vor umfangreicher vollkeramischer prothetischer Rehabilitation



Abb. 7 (Mitte) - Einprobe der Zirkoniumdioxidgerüste: Einzelkronenkappen 11, 12, 13, Brücke 15-17, Brücke 21-23-25 / Abb. 8 (r.) - Fertig verblendete Zirkonoxidgerüste in situ. Der kariesfreie Zahn 14 wurde aufgrund einer indizierten Bisshebung minimal invasiv mit einer intraoral modellierten Komposit-Kaufläche versehen.



Muss sich der ÖGD mit Anomalien befassen?

Bei Fortbildungsveranstaltungen für die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie deren Zahnmedizinische Fachangestellte ging es um das „KIG-System“ und die „Dramaturgie“ eines Prophylaxeunterrichtes für sechste Klassen.

Autorin: Dipl.-Stom. Bettina Suchan,
LZÄKB-Vorstandsmitglied

Ist es sinnvoll und notwendig, Kieferorthopädische Indikationsklassen (KIG) in die zahnärztlichen Untersuchung der Kinder und Jugendlichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) aufzunehmen, und wenn ja, wie ist damit umzugehen? Dr. Ilka Gottstein, Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Leinefelde Worbis, referierte zu diesem Thema im März innerhalb der alljährlichen Fortbildungsveranstaltung der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Finsterwalde. Die Anomaliehäufigkeit bei den 9- bis 13-jährigen Schülern ist hoch, wobei die Zahl der geringfügigen Anomalien überwiegt.

Bei allen Erfolgen in der Kariesprophylaxe, so Dr. Gottstein, weist diese Tatsache auf eine unzureichende Prävention auf dem Gebiet der Kieferorthopädie hin. Um das zu ändern, kann der ÖGD mit seinen Untersuchungen und der Anwendung der KIG-Klassifikation eine Schlüsselfunktion einnehmen. Die Kollegen sehen die Kinder aus allen sozialen Schichten und haben damit auch Zugang zu den Kindern mit Anomalien, die den Hauszahnarzt sporadisch oder gar nicht aufsuchen. 2006 aktualisiert, ist das „KIG-System“ für die Diagnostik auch bei

den zahnärztlichen Untersuchungen des ÖGD gut geeignet - erläuterte die Referentin. Ob das Ganze praktisch durchführbar ist, testeten die Teams der Zahnärztlichen Dienstes der Landkreise Elbe-Elster und Dahme-Spreewald seit Beginn des Schuljahres 2007/08. Dr. Cosima Neuhaus und Barbara Wilhelms berichteten über ihre praktischen Erfahrungen und bestätigten, dass das KIG-System in den Untersuchungen des ÖGD seinen Platz finden kann: eine landesweite Umstellung wird empfohlen. Abschließend zeigte Dr. Benno Damm, niedergelassener Zahnarzt und Kieferorthopäde aus Bad Liebenwerda, den Teilnehmern anhand praktischer Beispiele, wie die Einstufung nach dem KIG-System erfolgt und auf welche Besonderheiten zu achten ist.

Prophylaxe ganz spannend

Prophylaxeunterricht in einer sechsten Klasse im sozialen Brennpunkt einer Stadt – das ist sicher eine Herausforderung an die Zahnmedizinische Fachangestellte des ÖGD, welche diesen durchführt. Dass dieser aber auch Spaß machen und eine Bereicherung für alle Beteiligten sein kann, bewies Sybille van Os-Fingberg von der LAG Berlin als Referentin mit großem Enthusiasmus und vielen praktischen Übungen beim Workshop im April in Brandenburg a.d. Havel. Die Teilnehmerinnen erfuhren, wie eine Gruppe funktioniert, die verschiedenen Phasen in der Gruppenarbeit zu gestalten sind, man mit Störungen umgehen kann oder wie Kommunikation funktioniert.

Es gab sehr viele Anregungen, wie in der Gruppenprophylaxe bei den Kindern und Heranwachsenden der Spaß an der Mundgesundheit geweckt werden kann. Van Os-Fingberg rundete die Fortbildung mit einer Beispiel-Prophylaxestunde zum Thema „Piercing“ ab. ●

Spannender „Unterricht“ mit Sybille von Os-Fingberg zum „Piercing“ - selbst die versierten Angestellten der ÖGD-Teams kamen ins Grübeln über die damit verbundenen Risiken für Mund- und Zahngesundheit



„Es gibt nur ein einziges Gut für den Menschen: das Wissen; und nur ein einziges Übel: die Unwissenheit“*

In der Hoffnung, Ihnen auch in dieser Ausgabe des Zahnärzteblattes Wissenswertes zur Abrechnung im Praxisalltag übermitteln zu können, äußern wir uns nachfolgend zu den interessantesten Abrechnungsfragen.

* Sokrates

Autoren: Rainer Linke,
Anke Kowalski

Antwort: NEIN! Der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 4 ist wie folgt definiert:

Frage: Ist das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ä 70) im kausalen Zusammenhang mit außervertraglichen Implantatversorgungen oder Wurzelbehandlungen als Vertragsleistung abrechnungsfähig?

„Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums“

Antwort: Ja! Unsere abrechnungsbejahende Auffassung, die übrigens auch von der KZBV geteilt wird, basiert darauf, dass wir davon ausgehen, dass bezogen auf den o. g. Sachverhalt das Verursacherprinzip (Begleitleistungen tragen immer das Schicksal der Hauptleistungen) keine relevante Rolle spielt. Wir gehen vielmehr davon aus, dass sich die vertragszahnärztliche Abrechnungsfähigkeit der Ä 70 für die Ausstellung der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit damit begründet, dass es sich dabei um eine medizinisch notwendige (nicht prophylaktische) Krankenschreibung handelt und dieser Krankenschreibung kein Selbstverschulden entsprechend § 52 SGB V vorausgeht.

Das wiederum bedeutet, dass das Erheben der Anamnese, Aufnahme eines klinischen Befundes **und** Erstellen eines Therapieplanes als einheitliche Maßnahme betrachtet werden muss, die nicht zu trennen ist. Bezogen auf den beschriebenen Abrechnungsfall (nach der Vorbehandlung Zahnfleischtaschen Sondiertiefen unter 3,5 mm) ist entsprechend der PAR-Richtlinien keine Indikation für eine vertragskonforme systematische Parodontitistherapie gegeben, denn es liegen keine Zahnfleischtaschen von 3,5 mm und mehr vor. Die Voraussetzungen für die Notwendigkeit des Erstellens eines Heil- und Kostenplan sind damit nicht mehr gegeben und somit besteht keine Abrechnungsfähigkeit der Geb.-Nr. 4.

Frage: Ein Parodontaler Screening-Index wurde erhoben und deutete auf behandlungsbedürftige Parodontopathien hin (Code 3).

Frage: Bei einem Patienten ergab sich nachstehender Befund (35 erhält ein Implantat und dann eine implantatgetragene Krone; 36 intaktes Implantat, hingegen muss die Krone auf 36 erneuert werden) sowie folgende Therapieplanung:

Nach der Vorbehandlung (Beseitigung von Reizfaktoren) ergaben die Messungen der Zahnfleischtaschen Sondiertiefen unter 3,5 mm. Ist, da ich die Anamnese und den klinischen Befund erhoben habe, die Geb.-Nr. 4 abrechnungsfähig?

TP																	
R																	
B	f															f	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f												fi	sw	f	f	
R																	
TP													SKM	SKM			

Steht dem Patienten für den Zahn 36 der FZ 7.2 und für 35 der FZ 2.1 zu?



Rainer Linke
Vorstandsmitglied
der KZVLB



Anke Kowalski
stellv. Abteilungs-
leiterin Abrechnung

Antwort: Nein! Die auf den ersten Blick einfach erscheinende Fallkonstellation, stellt sich auf dem zweiten Blick als recht kompliziert dar.

Die Situation der zum einen erneuerungsbedürftigen implantatgetragenen Kronenversorgung am Zahn 36 erfordert zunächst eine kritische Befundzuordnung. Da die vorhandene implantatgetragene Krone auf 36 nicht intakt ist, kann die Versorgung vom Zahn 36 nach A.1. Satz 3 der Festzuschuss-Richtlinien auch nicht natürlichen Zähnen gleichgestellt werden; denn hier heißt es: *„Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit, z. B. durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann.“* Die vorhandene Konstruktion ist weder funktionstüchtig, noch kann diese wiederhergestellt werden; sie muss erneuert werden.

Auch der folgende Satz 4 der Richtlinie A. 1. lässt nicht zu, dass der Zahn 36 einem natürlichen Zahn gleichgestellt wird: *„Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngestragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt.“*

Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.05 regelt dieser Satz lediglich Fälle, bei denen vorhandene Implantate mit erneuerungsbedürftiger oder auch – für sich genommen – nicht erneuerungsbedürftiger Suprakonstruktion **in eine umfangreichere Neuversorgung (Hybridversorgung) einbezogen werden sollen.**

Auch dieser Sachverhalt trifft nicht zu (nach der Versorgung liegt keine Hybridkonstruktion vor); obgleich hier ehrlicher Weise festgestellt werden muss, dass der zitierte A. 1. Richtlinienatz 4 nicht befundbezogen orientiert ist, sondern leider eine Therapiebezogenheit aufweist („... nach der Versorgung...“).

Schlussfolgernd muss für die Befundung des Zahnes 36 festgestellt werden, dass nach den

FZ-Richtlinien keine Gleichstellung hinsichtlich natürlicher Zähne möglich ist, sondern die Befundzuordnung im Sinne einer Erstversorgung nach der folgenden FZ-Richtlinie A. 6. Satz 2 erfolgen muss: *„Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand.“*

Somit ergibt sich, dass der Zahn 36 als fehlender Zahn zu befunden ist.

Gleiches gilt für die Befundung des Zahnes 35; auch hier findet die FZ-Richtlinie A. 6. Satz 2 Anwendung, denn hier handelt es sich um eine klassische Erstversorgung mit Implantaten.

Fazit: Für die geplante andersartige Versorgung im Unterkiefer hat der Patient Anspruch auf einen Festzuschuss nach 3.1 (wegen der Freundsituation im 3. Quadranten, Zähne 35 bis 38 fehlen, ist die Befundklasse 2 ausgeschlossen).

Frage: Bei einem Restzahnbestand von 4 Zähnen soll bei einem Patienten eine Prothese mit vier Wurzelstiftkappen angefertigt werden. Welche Festzuschüsse erhält der Patient von seiner Krankenkasse?

Antwort: Grundsätzlich gilt: Vertragsleistung nach den Abrechnungsbestimmungen der Geb.-Nr. 90 und der Regelleistung nach dem Befund 4.8 ist die Wurzelstiftkappe mit Kugelknopfanker als Verbindungselement **nur** im Zusammenhang mit Cover-Denture-Prothesen bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer. Da die Versorgung mit Wurzelstiftkappen - **bei mehr als 3 Restzähnen** - als nicht anerkannte Versorgung eingestuft wurde, erhält der Patient für keine der Wurzelstiftkappen einen Festzuschuss. Da die Wurzelstiftkappen mit Kugelknopfanker integrativer Bestandteil der Prothesenkonstruktion sind, ergibt sich die logische Konsequenz, dass auch auf die Prothesenversorgung selbst kein Anspruch auf einen befundorientierten Festzuschuss besteht. ●

Immer wieder Streitpunkt: Auslagenersatz

Zwei interessante Urteile zum Auslagenersatz, wozu der BGH bekanntlich bereits im Jahre 2004 höchstrichterlich entschieden hatte, sind jetzt bekannt geworden. Zwei Urteile mit ähnlicher Ausgangslage und doch unterschiedlichem Ausgang.



Roland Kobel

**Autor: Dipl.-Stom. Roland Kobel,
GOZ-Ausschussmitglied**

Der Bundesgerichtshof hatte in seinem Urteil vom 27.05.04 festgestellt, dass Materialkosten neben den Gebühren für zahnärztliche Leistungen nur dann berechnet werden dürfen, wenn diese separat im Gesetzestext der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ausgewiesen sind (z. B. Abformungsmaterial, Stiften etc.) sowie abweichend von dieser Regel dann, wenn die Materialkosten unverhältnismäßig hoch sind neben den zahnärztlichen Gebühren der erbrachten Leistungen – wie im damals verhandelten Fall von Einmalimplantatbohrern.

Fall damals zu „speziell“

Genau dieser Ansatz war der Ausgangspunkt für zwei gerichtliche Auseinandersetzungen. So hatte das Landgericht Kiel in einem Fall zwischen einem Patienten und seiner privaten Krankenversicherung über „...1 Ampulle ‚E.‘

Auslagenersatz ... (kein Sprechstundenbedarf) 26,75 €“ zu entscheiden, deren Erstattung die PKV verweigert hatte. Die Entscheidung des Landgerichtes stützt sich dabei sehr wohl auch auf das Urteil des BGH, betonte allerdings, dass es sich damals um einen „Sonderfall“ eines Spezialisten handelte, dessen Kosten für Einmalwerkzeuge außer Verhältnis zu den abrechenbaren Gebühren standen. Und diese spezielle Konstellation könne nicht für die hier vorliegende Behandlungssituation gelten.

Somit war die Klage abzuweisen, auch wenn im „... Einzelfall ein Missverhältnis zu der abrechenbaren Gebühr besteht und der Arzt gegebenenfalls auch mehr oder weniger kostenmäßig zusetzt. ...“

(LG Kiel, Az.: 117 C 180/06 vom 21.06.2006)

Auslagenersatz gerechtfertigt

Völlig anders war die Auslegung des BGH-Urteiles bei einer Entscheidung des Amtsgerichtes Hamburg-Wandsbek. In diesem Fall hatte der Beklagte (Patient), neben anderen, auch die Bezahlung von Einweginstrumenten in Höhe von 60,66 € für Wurzelkanalinstrumente verweigert. Das Gericht hat jedoch einen Zahlungsanspruch gerade unter Hinweis auf das BGH-Urteil bestätigt: „... In Fällen, in denen Gebühren im Rahmen eines 2,3-fachen Satzes zu 75 Prozent und mehr vom Einsatz einmalig verwendbarer Werkzeuge aufgezehrt werden, sieht der BGH ein Regelungsdefizit mit der Folge, dass diese Werkzeuge gesondert berechnet werden können. Dies hat der Gutachter nachvollziehbar errechnet und dargelegt. ...“ Somit ist der Anspruch auf Auslagenersatz gemäß § 3 GOZ korrekt und rechters.

(AG Hamburg-Wandsbek, Az.: 714 C 331/05 vom 30.11.2007)

LICHTPLANUNG & MONTAGE
Praxis-, Apotheken- und
Klinikbeleuchtung
Wohnraumbreuchten
LICHTGALLE

www.lichtgalle.de
Tel.:0355-31577

Anzeige

Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung im Bereich der KZVLB

Kreis- bzw. kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl	Zahnärzte			Kieferorthopäden		
		Soll	Ist	%	Soll	Ist	%
1. Brandenburg, Stadt	69.937	41,6	57,5	138,2*	4,4	3,0	68,2
2. Cottbus, Stadt	97.065	75,8	92,0	121,4*	6,1	5,0	82,0
3. Eisenhüttenstadt, Stadt	33.434	19,9	22,0	110,6*	2,1	1,0	47,6
4. Frankfurt, Stadt	62.328	37,1	53,0	142,9*	3,9	5,0	128,2*
5. Potsdam, Stadt	132.071	103,2	118,0	114,3*	8,3	10,0	120,5*
6. Schwedt, Stadt	34.125	20,3	22,0	108,4	2,1	3,0	142,9*
7. Angermünde	32.864	19,6	16,0	81,6	2,1	-	-
8. Bad Freienwalde	32.942	19,6	19,0	96,9	2,1	3,0	142,9*
9. Bad Liebenwerda	45.097	26,8	26,0	97,0	2,8	2,0	71,4
10. Beeskow	34.148	20,3	25,0	123,2*	2,1	-	-
11. Belzig	33.468	19,9	19,0	95,5	2,1	-	-
12. Bernau	104.115	62,0	61,0	98,4	6,5	3,0	46,2
13. Brandenburg, Land	39.242	23,4	18,0	76,9	2,5	-	-
14. Calau	45.046	26,8	24,0	89,6	2,8	1,0	35,7
15. Cottbus, Land	51.360	30,6	25,0	81,7	3,2	-	-
16. Eberswalde	67.695	40,3	47,5	117,9*	4,2	2,0	47,6
17. Eisenhüttenstadt, Land	25.231	15,0	10,0	66,7	1,6	-	-
18. Finsterwalde	46.041	27,4	32,0	116,8*	2,9	1,0	34,5
19. Forst	31.595	18,8	22,0	117,0*	2,0	2,0	100,0
20. Fürstenwalde	109.628	65,3	68,0	104,1	6,9	2,0	29,0
21. Gransee	38.258	22,8	20,0	87,7	2,4	-	-
22. Guben	29.013	17,3	19,0	109,8	1,8	1,0	55,6
23. Herzberg	32.924	19,6	23,5	119,9*	2,1	1,0	47,6
24. Jüterbog	33.401	19,9	19,0	95,5	2,1	-	-
25. Königs Wusterhausen	105.111	62,6	59,0	94,2	6,6	4,0	60,6
26. Kyritz	28.499	17,0	22,0	129,4*	1,8	-	-
27. Lübben	30.215	18,0	18,0	100,0	1,9	1,0	52,6
28. Luckau	26.975	16,1	17,0	105,6	1,7	1,0	58,8
29. Luckenwalde	37.907	22,6	25,0	110,6*	2,4	2,0	83,3
30. Nauen	98.578	58,7	51,5	87,7	6,2	6,0	96,8
31. Neuruppin	61.179	36,4	33,0	90,7	3,8	1,0	26,3
32. Oranienburg	156.998	93,5	104,0	111,2*	9,8	6,5	66,3
33. Perleberg	59.750	35,6	38,0	106,7	3,7	3,0	81,1
34. Potsdam, Land	140.208	83,5	79,0	94,6	8,8	4,0	45,5
35. Prenzlau	42.116	25,1	21,75	86,7	2,6	2,0	76,9
36. Pritzwalk	26.858	16,0	19,0	118,8*	1,7	1,0	58,8
37. Rathenow	52.549	31,3	29,0	92,7	3,3	1,0	30,3
38. Seelow	35.446	21,1	17,0	80,6	2,2	-	-
39. Senftenberg	87.113	51,9	61,5	118,5*	5,4	4,0	74,1
40. Spremberg	37.592	22,4	23,0	102,7	2,4	1,0	41,7
41. Strausberg	111.956	66,6	60,0	90,1	7,0	2,0	28,6
42. Templin	30.941	18,4	19,0	103,3	1,9	1,0	52,6
43. Wittstock	20.335	12,1	10,0	82,6	1,3	1,0	76,9
44. Zossen	90.596	53,9	55,0	102,0	5,7	2,0	35,1
gesamt	2.541.950	1.556,1	1.620,25	104,1	159,3	88,5	55,6

* zahnärztliche Überversorgung

* kieferorthopädische Überversorgung

Gefährliche Begleiter: Infektionsrisiken

Ob Tröpfchen- oder Schmierinfektion, der direkte Kontakt mit Blut und Speichel oder der indirekte Kontakt über Aerosole - das Infektionsrisiko ist Bestandteil der täglichen Arbeit in einer Zahnarztpraxis. Es gilt, sensibel zu sein bei Hepatitis und AIDS.

Autoren: Thomas Schwierzy, Vorstandsreferent der LZÄKB; Christina Lukas, Referat Zahnärztliche Berufsausübung

Da das Infektionsrisiko zur täglichen Arbeit in einer Zahnarztpraxis gehört, ist sowohl für den Zahnarzt als auch für das Praxispersonal ein ausreichender Infektionsschutz erforderlich. Hepatitis B und Hepatitis C – die im Volksmund bekannte Gelbsucht – und AIDS gelten als potenzielle Virusinfektionen im zahnmedizinischen Bereich.

Übertragungswege

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist unter anderem sowohl im Blut als auch im Speichel nachweisbar. Nicht grundlos zählt die Infektion mit diesem Virus zur wichtigsten Berufskrankheit im medizinischen Bereich. Durch die sehr hohe Viruskonzentration im Blut (> 10¹² Viruspartikel/ml) wird Hepatitis B zu den hoch infektiösen Erkrankungen gezählt. Kleinste Blutmengen reichen aus, um über Haut- oder Schleimhautverletzungen in den Körper zu gelangen.

Eine ebenso nicht zu unterschätzende Infektionsgefahr geht von der Virusinfektion HIV (Human Immunodeficiency Virus) aus. Die daraus resultierende Krankheit wird als AIDS bezeichnet (Acquired Immune Deficiency Syndrome) und ist ein erworbenes Immunschwächesyndrom. Der Übertragungsweg des HI-Virus

kommt unter anderem über Blut zustande. Daher stellt in der Zahnarztpraxis die Verletzung durch kontaminierte Spritzen (Kanülen) einen möglichen Infektionsweg dar (siehe auch ZBB 2/2008, Umgang mit Nadelstichverletzungen). Dennoch ist die Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, deutlich geringer als die Gefahr, sich an HBV zu infizieren.

Um eine mögliche Ansteckung dieser Virusinfektionen zu vermeiden, ist es dringend erforderlich, die allgemein bekannten Hygienestandards nach der Hygienerichtlinie des Robert-Koch-Instituts vom April 2006 konsequent einzuhalten. Nachzulesen sind diese im Internet unter www.rki.de --> Infektionsschutz --> Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene --> Zahnmedizin.

Infektionsschutz

Es ist nicht nur denkbar, dass sich der Zahnarzt oder das Praxispersonal beim Patienten infiziert, sondern auch umgekehrt. Das konsequente Tragen von Schutzhandschuhen, besonders bei Kontakt mit Körperflüssigkeiten (Blut, Speichel) ist unerlässlich. Nicht nur bei einer Infektionsgefährdung, sondern auch bei der Berührung von kontaminierten Oberflächen müssen Schutzhandschuhe getragen werden. Selbst kleinste Hautrisse an den Händen bedeuten ein erhöhtes Infektionsrisiko. Deshalb ist es wichtig, die durch Desinfekti-

Weitere Informationen:
Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK „Virusinfektion in der Zahnarztpraxis“ - zu finden im Internet unter: www.dgzmk.de

Broschüre der BGW: „Risiko Virusinfektion“
(Übertragungsweg Blut. Mit Produktübersicht
„Schutz vor Schnitt- und Stichverletzungen“)
Bestellnummer: M612/613 im Internet unter: www.bgw-online.de





Die wichtigsten Schutzmaßnahmen vor Infektionen auf einen Blick: das Tragen von Schutzhandschuhen einschließlich gründlicher Desinfektion sowie das Schützen von Augen, Nase und Mund - hier mittels eines Schutzschildes


onsmittel und das Tragen von Schutzhandschuhen stark beanspruchten Hände regelmäßig zu pflegen. Zwischen der Behandlung verschiedener Patienten sind die Handschuhe zu wechseln (vgl. RKI-Hygienerichtlinie, 3.2.1 Schutzhandschuhe). Das Tragen von Schutzbrille sowie Mund- und Nasenschutz schützt vor Blut- und Speichelspritzern. Es stellt somit ebenfalls eine unabdingbare Hygienevoraussetzung dar.

Bei der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung des Praxispersonals ist darauf zu achten, dass die Beschäftigten auf Hepatitis-B- und -C-Virus untersucht werden. Besteht vor Aufnahme der Tätigkeit keine schützende Immunität gegenüber Hepatitis B, so muss dem Beschäftigten eine Impfung seitens des Arbeitgebers angeboten werden. Da die Impfung als solches einen körperlichen Eingriff darstellt, kann der Beschäftigte nicht dazu gezwungen werden, sich impfen zu lassen. Lehnt ein Beschäftigter jedoch die Impfung ab, so sollte sich der Arbeitgeber dies schriftlich bestätigen lassen. Einen entsprechenden Vordruck dafür finden Sie im Z-PMS & Handbuch der LZÄKB unter: Praxisleitfaden --> Zahnärztliche Berufsausübung --> Formulare.

Behandlungspflicht

Ein Vertragszahnarzt darf die Behandlung von Kassenpatienten nur in begründeten Fällen

ablehnen. Eine HIV-Infektion ist aber weder im privat- noch kassenzahnärztlichen Bereich ein Grund für einen Zahnarzt, die Behandlung abzulehnen, da unter Einhaltung der Hygienerichtlinien eine mögliche Infektion vermieden werden kann. Die Behandlung eines HIV-Patienten ist daher nicht unzumutbar.

Eine Ablehnung gerade im akuten Schmerzfall könnte als unterlassene Hilfeleistung gewertet werden. 

Verdachtsanzeigen (meldepflichtige)			
Alle Gewerbegebiete der BGW			
	BK 3101	AIDS/HIV-Pos.	Hepatitis B
2005	1553	9	146
2006	1525	12	116
2007	1225	4	110
Zahnarztpraxen etc. BGW-gesamt			
2005	32	1	11
2006	35	1	14
2007	37	0	10
Zahnarztpraxen etc. Brandenburg			
2005	1	0	0
2006	0	0	0
2007	0	0	0
Anerkannte Fälle			
Zahnarztpraxen etc. BGW-gesamt			
2005	11	0	2
2006	17	0	4
2007	11	0	4
Zahnarztpraxen etc. Brandenburg			
2005	1	0	1
2006	0	0	0
2007	0	0	0

Keine Todesfälle!

Infektionskrankheit als Berufskrankheit (BK-Nr. 3101) BGW-gesamt und Zahnarztpraxen 2005 bis 2007 - Quelle: BGW - Meldungen von freiwillig versicherten und angestellten Zahnärzten

Die Kündigung in der Ausbildung

Nicht immer stimmt die Chemie zwischen dem Praxisteam und dem Auszubildenden. Als letzter Ausweg bleibt manchmal nur noch eine Kündigung des Ausbildungsverhältnisses. Die Umstände der Kündigung regelt das Berufsbildungsgesetz.



Autoren: RA Dr. Christopher Liebscher und RA Wolf Constantin Bartha

Ein Blick in den fünfseitigen Ausbildungsrahmenplan zur Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten lässt erahnen, was ausbildende Praxen leisten. Trotzdem wird nicht jede Auszubildende nach ihrer Ausbildung übernommen. In manchen Fällen sehnen Zahnarzt und Praxis gar die Abschlussprüfung herbei und in besonders schlimmen Fällen wünscht er sich, er könnte das Ausbildungsverhältnis kündigen. Unter welchen Umständen dies möglich ist, regelt das Berufsbildungsgesetz. Dabei wird zwischen Kündigung während und nach der Probezeit unterschieden.



RA Dr. Christopher Liebscher, LL.M. (oben) und

RA Wolf Constantin Bartha, Fachanwalt für Medizinrecht,

Rechtsanwälte Meyer-Köring
Schumannstraße
18, 10117 Berlin,
www.meyer-koe-ring.de

Kündigung während der Probezeit

Während der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis von beiden Seiten jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden. Im Berufsausbildungsvertrag kann eine Probezeit von bis zu vier Monaten vereinbart werden. Selbst ohne gesonderte Vereinbarung gilt der erste Monat stets als Probezeit. Einer Begründung bedarf die Kündigung nicht. Statt fristlos kann auch unter Zubilligung einer Auslaufrist gekündigt werden. Achtung: Auch im Ausbildungsverhältnis gilt das Kündigungsverbot des Mutterschutzgesetzes.

Kündigung nach der Probezeit

Nach der Probezeit ist eine Kündigung des Ausbildungsverhältnisses nur unter sehr engen Voraussetzungen möglich. Es kann zum einen aus wichtigem Grund - ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist - gekündigt werden, zum anderen ist bei Aufgabe der Ausbildung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten eine Kündigung durch den Auszubildenden möglich. Im letzteren Fall

gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen. Eine Kündigung aus wichtigem Grund muss schriftlich und unter Angabe der Kündigungsgründe erfolgen. Sie ist unwirksam, wenn die der Kündigung zugrunde liegenden Tatsachen dem Kündigenden länger als zwei Wochen vor Kündigung bekannt waren. Diese Ausschlussfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Kündigende sichere Kenntnis von den entscheidenden Kündigungsgründen hat. Ein wichtiger Grund ist nur gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, die die Fortsetzung des Ausbildungsverhältnisses bis zum Ablauf der Ausbildungszeit unzumutbar machen. Dabei ist das Interesse beider Parteien zu beachten. Auch dem jugendlichen Alter des Auszubildenden ist Rechnung zu tragen; gewisse „Jugendsünden“ müssen also verziehen werden. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, wie lange das Ausbildungsverhältnis bereits bestanden hat. Abgesehen von gravierenden Verfehlungen ist deshalb die Kündigung kurz vor Abschluss des Ausbildungsverhältnisses in der Regel unzulässig. Für die ausbildende Praxis kommen oftmals folgende wichtige Gründe für eine Kündigung in Betracht: Leistungsmängel, Nichtführen der Berichtshefte, nachlässiger Berufsschulbesuch, ständige Verspätung oder gar strafbare Pflichtverletzungen. Grundsätzlich ist vor Kündigung eine vergebliche Abmahnung erforderlich. Einer solchen bedarf es lediglich bei ganz schwerwiegenden Pflichtverstößen nicht, deren Rechtswidrigkeit dem Auszubildenden ohne weiteres erkennbar war und bei denen eine Hinnahme durch die ausbildende Praxis offensichtlich ausgeschlossen ist, wie beispielsweise beim Diebstahl am Ausbildungsplatz. Praxishinweis: Bei Kündigung nach Ablauf der Probezeit ist besonders auf eine detaillierte Angabe der Kündigungsgründe zu achten. Der Zugang der Kündigung muss gegebenenfalls bewiesen werden. Bei minderjährigen Auszubildenden ist die Kündigung an die gesetzlichen Vertreter zu richten. ●

Kindererziehungszeiten werden anerkannt

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass auch für Mitglieder berufsständiger Versorgungseinrichtungen die Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anzurechnen sind - ein wichtiges Urteil auch für Zahnärzte

Ansprechpartner:
Albert Essink

Nachdem bereits 2005 der 4. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) sich mit der Frage zu befassen hatte, ob die gesetzliche Rentenversicherung auch für die Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke der Freien Berufe Kindererziehungszeiten anrechnen muss, hatte diese Frage nun erneut der 13. Senat des BSG zu entscheiden.

Der 13. Senat des BSG hat sich in seiner Entscheidung vom 31. Januar 2008 (Az.: B 13 R 64/06 R) mit großer Eindeutigkeit der Entscheidung des 4. Senates angeschlossen und erklärt, dass der Ausschluss der Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke von der Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, wie er durch die Vorschrift des § 56 Abs. 4 SGB VI bewirkt wird, verfassungswidrig ist, wenn das Versorgungswerk keine systematisch vergleichbare Leistung wie die Rentenversicherung in seinem Leistungsrecht vorhält.

Versorgungswerke erhielten bisher keine Beiträge für Zeiten der Kindererziehung

Dazu stellt der 13. Senat des BSG fest, es sei nachvollziehbar, dass die Versorgungswerke Kindererziehungszeiten bisher in ihrem Leistungsrecht nicht eingeführt hätten, weil der Bund an sie, anders als an die gesetzliche Rentenversicherung, keine Beiträge für Zeiten der Kindererziehung entrichtete. Die Versorgungswerke und ihre Arbeitsgemeinschaft, die ABV, dürfen sich in ihrer Forderung an den Bund, Beiträge für Kindererziehungszeiten an diese wie zur gesetzlichen Rentenversicherung zu übernehmen, deshalb gestärkt fühlen, weil

auch das BSG ausführt, es halte eine Beitragsübernahme des Bundes für kindererziehende Mitglieder an die Versorgungswerke für die sachgerechtere Lösung.

Da aber der Bund sich zu dieser Lösung bisher nicht habe verstehen können, sei eine verfassungskonforme Auslegung der Vorschrift des § 56 Abs. 4 SGB VI geboten. Mit der Folge, dass auch von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreite Mitglieder der Versorgungswerke Kindererziehungszeiten in der Rentenversicherung angerechnet erhalten können. Auch nach diesem, für die kindererziehenden Mitglieder der Versorgungswerke positivem Urteil fordern die Versorgungswerke, so Michael Jung, Hauptgeschäftsführer der ABV, weiter, dass der Bund Beiträge für Kindererziehende an die Versorgungswerke direkt entrichtet. Nur dies sei, so Jung, eine sachgerechte Lösung, weil sie die Benachteiligung von kindererziehenden Mitgliedern der Versorgungswerke vermeide. Auch nach der neuen Rechtsprechung sei es nämlich so, dass diejenigen, die nur ein Kind



Albert Essink
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin



Die „Ärzte-Zeitung“ empfiehlt Ärztinnen, die in der Phase der Familienplanung sind, beim Eintritt in die Ärzteversorgung auf die übliche Erstattung bisheriger gesetzlicher Rentenbeiträge zumindest vorerst zu verzichten. Denn mit einem Kind können schon zwei frühere Beitragsjahre später die gesetzliche Rente sichern

erzogen haben und in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht über Vorversicherungszeiten aus einer früheren Beschäftigung verfügen, faktisch keine Leistung erhielten, weil sie die in der Rentenversicherung geltende Wartezeit von 60 Monaten Versicherungszeit nicht erfüllen könnten.

Jetzt Kindererziehungszeiten vormerken lassen

Gleichwohl sollten aber alle Mitglieder von berufsständischen Versorgungswerken, die gegenwärtig Kinder erziehen oder in der Vergangenheit Kinder erzogen haben, jetzt die

Vormerkung ihrer Kindererziehungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen. Die Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung betragen für Geburten vor dem 01.01.1992 ein Jahr, für Geburten nach dem 01.01.1992 drei Jahre.

Der Antrag auf Anerkennung von Kindererziehungszeiten kann bei den örtlichen Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherung oder schriftlich bei der Deutschen Rentenversicherung – Bund (Postfach, 10704 Berlin) gestellt werden. Beglaubigte Kopien der Geburtsurkunden der geborenen und erzogenen Kinder sollten dem Antrag beigefügt werden. ●

Fehler in der Dokumentation vermeiden

(ZBB) Im Rahmen von Anträgen auf unfallbedingte Kostenerstattung, im Gutachtenauftrag oder bei zahnärztlichen Stellungnahmen zu Unfallschäden werden brandenburgische Zahnärzte unter Umständen mit der Bitte angesprochen, zahnärztliche Röntgen- und Patientendokumentationen dem beauftragten Gutachter zuzusenden. Es stellt sich dann sehr oft heraus, dass keine Röntgendokumentation angefertigt wurde. Dieses Unterlassen steht im Widerspruch zu den fachlichen Notwendigkeiten, den Unfallschaden durch zahnärztliche Röntgendiagnostik sofort zu dokumentieren und diesen auch für die Spätfolgen transparent festzuhalten.

Aus diesem Grunde wird dringend gebeten, die rechtlichen und fachlichen Dokumentationsbelange bei Unfallverletzten zu beachten. Eine dann begründete Ablehnung des Antragsfalles zieht oft das Auseinanderbrechen des Zahnarzt - Patientenverhältnisses oder gar eine gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen Patient und Zahnarzt nach sich.

Auch ist in hohem Prozentsatz auffällig, dass das Praxislogo und die Stempel der Praxis zwar die lokale Telefon-Festnetznummer, aber keine Vorwahlnummer enthalten. Eine telefo-

nische Klärung von Sachverhalten im Rahmen eines konsiliarisch geführten Telefonates mit dem/der Behandler/Behandlerin wird erheblich erschwert. Daher sollte geprüft werden, ob die älteren Telefonangaben noch dem zeitgemäßen Stand entsprechen.

Implantatversorgungen stellen keine Regelversorgung dar und sind im Leistungskatalog der GKV nicht enthalten. Unfallversicherungsträger sind den gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt, auch sie erstatten keine Implantatversorgung. Nur in Ausnahmefällen und nur in nachzuweisenden, indizierten und dokumentierten unfallbedingten Versorgungsfällen werden die Implantatinsertion und der implantatgetragene Zahnersatz von den Berufsunfallversicherungen unter Umständen erstattet. Dazu gehören eine diszipliniert geführte zahnärztliche Dokumentation und ein durch die Gutachter der Unfallversicherungsträger zu prüfende patienten- und fallspezifische Implantationsfähigkeit und Implantationswürdigkeit. Dazu müssen die Behandler angeschrieben oder telefonisch angesprochen werden. Korrekte und aktuelle Kommunikationsverbindungen sind daher essentiell für eine Verkürzung des Beantragungs- und Verwaltungsweges. ●

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres.

Lebteck - Prophylaxe - Parodontologie - Implantologie

Dr. med. [redacted] Zahnärztin
Dr. med. [redacted] Zahnarzt / Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Anerkante Abschlüsse als Zahnärzte an der Charité Berlin BRD 1987
Mitglieder der Zahnärztekammer Brandenburg: www.lzkb.de
Umsatzsteuer-Id.-Nr. DE 193464590

Praxis-Öffnungszeiten

Mo	7:30 - 12:00
Di	14:00 - 19:00
Mi	7:30 - 14:00
Do	nach Vereinbarung
Fr	7:30 - 18:00

Schmerz - Sprechstunden

Mo Di Fr	7:30 - 8:00
Mo Do	16:30 - 17:00

Das Internet als Informationsquelle für Patienten gehört inzwischen zur Normalität und ist erwünscht - doch welche Inhalte sind auf der Homepage einer Zahnarztpraxis gestattet?

Richtlinien für die Homepage einer Zahnarztpraxis

(ZBB) Beruflich genutzte Internetauftritte von Zahnärzten unterliegen den Informationspflichten nach § 5 des Telemediengesetzes (TMG), welches im März vergangenen Jahres das Teledienstegesetz abgelöst hat. Wer also immer noch auf seiner Homepage auf „§ 6 Teledienstegesetz“ hinweisen sollte, ändere dies bitte in „§ 5 Telemediengesetz“ - die Inhalte sind gleich geblieben. Die beruflich genutzte Homepage muss demzufolge folgende Pflichtangaben (die blau gekennzeichneten Angaben sind zwingend erforderlich!) nach § 5 TMG enthalten:

- vollständiger Name und Praxisanschrift
 - Angaben zur schnellen elektronischen und unmittelbaren Kommunikation und Kontaktaufnahme (Telefonnummer und E-Mail-Adresse)
 - Berufsbezeichnung (Zahnarzt bzw. Zahnärztin)
 - Berufsbezeichnung verleihender Staat (der Staat, in dem die Approbation erworben wurde - es genügen international gebräuchliche Abkürzungen)
 - Mitglied der Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB)
 - Berufsrechtliche Regelungen, nämlich Zahnheilkundengesetz, Heilberufsgesetz, Gebührenordnung für Zahnärzte und Berufsordnung der LZÄKB (es genügt ein Link auf die Seiten der LZÄKB: www.lzkb.de)
 - Umsatzsteueridentifikationsnummer (so weit vorhanden)
- Die Pflichtangaben können in einer gesonderten Rubrik, beispielsweise mit der Überschrift „Angaben nach § 5 Telemediengesetz“ oder „Impressum“ geführt werden. Rechtlich sicher bewegen Sie sich, wenn Sie bereits auf Ihrer Eingangs-Homepage auf das Impressum hinweisen und dieses mit für den Verbraucher geringem Aufwand (ein bis zwei Links) aufrufbar ist.
- Weitere zulässige Angaben, die Sie auf der ersten Seite führen können:
- Akademische Grade und Titel
 - Gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung - im Land Brandenburg:
 - Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie
 - Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde
 - Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
 - Fachzahnarzt für Kinderstomatologie
 - Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen
 - Fachzahnarzt für Oralchirurgie
 - Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Partnerschaft, örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
 - Sprechstundenzeiten
 - Zulassung zu Krankenkassen
 - Tätigkeitsschwerpunkte
 - Praxislogo
 - Privatanschrift mit Telefon- und Faxnummern
 - Hinweis Belegarzt des Krankenhauses

Neben diesen zuvor genannten Angaben kann auf der Homepage zudem eine Schaltfläche (Link) enthalten sein, über die weitere Praxisinformationen auf nachgeschalteten Web-Seiten abgefragt werden können.

Mögliche Angaben auf nachgeschalteten Webseiten

Nach einer Startseite sind vielfältige Informationen - so Erläuterungen für Patienten möglich

- Informationen über den Praxisinhaber wie Geburtsjahr, Zeitpunkt Approbationserteilung / Niederlassung / Gebietsbezeichnung
- Angaben zum persönlichen Bereich des Praxisinhabers, beispielsweise Hobbys, Urlaub etc.

- Angaben zu Spezialisierungen
- allgemeine Informationen über zahnärztliche Leistungen
- Sprachkenntnisse
- Darstellung des Praxisteam (verbal und per Bild)
- Lageplan bzw. Anfahrtsskizze zur Praxis, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Hinweise auf Parkmöglichkeiten
- Besondere Einrichtungen für Behinderte
- Hausbesuche
- Praxislabor
- Vertretung
- Notfalldiensteinteilung

Die der Homepage nachgeschalteten Webseiten dürfen die gleichen Angaben auch in Fremdsprachen enthalten.

Berufswidrige bzw. unzulässige Angaben

- die Angabe von Preisen
- das Bewerben von Leistungen, die nicht vom Zahnheilkundengesetz beschrieben sind (z. B. Heilpraktiker, Ernährungsberatung, Praxisshop)
- das Anlegen eines Gästebuches
- das Anlegen eines „virtuellen Kunstmuseums“ und
- die Veranstaltung von Gewinnspielen. ➔



Fotowettbewerb „Schicken Sie uns ein Lächeln“

(ZBB) Auf Initiative und in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) ruft die DGZMK zu einem Fotowettbewerb auf: „Schicken Sie uns ein Lächeln“ – sagt DGÄZ-Fortbildungsreferent Prof. Dr. Jean-Francois Roulet, einer der wissenschaftlichen Leiter des DGZMK-Programms zum Deutschen Zahnärztetag 2008 in Stuttgart. Das aktuelle wissenschaftliche Programm gestaltet die DGÄZ thematisch gemeinsam mit der DGL, der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnmedizin.

Ganz bewusst soll es hier nicht um vordergründig „schöne Zähne“ gehen, denn die DGÄZ will verdeutlichen, dass die Persönlichkeit eines Menschen und seine natürliche Ausstrahlung seinen Charme ausmachen und eben nicht eine „weiße Gartenzaunleiste, wie sie manche als ‚schön‘ bezeichnen“, so Roulet. Es sei das Ziel der Ästhetischen Zahnmedizin, die Menschen in ihrer Individualität und Natürlichkeit und insgesamt die moderne Zahnmedizin zu unterstützen – daher habe die DGZMK die Idee mit großer Begeisterung aufgegriffen, so Dr.

Wolfgang Bengel, Vizepräsident der DGZMK: „Das ist eine sehr schöne Idee. Weltweit ist Lächeln eine Sprache des Herzens, nicht der Zähne. Eigentlich sollten wir dies in jedem Jahr wiederholen, damit wir nie vergessen, worum es in unserem Fach eigentlich geht, und wer - und auch was - im Zentrum unserer Fertigkeiten und Möglichkeiten steht, über die wir in den Vorträgen berichten.“ Er könne sich gut vorstellen, dass das Thema des Fotowettbewerbs jährlich je nach Inhalt des Wissenschaftlichen Programms zum Deutschen Zahnärztag variere, so Dr. Bengel.

Preise

Möglichst alle Bilder sollen auf Schautafeln präsentiert werden. Die Einsender der drei -

von der Fach-Jury ausgewählten - besten Bilder erhalten Preise: Für den 1. Platz gibt es eine hochwertige Fotoausrüstung von Nikon (Wert ca. 2.400 €), für den 2. Sieger gibt es das Programm Adobe CS3 Extended Suite (Wert ca. 1.600 €), den 3. Preis stiftet die APW: eine Fortbildung im Wert von 500 €; für alle Gewinner gibt es außerdem ein Fotobuch von Dr. Bengel. Erbeten ist ein Ausdruck des Bildes im Format ca. 30 x 40 sowie eine digitale Version in der Auflösung 1024 x 768 Pixel.

Einsendeschluss ist der 20. September 2008.

* Einsendeanschrift für den Ausdruck: DGZMK-Geschäftsstelle, Liesegangstr. 17 a, 40211 Düsseldorf, Stichwort: Fotowettbewerb.

* Einsende-Mail-Adresse für die digitale Version: dgzmk@dgzmk.de



Als Motiv erwünscht ist ein sympathisches Lächeln ohne thematische Einschränkung

Anzeige

Es gibt etwas, das noch länger haften bleibt als dieses Salbei-Gel

Die Erinnerung an eine wirklich hilfreiche Empfehlung!

Bei **Entzündungen der Mundschleimhaut** hilft der Salbei-Wirkstoff besonders kraftvoll und entfaltet seine Heilkraft über lange Zeit. Verblüffende Erfolge – sind das Ergebnis.

Ohne Zuzahlung
GKV-erstattungsfähig für Kinder
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
10 g Gel € 4,97

Aperisan®-Gel Mundschleimhauttherapeutikum, Wirkstoff: Fluidextrakt aus Salbeiblättern. Zusammensetzung: 10 g Gel enthalten als arzneilich wirksamen Bestandteil: 2000 mg Fluidextrakt aus Salbeiblättern (1:1), Auszugsmittel (für die Betrachtung): Ethanol 70 % (V/V), Terebinth Bestandteile: Xylitol, Glycerol, Sorbitol-Lösung 70 % (nicht kristallisierend), Propylenglycol, Pflanzöl 20, Ethanol, Carbomer (Natriumsalz), Saccharin-Natrium, Natriumdecanat, Natriumhydroxid, Pfefferminzöl, Gereinigtes Wasser. Enthält Propylenglycol. Packungsbeilage beachten. Anwendungsgebiete: Zur lokalen Anwendung bei Entzündungen der Mund- und Rachenschleimhaut. Gegenanzeigen: Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Salbei oder anderen Inhaltsstoffen. Schwangerschaft und Stillzeit. Nebenwirkungen: Sehr selten Überempfindlichkeit im Haut- und Schleimhautbereich (Hautjucken, Rötungen, Urticaria). Beim Auftragen auf die Mund- und Rachenschleimhaut ist aufgrund des Gehalts an Propylenglycol eine lokale Reizung möglich.

Dentinox Gesellschaft für pharmazeutische Präparate Lang & Schuppen, Nurender Ring 19, 12277 Berlin

Arztunterschrift

Stempel/Unterschrift B

Bitte senden Sie uns gemäß § 47 AMG kostenfreie Arztmuster von

Aperisan®-Gel
Mundschleimhauttherapeutikum

Dentinox Gesellschaft,
Postfach 480 360, 12253 Berlin

Stand 03/2007



Mit vollem Trainer-Einsatz: Ein wenig Unterstützung nahmen die Kleinen gerne an

Teilnehmerrekord beim Bambini-Lauf

Bereits seit zehn Jahren findet in Bad Liebenwerda der Bambini-Lauf statt. Organisiert vom Praxisteam Damm und zahlreichen begeisterten Mitstreitern, gewinnt das Rennen für die Kleinsten von Jahr zu Jahr an Bedeutung.



Dr. Benno Damm

Autor: Dr. Benno Damm, Landesvorsitzender des BDK LV Brandenburg

Vor zehn Jahren hätte kein Mitarbeiter unserer Praxis daran gedacht, dass wir dieses Jubiläum feiern würden. Damals wurde eine neue Idee bei uns geboren. Im Rahmen des Elsterlaufes in Bad Liebenwerda und des Mineralbrunnenfestes der Mineralquellen GmbH Bad Liebenwerda sollte der Versuch unternommen werden, einen Lauf für die Kleinsten zu organisieren. Der Bambini-Lauf war damit geboren. Es wurden Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren angesprochen und schon damals war die Reaktion sehr positiv. Nun hat sich dieser Lauf zu einer kleinen Tradition in unserer Stadt entwickelt. Trotz der demographischen Entwicklung wächst die Teilnehmerzahl von Jahr zu Jahr. Auch die Entfernungen, die Eltern mit ihren Sprösslingen zurücklegen, um an dem Lauf teilzunehmen, werden größer.

In diesem Jahr haben wir wieder einen neuen Teilnahmerecord erreicht. Gerechnet hatten wir mit ca. 250 Kindern und durften uns dann

über 307 Teilnehmer freuen. Von solchen Zahlen haben wir vor 10 Jahren nur geträumt.

Bereits im Vorfeld sind unsere Helferinnen sehr aktiv. Das beginnt mit dem Aussuchen der kleinen Geschenke, die jeder Teilnehmer erhält. Dabei handelt es sich entweder um ein T-Shirt, ein Basecap, eine Gürteltasche oder ähnliches, auf das unser Logo vom Bambini-Lauf gebügelt wird. Zusätzlich müssen Tüten mit einem kleinem Spielzeug und natürlich Zahnputzbesteck befüllt werden. Für jeden Teilnehmer wird eine Urkunde mit Logo und Namen angefertigt. Auch die Mineralbrunnen GmbH Bad Liebenwerda lässt sich noch eine Überraschung einfallen, so dass die Teilnehmer eine schöne Erinnerung an diesen Tag bekommen. In diesem Jahr gab es zusätzlich von der Stadtverwaltung eine Medaille, weil unsere Stadt ihre 777-jährige Ersterwähnung feierte.

Am Vortag des Laufes wird dann von uns Praxisinhabern die Strecke präpariert und das gesamte Laufgelände ausgeschmückt und für

das „Rennen“ vorbereitet. Auch dies macht schon gewaltigen Spaß.

Der Trubel beginnt am Sonntag gegen 9.00 Uhr, wenn Kinder, Eltern und Großeltern eintreffen. Wenn dann das Wetter, wie in diesem Jahr, mitspielt, findet um die Laufstrecke ein richtiges kleines Volksfest statt. Die Kindergärtnerinnen haben in den Tagen vor dem Bambini-Lauf bereits mit ihren Gruppen trainiert und deshalb sind die Kinder hochmotiviert. Bis ca. 12:00 Uhr wird in Gruppen gelaufen. Die Zwei- bis Dreijährigen laufen 100 m, die Vierjährigen 200 m und die Fünf- und Sechsjährigen 300 m. Gerade bei den Kleinsten sind oft die Muttis

und Vatis als Begleitung nötig, und sie tun dies mit viel Begeisterung.

In diesem Jahr haben auch wir als Praxis aufgrund des 10-jährigen Jubiläums viele kleine Überraschungen erhalten, über die wir uns sehr gefreut haben. So hat eine Kindergärtnerin eine sehr leckere Jubiläumstorte gebacken und ein anderer Kindergarten hat ein wunderschönes Bild gestaltet. Bei aller Arbeit im Vorfeld und auch am Tag motiviert immer wieder, wie begeistert die Kinder bei diesem Lauf sind. Deshalb sind wir uns sicher, es wird ein 15-jähriges und auch ein 20-jähriges Jubiläum geben. ☹

Kariestunnel brachte Erkenntnisse und Spaß

(ZBB) Silke Klipp, Mitarbeiterin der Abteilung Kommunikation der KZVLB, konnte sich das Schmunzeln nicht verkneifen, wenn sie das ungläubige Erstaunen der Jugendlichen im Kariestunnel beobachtete. Die Wahrheit kam dort im wahrsten Sinne des Wortes ans fluoreszierende Licht. Wessen Zähne quittegelb aufleuchteten, tat gut daran, auf Ausreden zu verzichten und zur Zahnbürste zu greifen. Von den mehr als 700 Besuchern des Schülergesundestages im Malteser Treffpunkt Freizeit am 21. Mai entschieden sich dann auch die meisten für das Zähneputzen.

Auch wenn es um die Zahngesundheit der Jugendlichen im Allgemeinen sehr gut bestellt ist - für das richtige Putzen benötigen viele eine „Nachhilfe“. Also übten die KZV-Azubis Anett Adler und Juliane Kukul - sofern sie nicht vom Andrang überrannt wurden - am Zahnputzbrunnen mit den Kids das Zähneputzen. Die versprochen, künftig besser nach der KAI-Methode ihre Zähne zu pflegen.

Der Schüler-Gesundheitstag wird von den Potsdamer Schülern der Klassen eins bis zehn aufgrund des breiten Spektrums an Ausstellern gut angenommen. Die Jugendlichen konnten sich bei 21 Anbietern über Präventions-

angebote informieren. Mitmachaktionen zu Bewegung, Ernährung, Sucht, ein Hörtest, ein Rollstuhltest und natürlich der Kariestunnel übten starke Anziehungskraft aus.

Treffpunkt-Leiterin Elisabeth Tänzler zog eine positive Bilanz des Schüler-Gesundheitstages. Auch im nächsten Jahr wird es dieses Angebot für Potsdamer Schülerinnen und Schüler geben.

Hilfe, sieht das furchtbar aus! Alle, die noch Putzbedarf hatten, konnten das am Zahnputzbrunnen erledigen





Ariane Pollaczek hat sich schnell in die Aufgaben der Zahnarztpraxis von Dr. Matthias Hammer eingefunden

Ein Einblick in eine kanadische Zahnarztpraxis

Seit Oktober 2007 lebt die brandenburgische Zahnarzhelferin Ariane Pollaczek in Vancouver und arbeitet dort in einer Zahnarztpraxis. Nach ihrer Rückkehr nach Deutschland, die für den kommenden Herbst geplant ist, möchte sie ihre Erfahrungen als Praxismanagerin einsetzen.



Ariane Pollaczek

Autorin: Ariane Pollaczek, derzeit Zahnarzhelferin in Vancouver, Kanada

Die Erlangung einer kanadischen Approbation ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Die deutsche Approbation wird nicht anerkannt, ist jedoch Voraussetzung für die Bewerbung in Kanada. Die letzten zwei Jahre des Studiums müssen noch einmal absolviert werden. Danach kann man sich sofort niederlassen. Die meisten Studenten assistieren jedoch vor der Niederlassung für ein paar Jahre.

Die Praxis von Dr. Hammer ist gemütlich eingerichtet und strahlt eine ruhige, familiäre Atmosphäre aus. Die neuen Patienten werden direkt vom Zahnarzt begrüßt. Es erfolgt ein individuelles Gespräch im Vorraum neben dem Kachelofen, wo der Patient seine Wünsche und Bedürfnisse äußern kann. Es wirkt alles nicht so steril und konventionell wie in den meisten Praxen in Deutschland. Ein offener Behandlungsbereich ist vorhanden, keine verschlossenen Türen. Das ist sehr ungewöhnlich für mich, aber ich finde diese Einrichtung und

auch die Aufteilung sehr gut. Eine Menge Holz, der Schieferfußboden und der Kachelofen erzeugen eine warme angenehme Atmosphäre im Empfangsbereich.

Dr. Hammer hat eine individuelle Arbeitszeiteinteilung, denn es gibt hier keine Budgetbegrenzung. Er arbeitet sieben Tage und dann sind wieder sieben Tage frei. Somit hat er genügend Zeit für sich. Dr. Hammer ist über das Handy rund um die Uhr für seine Patienten erreichbar, auch an seinen freien Tagen. Jeder Patient ist hier Privatpatient, denn es gibt nur private Versicherungen und keine gesetzlichen Kassenpatienten - so wie die Privatpatienten in Deutschland.

Die Abrechnung der einzelnen Behandlungsabschnitte ähnelt den GOZ-Gebührennummern. Der Patient bekommt nach jeder Behandlung seine Rechnung, die er gewöhnlich auch gleich durch VISA-Card/Scheck oder bar bezahlt. Die Praxis leitet gleich per Internet oder per Post, sofern der Patient seine Versicherungsnummer angegeben hat, die Rechnung weiter zur

ca. 600 Zahnärzte
praktizieren
in Vancouver
ca. 1000 Einwohner
je Zahnarzt
Zahnarzt Honorar:
ca. 10.000\$
im Monat
ca. 100 Patienten
im Monat

privaten Versicherung. Es erfolgt kein Verhandeln mit der Krankenkasse und somit ist keine Abhängigkeit vorhanden. Jeder Patient kann seine Behandlung so bekommen, wie er es wünscht und wie es medizinisch erforderlich ist. Bei größeren Behandlungsvorschlägen wird ein Kostenvoranschlag zur Versicherung weiter geleitet, wenn der Patient es wünscht. Dieses sind jedoch Ausnahmefälle. Eine Bonusregelung gibt es nicht und somit entfällt der in Deutschland übliche Stress vor dem Jahreswechsel.

Dr. Hammer verwendet ein digitales Röntgengerät und fünf verschiedene Laser. Den CO₂-Laser nutzt er hauptsächlich für Zahnfleischbehandlungen, den ErYag für Kavitäten, Low Level Lasers für unterstützende nichtinvasive Behandlungen (Aphten, Herpes, Pulpitis, Wundheilungsstörungen). Die Praxis hat Siemens Behandlungseinheiten mit intraoraler Kamera und Computer an jeder Einheit, digitales OPG und Röntgen. Es wird kein Amalgam verwendet. Die Zähne werden mit Compositefüllungen oder, wenn erforderlich, mit Zahnersatz versorgt. Dr. Hammer verwendet meist bewährte Füllungsmaterialien und Anästhesieampullen (z. B. Septanest und Ultracain). Viele davon sind sogar aus Deutschland.

Dr. Hammer hat oft lange Behandlungszeiten, z. B. für die Extraktion aller vier verlagerten Weisheitszähne in einem Termin unter Lokalanästhesie oder Füllungen, Kronen und Brücken in allen vier Quadranten in einem Termin von 9:00 bis 16:00 Uhr. Aus meiner Sicht ist ein so langer Termin in Deutschland nicht möglich oder nicht üblich. Dies ist zwar für den Zahnarzt, die Assistentin und auch für den Patienten sehr anstrengend, der Patient hat dann aber alles hinter sich und muss nicht lange auf den nächsten freien Termin warten.

Ein sogenannter Hygienecheck erfolgt gleich bei der ersten Vorstellung, in der auch Konkremete entfernt werden und dem Patienten der Umgang mit der Zahnbürste und Zahnseide gezeigt wird. Ebenso wird gleich ein Parodontosestatus aufgenommen. Es ist vergleichbar mit der Prophylaxe in Deutschland. Auch ein

Recallsystem ist vorhanden. Die Patienten werden per E-Mail oder Telefon an ihren Termin erinnert. Das finde ich besonders gut, denn somit ist gewährleistet, dass der Patient seinen Termin nicht vergisst.

Die Behandlungstrays sind nach Farben angeordnet und werden sofort nach der Reinigung und Sterilisierung wieder vorbereitet. Die Instrumente haben dementsprechend Farbringe, die die Verwendung kennzeichnen. Zum Beispiel sind drei Farbringe für die Kronenpräparation, grün für die Hygiene und gelb für die Füllungstherapie. Die Sterilisation der Instrumente funktioniert wie in Deutschland. Sie werden erst in ein Ultraschallbad gelegt und kommen dann in den Sterilisator.

Der größte Unterschied zwischen kanadischer und deutscher Zahnmedizin ist, dass es wesentlich mehr Spezialisten gibt (Endodontist, Pedodontist, Periodontist, Oral surgeon, Orthodontist) Das Behandlungsniveau ist dementsprechend höher. Der „standard of care“ orientiert sich an dem Standard von Spezialisten. Es wird wesentlich mehr überwiesen und die Patienten sind anspruchsvoller. Wenn Dinge schief gehen, wird oft ein Spezialist herangezogen. Der Allgemeinzahnarzt wird mit der Latte der Spezialisten gemessen. Insgesamt jedoch ist es erstaunlich, wie wenig sich eine Zahnarztpraxis in Kanada von einer in Deutschland unterscheidet. Nur die Sprache ist unterschiedlich, aber auch die kann man mit Fleiß bewältigen. ☹

Der Zahnarzt:
Dr. Matthias Hammer
(Internetseite:
roundhousedental.com)

Die Helferin:
Ariane Pollaczek
(ZMV/PM)
ZMV-A@web.de

Die Praxis in Vancouver wirkt gemütlich - anders als der kühle Stil, den deutsche Praxisinhaber bevorzugen





Als langfristige Hilfe steht der Wiederaufbau der zerstörten Schulen im Vordergrund

Spendenaufruf der Zahnärzte für Myanmar

Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) unterstützt die Menschen in dem durch den verheerenden Wirbelsturm Nargis verwüsteten Myanmar (Birma). Um die Hilfe der Mitarbeiter vor Ort finanzieren zu können, bittet die Stiftung um Spenden.

Der Wirbelsturm Nargis riss in Myanmar (Birma) mindestens 78.000 Menschen in den Tod. Weitere rund 58.000 Menschen werden noch vermisst. Entgegen den offiziellen Informationen rechnen Nichtregierungsorganisationen mit fast 100.000 Toten. Die Hilfsmaßnahmen für die betroffenen Menschen, die jetzt so nötig gebraucht werden, laufen nach wie vor schleppend. Immer noch werden ausländische Helfer behindert oder ihnen wird die Einreise verweigert.

Betroffen von den Zerstörungen sind auch die vom HDZ unterstützten Don Bosco Einrichtungen, die sich vor allem in Birma um die Belange benachteiligter Kinder und Jugendlicher kümmern.

Trotz der totalen Zerstörung der Infrastruktur (Brücken, Bahnschienen, Straßen, Telefonleitungen, etc.) haben sich Don Bosco Mitarbeiter auf den Weg in das Krisengebiet gemacht, um den Menschen vor allem mit Medikamenten und Lebensmitteln zu helfen. Dabei erfolgt der Transport zum Teil über die Nachbarländer, da

dank des weltweiten Don Bosco Netzwerkes schnell Hilfe über Indien und Thailand organisiert werden konnte. Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte hat zur Unterstützung dieser zuverlässigen Hilfsmaßnahmen eine Soforthilfe von 30.000 Euro zur Verfügung gestellt. Der Wiederaufbau von Schulgebäuden und den zerstörten Infrastrukturen

wird wohl erst in einigen Monaten fertig sein. Um die lokalen Projektschäden zu beseitigen und wieder zu einem eini-

germaßen normalen Leben zurück zu finden, ruft das HDZ die Kollegenschaft auf, die langfristige direkte Hilfe zugunsten der geschädigten Bevölkerung Myanmars mit Spenden zu unterstützen.

Eine unermesslich große Hilfe, die den Menschen in diesem Moment zugute kommt, ist die Nähe und Ansprechbarkeit der Don Bosco Mitarbeiter/innen, da diese pädagogische, psychologische und pastorale Ausbildungen haben und so wenigstens einen Teil zur Trauer- und Traumabewältigung beitragen können. ☹

**Spendenkonto: 000 4444 000
(BLZ 250 906 08)**

**Apo- u. Ärzte Bank, Hannover
Verwendung: Myanmar**

Wir gratulieren ganz herzlich

Wir wünschen allen Zahnärztinnen und Zahnärzten, die in den Monaten Juli und August ihren Ehrentag feiern, beste Gesundheit, alles Gute und schöne Stunden im Kreise der Familie. Unser Glückwunsch* ergeht insbesondere:

Im Juli

☼ am 11.07. zum 86. Herrn MR Hans-Georg Neumann aus Burf	☼ am 28.07. zum 82. Frau SR Dr. med. dent. Ingeborg Renner aus Eberswalde	☼ am 21.07. zum 65. Herrn Dipl.-Stom. Siegfried Haas aus Erkner
☼ am 21.07. zum 86. Frau ZÄ Margarete Maaßen- Kühner aus Heidesee	☼ am 29.07. zum 81. Herrn Dr. med. Egon Richter aus Zehdenick	☼ am 23.07. zum 65. Frau ZÄ Heidi Tostmann aus Leegebruch
☼ am 08.07. zum 85. Herrn MR Dr. med. dent. Egon Grieser aus Schöneiche	☼ am 03.07. zum 80. Herrn ZA Paul Sandner aus Cottbus	☼ am 26.07. zum 65. Herrn ZA Hans-Jörg Albrecht aus Cottbus
☼ am 17.07. zum 85. Frau ZÄ Helga Rademacher aus Stahnsdorf	☼ am 18.07. zum 65. Frau Dr. med. dent. Christine Schiemenz aus Cottbus	

Im August

☼ am 30.08. zum 98. Herrn Dr. med. dent. Erich Künzer aus Brandenburg a.d.H.	☼ am 22.08. zum 83. Herrn Dr. med. dent. Joachim Bärwald aus Spremberg	☼ am 11.08. zum 70. Herrn MR Dr. med. dent. Hans Joachim Appel aus Wittenberge
☼ am 05.08. zum 95. Herrn ZA Kurt Peschky aus Zepernick	☼ am 29.08. zum 82. Herrn Dr. med. dent. Horst Schroeder aus Prenzlau	☼ am 16.08. zum 70. Herrn Dr. med. dent. Klaus-Peter Reblin aus Potsdam
☼ am 04.08. zum 86. Frau Dr. med. Ilse Buckentin aus Dolgenbroth	☼ am 28.08. zum 81. Herrn Dr. med. dent. Eberhard Schneider aus Ludwigsfelde	☼ am 03.08. zum 65. Herrn Dr. med. Gerhard Bund- schuh aus Groß Glienicke
☼ am 22.08. zum 86. Herrn Dr. med. dent. Gerhard Koch aus Zeuthen	☼ am 13.08. zum 80. Herrn OMR Dr. med. dent. Richard Faupel aus Mahlow	☼ am 12.08. zum 65. Frau Dr. med. dent. Karin Knappe aus Eberswalde
	☼ am 29.08. zum 75. Herrn MR Dr. med. dent. Winfried Michael aus Teltow	

* Zahnärzte, die keine Gratulation wünschen, wenden sich bitte mindestens zehn Wochen vorher an:
Jana Zadow, LZÄKB,
Tel. 0355 38148-15.

Wir trauern um unseren Kollegen

**Herrn Dr. med.
Volker Junghans**

aus Werneuchen
geb. am 24.03.1962 – verstorben im Mai 2008

Zahnarztausweis ungültig

Die Landeszahnärztekammer Brandenburg erklärt mit sofortiger Wirkung den entwendeten Zahnarztausweis für folgende Zahnärztin als ungültig:

Frau Dr. med. Heidemarie Schwörer,
Ausweis-Nr. 21552.

Polizei bittet um Identifizierung eines Unbekannten

Autor: KOK Burkhard Plock, 1. Kommissariat
Polizeipräsidium Potsdam

Todesermittlungssache
Tgb.-Nr.: TOE/0067341/2008

Ende Februar 2008 wurde im Bereich Ludwigsfelde, Preußenpark, in einem Waldstück eine bislang nicht identifizierte männliche Person aufgefunden. Die Person dürfte seit Dezember 2007 im Wald gelegen haben. Im odontologischen Gutachten wird eine ziemlich aufwändige prothetische Versorgung beschrieben. Die vollständigen Keramikverblendungen lassen auf ein nicht unerhebliches finanzielles Engagement des unbekanntes Toten schließen. Bei den Zähnen 17, 15 und 14 könnte es sich auch um einen provisorischen Verschluss handeln, so dass man vermuten könnte, die Behandlung war noch nicht abgeschlossen.

Personenbeschreibung:

- ca. 30 bis 40 Jahre alt
- 172 cm groß
- auffallend schlanker Körperbau
- Körpergewicht bei Sektion 57 kg
- keine Tätowierungen, keine Piercings
- aufwändig saniertes Gebiss
- die Bekleidung war zu groß und abgetragen
- schmutzigweißer Oberlippenbart, dunkler Kinn- und Backenbart, graumeliert
- dunkelblonde bis braune Haare

Zahnstatus:

- 18 fehlt
- 17 Amalgamfüllung okklusal, oder silberhaltiger provisorischer Verschluss
- 16 VMK-Krone mit vollständiger Verblendung
- 15 Amalgamfüllung mesial, okklusal, distal oder silberhaltiger provisorischer Verschluss
- 14 Amalgamfüllung okklusal, distal oder silberhaltiger provisorischer Verschluss
- 13 VMK-Krone vollständig verblendet
- 12 fehlt, Lückenschluss durch VMK-Brückenglied
- 11 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 21 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 22 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 23 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 24, 25 ohne Behandlungsmerkmale
- 26 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 27 ohne Behandlungsmerkmale
- 28 fehlt
- 38 fehlt
- 37 Gusskrone, vermutlich Paladiumbasislegierung
- 36 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 35 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 34 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 33, 32, 31 ohne Behandlungsmerkmale
- 41, 42 ohne Behandlungsmerkmale
- 43 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 44 fehlt, Lückenschluss durch VMK-Brückenglied



links: Oberkiefer;
rechts: Unterkiefer
mit Brücke

- 45 VMK-Krone, vollständig verblendet
- 46 fehlt, Lückenschluss durch VMK-Brückenglied
- 47 Gusskrone, vermutlich Paladiumbasislegierung
- 48 fehlt

Paradontalstatus:

Auffällig waren massivste Zahnsteinablagerungen an den typischen Lokalisationen gegenüber den Ausführungsgängen der Speicheldrüsen, aber auch auf den Kauflächen der Molaren. Eine Sondierung des Parodonts zeigte tiefe Taschen im Sinne einer chronischen Entzündung.

Das Polizeipräsidium bittet alle brandenburgischen Zahnärzte, zu überprüfen, ob der unbekannt Tote anhand der Personenbeschreibung und des Zahnstatus identifiziert werden kann. Hinweise bitte an das Polizeipräsidium Potsdam, 1. Kommissariat, KOK Plock, Tel.: 0331-283-2121, Fax: 0331-283-2149. ☹



oben: Unterkiefer links; unten: Unterkiefer rechts



Das Internet
TV-Programm
 für die zahnmedizinische
Fachwelt

www.quintessenz.tv

SIE HABEN FORMAT

UND WIR HABEN DIE GRÖSSE,
DIE ZU IHNEN PASST!

Im Zahnärzteblatt Brandenburg

Kleinanzeigenteil

Mindestgröße: 45 mm Breite x 30 mm Höhe

Anzeigenschluss: zum 1. des Erscheinungsmonats

Private Gelegenheitsanzeigen:	1,20 €
Stellenangebote:	1,20 €
Stellengesuche:	1,00 €
Chiffregebühr:	5,50 €

Stellengesuche	€ 30,-
Stellenangebot	

Priv. Geleg. anzeigen (Format: 45 mm breit x 30 mm hoch)	€ 36,-
---	--------

Stellengesuche	€ 70,-
Stellenangebot	

Priv. Geleg. anzeigen (Format: 45 mm breit x 70 mm hoch)	€ 84,-
---	--------

Stellengesuche	€ 60,-
Stellenangebot	

Priv. Geleg. anzeigen (Format: 99 mm breit x 32 mm hoch)	€ 72,-
---	--------

Stellengesuche	€ 90,-
Stellenangebot	

Priv. Geleg. anzeigen (Format: 153 mm breit x 32 mm hoch)	€ 108,-
--	---------

Ihren Anzeigentext bitte einfach an die
Faxnummer: **030 / 761 80 693**

Zahnärzteblatt Brandenburg

HERAUSGEBER:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg,
Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Landes Zahnärztekammer Brandenburg,
Hausanschrift: Parzellenstraße 94, 03046 Cottbus
Postanschrift: Postfach 100722, 03007 Cottbus

FÜR DIE KZV LB REDAKTION:

Rainer Linke (verantwortlich)
Christina Pöschel
Telefon: 0331 2977-0 / Fax: 0331 2977-318
E-Mail: christina.poeschel@kzvlb.de
Internet: <http://www.kzvlb.de>

FÜR DIE LZÄKB REDAKTION:

Maria-Luise Decker (verantwortlich)
Jana Zadow
Telefon: 0355 38148-0 / Fax: 0355 38148-48
E-Mail: jzadow@lzkb.de
Internet: <http://www.lzkb.de>

gemeinsames Internetportal: <http://www.zahnaerzte-in-brandenburg.de>

REDAKTIONSBEIRAT:

KZV LB: Dr. Gerhard Bundschuh, Dipl.-Stom. Sven Albrecht, Raimar Köster,
Dr. Loretta Geserich

LZÄKB: Dipl. -Stom. Jürgen Herbert, Dr. Eberhard Steglich

FOTOS UND ILLUSTRATIONEN:

Annika Merder, Sabine Berg, Fotoatelier Mahrla Cottbus, LZÄKB, Dagmar Müller,
Christina Pöschel, Polizeipräsidium, OA Dr. Sven Reich, Versorgungswerk der
ZÄK Berlin, Firma Vita Zahnfabrik, Stefan Wittke, Ariane Vollandczek, Jana Zadow

Das Zahnärzteblatt beinhaltet zugleich amtliche Mitteilungen gemäß § 25 der Hauptsatzung der LZÄK Brandenburg. Zuschriften redaktioneller Art bitten wir nur an die Herausgeber zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Haftung. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen. Gezeichnete Artikel, Anzeigen und Leserbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdruck der in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge ist nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages nicht erlaubt.

VERLAG, ANZEIGENVERWALTUNG UND VERTRIEB:

Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: 03076180-5, Telefax: 03076180-693
Internet: <http://www.quintessenz.de>
E-Mail: info@quintessenz.de
Konto: Commerzbank, Konto-Nr.180215600, BLZ 100 400 00.
Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 9/2002 gültig
Geschäftsleitung: Horst-Wolfgang Haase/Alexander Ammann/Christian W. Haase
Verlagsleitung: Johannes W. Wolters
Herstellung: Frank Neumann
Vertrieb: Angela Köthe
Anzeigen: Samira Beganovic

DRUCK UND WEITERVERARBEITUNG:

DMP, Zerpenschleuser Ring 30, 13439 Berlin

ISSN 0945- 9782

Die Zeitschrift erscheint sechs Mal im Jahr, jeweils im geraden Monat. Die Zeitschrift wird von allen Brandenburgischen Zahnärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Landes Zahnärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten. Bezugsgebühr: jährlich 19,- € zgl. Versandkosten Einzelheft 3,- €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Die Ausgabe enthält Beilagen der Firmen: