

Zahnärzteblatt BRANDENBURG

OFFIZIELLES MITTEILUNGSBLATT FÜR DIE ZAHNÄRZTE IM LAND BRANDENBURG



Kein alter Hut

Doppelkronen sind seit Jahrzehnten bewährt und noch immer aktuell S. 12

Dentalfotografie

Fotokurse vermitteln Wissen für perfekte Patientenaufnahmen S. 18

Pflicht oder Kür?

Bereitschaftsdienst fällt manchmal schwer, ist aber eine Notwendigkeit S. 20

Horizonte

Neujahrsempfang der Kammern S. 6

Die GroKo – Start in eine neue Zukunft?

Autor: Dipl.-Stom. Jürgen Herbert,
Cottbus

Wir haben das bekommen, was wir gewählt haben: eine Große Koalition (GroKo). Allerdings ist sie dieses Mal so groß wie noch nie. 80 Prozent der Mandate teilen sich CDU, CSU und SPD. Nun muss diese schiere Größe an sich nichts Schlechtes bedeuten. Allerdings auch nichts Gutes. Die GroKo ist auf jeden Fall in der Lage, jedes Vorhaben durchzusetzen. Selbst die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland kann mit einer 2/3-Mehrheit geändert werden. Über diese Mehrheiten verfügen die drei Parteien sowohl im Bundestag als auch im Bundesrat.

Wenn man den Staat sieht, könnte man ins Träumen kommen: Mit der GroKo scheint sehr viel Geld in Deutschland angekommen zu sein. Sowohl die Rentenpläne als auch die Pläne für den Mindestlohn kosten schließlich Geld.

Einiges wirkt suspekt

Die Mütterrente halte ich für wichtig, denn Deutschland mangelt es an Kindern. Deshalb sollte man Kindererziehungszeiten im Rentenrecht berücksichtigen. Die Rente nach 45 Arbeitsjahren ist sogar von Altkanzler Schröder scharf kritisiert worden. Kommt sie wie bisher geplant, wäre das die Rolle rückwärts zu der von SPD und Grünen damals durchgesetzten Rente mit 67. Es mag sich wahlkampfmäßig gut anhören, nach 45 Arbeitsjahren ohne Abschläge in Rente gehen zu dürfen. Doch bei der demografischen Situation in Deutschland brauchen wir die „Alten“ auch als Arbeitskräfte. Meine Prognose: Hier wird sich in kurzer Zeit die Realität wieder durchsetzen; ist wieder ein schmerzhafter Einschnitt erforderlich.

Für den Mindestlohn existiert zurzeit nur ein Entwurf. Hier bin ich der Meinung, dass es erhebliche Ausnahmen geben sollte. Letztendlich kann es nicht „Volkes Wille“ sein, dass Anreize für junge Leute geschaffen werden, statt einer Lehre eine ungelernete Tätigkeit für min-

destens 8,50 Euro/Stunde zu beginnen. Ebenso glaube ich, dass in einigen Branchen zumindest in Ostdeutschland dies mit dem direkten Übergang in die Schwarzarbeit quittiert wird. Warnende Stimmen gibt es genug.

Und im Gesundheitswesen?

Im Gesundheitswesen ist noch gar nichts passiert. Minister Hermann Gröhe hat zum Neujahrsempfang der deutschen Ärzteschaft eine wohlklingende Rede gehalten und unter anderem gesagt: „Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit sind die Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens. Diese werden wir erhalten und schützen.“ So steht es auch im Koalitionsvertrag. An diesen Worten wird sich die Regierung messen lassen müssen, denn unsere Forderungen haben sich in keiner Hinsicht verändert. Ich bin jetzt sogar versucht, meinen Beitrag hier im „ZBB“ vom Oktober 2013 wortwörtlich abzuschreiben, belasse es aber bei diesen Stichworten: Patientenrechtegesetz, Präventionsgesetz, Vergewerblichung unseres Berufsstandes, Pseudo-Akademisierung unserer Heilhilfsberufe. Das alles steht nach wie vor auf der Tagesordnung.

Wir haben die ersten Termine in den Ministerien – nun schauen wir mal, was sich dort bewegen lässt. Wir bleiben am Ball!



Dipl.-Stom.
Jürgen Herbert,
Präsident der LZÄKB

Start in das Jahr
2014 beim
Neujahrsempfang
der brandenburgi-
schen Kammern:
Mehr dazu auf
Seite 6.





Seite 9 – Die Landes Zahnärztekammer stellt 19 Prophylaxekoffer zur Verfügung, die für Schulungen eingesetzt werden können. Ziel ist es, die Mundgesundheit bei älteren Patienten oder Menschen mit Handicap zu verbessern und dafür Angehörige und Pflegepersonal im richtigen Umgang mit Zahnpflegeartikeln zu schulen. Weil praktische Demonstrationen die Schulungen besonders eindrucksvoll gestalten, beinhaltet der Koffer eine breite Auswahl an Hilfsmitteln.



Seite 6 – Der Neujahrsempfang „Horizonte 2014“ zog Gäste aus Politik und Wirtschaft nach Frankfurt/Oder



Seite 18 – Ein Fotokurs führt zu besseren Ergebnissen und mehr Sicherheit in der Dental fotografie

Die Seite 3

DIE GroKo – Start in eine neue Zukunft?

3

Berufspolitik

Große Herausforderung: Fachkräfte gewinnen

6

Mundgesundheit der Kinder immer im Blick

7

Prophylaxekoffer für Schulungen genutzt?

9

Neue Köpfe im Gesundheitsministerium

10

Fortbildung

Die Doppelkrone: Chapeau! oder „Alter Hut“?

12

„Prophylaxetag“ des Pfaff-Institutes sehr erfolgreich

17

Möchten Sie perfekte Fotos erstellen können?

18

Strategische Planung in der Zahnarztpraxis

19

Werkstoffe besser verstehen und effektiv einsetzen

19



Seite 26 – Die manuelle Aufbereitung ist weiter zulässig. Dazu wurde eine Studie erstellt.



Seite 29 – Das neue Internetportal der KZVLB mit besserer Struktur und mehr Inhalten

Recht& Steuern	
Muss Notdienst unbedingt Pflicht bleiben?	20
Patientenaufklärung in der zahnärztlichen Praxis	22
Praxis	
Z-QMS-Update entsprechend neuer DIN EN	24
Manuelle Aufbereitung ist weiter zulässig	26
Berichterstattung zum Qualitätsmanagement	28
KZV-Webseite mit neuem Gesicht	29
Abrechnung	
Fragen und Antworten zur Abrechnung	30
PRIVATES Gebührenrecht	
Beschlüsse zu einzelnen GOZ-Positionen	33
Vermischtes	
7. KZBV-Jahrbuch 2013 erschienen	34
Ausbildungsmesse wirbt um die besten Azubis	34
Brandenburger Zahnärzte zögern noch	35
Cottbuser leben gern zahngesund	35
Zahnärzte für Goldenes Doktordiplom gesucht	36
Gemeldete Infektionskrankheiten im Land (Auswahl)	36
V. Deutsche Mundgesundheitsstudie auf Tour	36
Verlagsseite/Impressum	37



Große Herausforderung: Fachkräfte gewinnen

Am 14. Januar läuteten die Kammern des Landes Brandenburg mit rund 300 Gästen in Frankfurt (Oder) mit ihrem traditionellen Neujahrsempfang ein spannendes Jahr 2014 ein: Unter anderem steht die Landtagswahl im September bevor.

Aufstellung zum Gruppenbild mit Vertretern der Kammern, des Landesverbandes der Freien Berufe und dem Ministerpräsidenten

Gut gelaunte Kammerversammlungsmitglieder – mehr Fotos unter: www.lzkb.de >> Archiv

[ZBB] In Frankfurt (Oder) bot es sich an, den Neujahrsempfang „Horizonte 2014“ in der Konzerthalle „Carl Philipp Emanuel Bach“ durchzuführen. Am 8. März 2014 jährt sich zum 300. Mal der Geburtstag des Namensgebers, des zweitältesten Sohnes von Johann Sebastian Bach. Das Jahr 2014 hat darüber hinaus mit den Kommunal- und Europawahlen am 25. Mai sowie den Landtagswahlen am 14. September politische Meilensteine zu bieten.

Freiberufler, Handwerker, Vertreter der Industrie und Wirtschaft sowie der Landespolitik gehörten zu den Gästen des Neujahrsempfan-

ges – genügend Gelegenheiten also, sich auszutauschen sowie Kontakte zu knüpfen und zu vertiefen. Anregungen für Gespräche gaben auch die Redner, zunächst Wolf-Harald Krüger als gastgebender Präsident der Handwerkskammer Frankfurt (Oder), schließlich Zahnarzt Thomas Schwierzy in seiner Position als Präsident des brandenburgischen Landesverbandes der Freien Berufe. Thomas Schwierzy verwies auf die weitreichende Rolle der Freien Berufe – über drei Milliarden Euro werden jährlich im Land erwirtschaftet. Ohne qualifizierte Fachkräfte wäre das nie machbar, doch genau dieser Punkt bereite den Freiberuflern ebensolche Probleme wie allen anderen Wirtschaftszweigen.

Ministerpräsident Dr. Dietmar Woidke widmete einen Großteil seines Grußwortes der Frage der Fachkräftegewinnung. Er wisse, dass die Landesregierung weiterhin Geld in die Ausbildung investieren müsse, um dem Mangel an Fachkräften entgegenzuwirken. Einerseits müsse die Ausbildungsfähigkeit der Schüler verbessert, andererseits das duale Ausbildungssystem noch mehr ausgebaut werden. ●



Mundgesundheit der Kinder immer im Blick

Seit 1993 ist das Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg die zentrale Anlaufstelle für die Zahnärztlichen Dienste und koordiniert mit dem Beirat für Zahngesundheit die Umsetzung der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg.

Autorin: Anja Saller,
4iMEDIA

Das Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg befindet sich in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, und wird von Bettina Bels geleitet.

Brandenburgische Besonderheit

Die Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg im Jahr 1993 war die Geburtsstunde des Büros für zahnärztliche Gruppenprophylaxe in Potsdam. Denn diese verlangt nach einer zentralen Stelle, die die Gruppenprophylaxe im Land koordiniert und für alle Beteiligten als Ansprechpartner fungiert. „Unsere Aufgaben erstrecken sich von der Koordination der Maßnahmen über die Bereitstellung der Prophylaxe- und Projektmittel bis hin zur Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für die Zahnärztlichen Dienste und den Kontakt zur Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)“, beschreibt Bettina Bels, Koordinatorin des Büros für zahnärztliche Gruppenprophylaxe, das Aufgabenspektrum.

Den Teams der Zahnärztlichen Dienste in den Landkreisen und den kreisfreien Städten obliegen die zahnärztlichen Untersuchungen, altersgerechtes Mundhygienetraining, Fluoridanwendungen, Ernährungshinweise, Projekt- und Multiplikatorenarbeit sowie die zielgruppenorientierte Intensivierung der Maßnahmen in den Kindertagesstätten und Schulen – eine Besonderheit Brandenburgs. „In anderen Bundesländern übernehmen die gruppenprophylaktische Betreuung teilweise auch niedergelassene Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte, die nicht dem Öffentlichen Gesundheitsdienst angehören“, erläutert Bettina Bels.

Gesetzliche Grundlage für die Gruppenprophylaxe ist dabei § 21 SGB V. Danach ist es Aufgabe der Krankenkassen, in Zusammenarbeit mit Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege im Land zuständigen Stellen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen zu fördern. Dies bezieht sich auf Versicherte, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. „In schulischen Einrichtungen, in denen das Kariesrisiko der Kinder und Jugendlichen überproportional hoch ist, sind die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchzuführen“, ergänzt Bettina Bels.

Beirat Zahngesundheit erstellt Prophylaxeprogramm

Finanziell gefördert werden die Umsetzung der Gruppenprophylaxe und das Büro in Potsdam von den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg, dem Gesundheitsministerium sowie der Landes Zahnärztekammer Brandenburg. Gemeinsam mit dem Beirat für Zahngesundheit plant die Koordinatorin den Haushalt auf Basis des „Prophylaxeprogramms für das Land Brandenburg“ und berät mit ihm über die konkrete Mittelverwendung. Zum Beirat gehören Dr. Gudrun Rojas als Vertreterin der Zahnärztlichen Dienste sowie Dipl.-Stom. Bettina Suchan als Vertreterin der niedergelassenen Zahnärzte im Land.



Der Beirat Zahngesundheit:
Dipl.-Stom. Bettina Suchan (l.) für die niedergelassenen Zahnärzte sowie Dr. Gudrun Rojas als Vertreterin der Zahnärztlichen Dienste

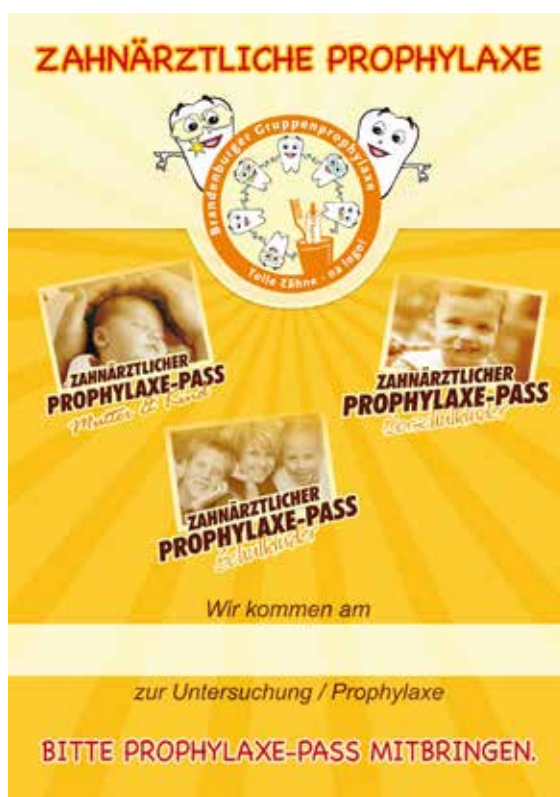
„In den Abstimmungen geht es unter anderem darum zu erörtern, welche Richtung die Gruppenprophylaxe im Land einschlagen soll. Das wird im ‚Prophylaxeprogramm‘, das die Beiratsmitglieder erstellen und die Partner der Vereinbarung beschließen, beschrieben. Auch ganz praktische Fragen, beispielsweise welche Zahnbürste und Zahnpasta in den jeweiligen Altersgruppen eingesetzt werden, sind Besprechungspunkte. Da gilt es auch zu prüfen, inwieweit Substanzen, die bei Verbrauchern für Nachfragen sorgen, bei der Herstellung verwendet wurden“, so die Koordinatorin.

Regelmäßig Impulse geben

Gemeinsam mit allen an der Prophylaxe und Prävention Beteiligten konnten in den zurückliegenden Jahren positive Ergebnisse erzielt werden. Weniger Karies bei Kindern und Jugendlichen ist eines der Resultate der Arbeit in den Kindereinrichtungen. „Mundgesundheit ist Teil der Kindergesundheit. Die öffentliche Wahrnehmung dafür ist gestiegen und das wiederum ist entscheidend für die Prävention. Fakt ist: Die Regelmäßigkeit der Impulse ist wichtig“, stellt Bettina Bels fest. Um das kontinuierlich zu forcieren, organisiert das Büro für Gruppenprophylaxe gemeinsam mit den Zahnärztlichen Diensten in Brandenburg auch Aktionen und Veranstaltungen, die das Thema Mundgesundheit in den Fokus nehmen.

Ziel: Keine Angst vorm Zahnarzt

Besonders der jährlich stattfindende „Tag der Zahngesundheit“ bietet – so die Koordinatorin – eine gute Möglichkeit, das Thema Mundgesundheit auf ganz besondere Weise umzusetzen. „Unser gemeinsames Ziel ist es, dass Kinder mit gesunden Zähnen groß werden und keine Angst vor dem Zahnarzt haben. Es sind kleine Schritte, die letztlich Großes bewirken können: das Verantwortungsbewusstsein für die eigene Zähne und ihre Gesunderhaltung von Klein auf an zu entwickeln“, sagt Bettina Bels.



Bettina Bels entwickelte unter anderem dieses Plakat für die Kindertagesstätten und Schulen, um die Zahnärztlichen Teams anzukündigen und an den Prophylaxepass zu erinnern.

Materialien, wie den Flyer „Gesunde Zähne haben gut lachen“ mit den Zahnärztlichen Diensten zu entwickeln sowie die Erarbeitung und Pflege des Internetauftritts der Brandenburger Gruppenprophylaxe, sind ebenfalls Aufgaben von Bettina Bels.

„Die präventiven Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sind eine Grundlage, auf der die individuellen Prophylaxeleistungen der Zahnarztpraxen aufbauen“, betont die Koordinatorin. Alle Vorsorgemaßnahmen werden in die „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe“ der Landes-zahnärztekammer eingetragen.

Kontakt:

Büro der zahnärztlichen
Gruppenprophylaxe im Land
Brandenburg
c/o Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Behlertstraße 3a, Haus H2
14467 Potsdam
Tel.: 0331/ 88 76 20 11
Fax: 0331/ 88 76 20 69
E-Mail: bels@gesundheitbb.de
www.brandenburger-kinderzaehne.de



Zur Person:

Bettina Bels ist studierte Diplom-Verwaltungswirtin und seit 2009 die Koordinatorin des Büros für zahnärztliche Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg.

Prophylaxekoffer für Schulungen genutzt?

Seit mittlerweile drei Jahren gibt es im Land 19 Prophylaxekoffer, mit deren Hilfe Pflegepersonal oder pflegende Angehörige geschult werden können. Ziel ist es, die Lebensqualität von Menschen mit Handicap durch gute Mundgesundheit zu erhöhen.

[ZBB] Der ältere Mensch oder der Mensch mit Handicap kann sich nicht mehr so gut um seine eigene Mundgesundheit kümmern, wie es notwendig wäre, um beispielsweise Entzündungen oder gar Zahnausfall zu vermeiden. Hier ist dieser auf eine helfende Hand angewiesen – doch die „helfende Hand“ von Pflegepersonal oder von pflegenden Angehörigen weiß nicht automatisch, welche Maßnahmen erforderlich sind. Auch gibt es viele Hilfsmittel, die die Mundhygiene erleichtern.

An diesem Punkt sind die Zahnarztpraxen gefragt und gefordert. Viele Zahnarztpraxen wünschten sich laut einer Umfrage etwas Praktisches an die Hand, um bei Schulungen von Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen oder von pflegenden Angehörigen besser demonstrieren zu können, worauf es ankommt. Dazu entwickelte der Präventionsausschuss der LZÄKB einen Prophylaxekoffer.

Mit diesem Koffer sind einerseits Schulungen möglich, denn es liegt eine begleitende DVD bei. Andererseits kann man den Prophylaxekoffer für Demonstrationen von praktischen Hilfsmitteln für die Mundhygiene nutzen. Enthalten sind allgemeine Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflegeprodukte, spezielle Hilfsmittel wie die Dreikopfbürste für das Putzen sowie Hilfsmittel für den Pflegenden wie beispielsweise Aufbisshilfen zum Aufhalten des Mundes.

Damit die Wege für den einzelnen Zahnarzt im Land nicht zu lang sind, wenn er sich so ei-



nen Prophylaxekoffer ausleihen möchte, ist für jede Bezirksstelle je ein Prophylaxekoffer zusammengestellt worden. Zahlreiche Zahnärzte hatten sich bereit erklärt, Schulungen selbst vorzunehmen sowie für andere Kollegen den Prophylaxekoffer bereit zu halten. Eine Liste der entsprechenden Zahnärzte finden Sie im Internet unter: www.lzkb.de >> Kammer >> Bezirksstellen (siehe auch QR-Code).

Somit hat jeder Kollege die Möglichkeit, sich direkt an den beauftragten Zahnarzt in seiner Nähe zu wenden, um den Prophylaxekoffer auszuleihen.

Wir wünschen weiterhin viel Erfolg!



Oben: Ein Blick in den Prophylaxekoffer – ein detailliertes Inhaltsverzeichnis liegt dem Koffer bei.

Unten: Der QR-Code führt auf das Internetportal der Landes Zahnärztekammer und direkt zur Übersicht aller für die Prophylaxekoffer beauftragten Zahnärzte

Aus dem Inhalt des Prophylaxekoffers:

- elektrische Schallzahnbürste
- Prothesenbürste und weitere Zahnbürsten
- Griffverstärker
- Einbüschelbürsten
- Zahnseidenhalter, Zahnseide, Zungenreiniger
- Fingerling, Zahnbänkchen

- Prothesenbox, Reinigungsschaum, Tabs, Haftcreme
- diverse Zahnpasten, Mundspülungen
- verschiedene Interdentalbürsten, Flosschäden
- Zahnhölzer und -stocher
- Feuchtigkeitsgel, Jodsatz
- Penatencreme, Zinksalbe
- Informationsmaterialien und Schulungs-CD.

Neue Köpfe im Gesundheitsministerium

In der laufenden Legislaturperiode nehmen ein Nordrheiner und ein Westfale die zentralen Positionen im Bundesgesundheitsministerium und der Gesundheitspolitik ein.



Dr. Uwe Neddermeyer,
Referat Öffentlichkeitsarbeit,
Redaktion Rheinisches Zahnärzteblatt

Wir danken dem Zahnärzteblatt Nordrhein für die Nachdruckerlaubnis

Autor: Dr. Uwe Neddermeyer
KZV Nordrhein

Hermann Gröhe und Karl-Josef Laumann

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe stammt aus Uedem bei Neuss, der Pflegebeauftragte Karl-Josef Laumann aus dem Kreis Steinfurt.

„Überraschungs-Gesundheitsminister“, so titelte die Ärzte Zeitung online am 16. November 2013, als bekannt wurde, dass nicht – wie zuvor spekuliert – Dr. Ursula von der Leyen, sondern Hermann Gröhe das Bundesgesundheitsministerium übernimmt. Tatsächlich weist im Lebenslauf des damaligen CDU-Generalsekretärs nichts darauf hin, dass er einmal die Position einnehmen würde, bei der man (so seine Vorgänger) „immer die Torte im Gesicht hat“ und ein „Wasserballett im Haifischbecken“ vollführen muss.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe



Hermann Gröhe, am 25. Februar 1961 in Uedem am Niederrhein geboren, ist verheiratet und hat vier Kinder. Nach dem Abitur 1980 studierte er Rechtswissenschaften in Köln und ist seit 1994 als Rechtsanwalt in Köln zugelassen. 1977 trat er in die CDU ein, und war von 1983 an Kreisvorsitzender sowie von 1989 bis 1994 Bundesvorsitzender der Jungen Union. Seit 1994 Mitglied des Deutschen Bundestages, war er bis 1998 Sprecher der „Jungen Gruppe“ und von 1998 bis 2005 Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für

Menschenrechte und humanitäre Fragen. 1995 rief er in Bonn die „Pizza-Connection“ junger Politiker von Union und Grünen mit ins Leben. 2001 bis 2009 war er Vorsitzender der CDU im Rhein-Kreis Neuss. Im Oktober 2008 berief Angela Merkel ihn zum Staatsminister im Kanzleramt, in der vergangenen Legislaturperiode war Gröhe CDU-Generalsekretär.

Neben seiner politischen Arbeit ist Gröhe auch gesellschaftspolitisch engagiert, etwa als Mitglied der Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Zu seinen politischen Überzeugungen sagt Gröhe unter anderem: „Es geht um die unveräußerliche Würde eines jeden Menschen, den Zusammenhang von Freiheit und Verantwortung sowie um den Anspruch der Menschen auf Gerechtigkeit und Solidarität“. Für den Zusammenhalt der Gesellschaft hält er es „für erforderlich, unsere solidarischen sozialen Sicherungssysteme so weiterzuentwickeln, dass sich auch kommende Generationen auf sie verlassen können“.

Patientenbeauftragter und Bevollmächtigter für Pflege

Gröhe muss nun eine Pflegereform umsetzen, die schon zwei Regierungen vor sich hergeschoben haben. Dafür bekommt er Unterstützung durch den Bundesvorsitzenden der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA) Karl-Josef Laumann. Kanzlerin Merkel hat den Westfalen mit dem besonderen sozialpolitischen Profil als „unser soziales Gewissen“ bezeichnet. Am 8. Januar 2014 wurde der ehemalige Vorsitzende der CDU-Fraktion im nordrhein-westfälischen Landtag vom Bundeskabinett in das neu geschaffene Amt des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege im Range eines Staatssekretärs berufen.

Karl-Josef Laumann war von 1990 bis 2005 Abgeordneter des Deutschen Bundestages, wo er sich in sozialpolitischen Themen engagierte. Seit 2005 gehörte er dem Landtag in Nordrhein-Westfalen an. Von 2005 bis 2010 war er in NRW Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Der gelernte Maschinenschlosser ist 1957 in Riesenbeck im Kreis Steinfurt geboren, verheiratet und Vater von drei Kindern.



Pflegebeauftragter
Karl-Josef Laumann

Bekante und neue Gesichter

Langjährige Erfahrungen in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene bringt die parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU) mit: Sie hatte dieses Amt bereits in den letzten vier Jahren inne und war zuvor gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion. Die 1966 in Tübingen Geborene ist seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestages, seit 2011 stellvertretende Bundesvorsitzende der Frauen Union und seit 2012 Mitglied im Bundesvorstand der CDU.

Parlament seit 1998 an und war in der letzten Legislaturperiode stellvertretende CDU-Fraktionsvorsitzende.

Am 7. Januar 2014 trat zudem Lutz Stroppe im BMG das Amt als beamteter Staatssekretär an und löste Thomas Ilka ab. Seit Mitte der 1980er-Jahre war Stroppe in verschiedenen Positionen für die Konrad-Adenauer-Stiftung, das Büro des ehemaligen Bundeskanzlers Helmut Kohl sowie das Konrad Adenauer Haus der CDU tätig. Seit 2010 arbeitete der Politikwissenschaftler als Abteilungsleiter und seit Juli 2012 als Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stroppe, geboren 1956 in Wolfenbüttel, ist verheiratet und hat zwei Kinder.

(v. l.)Parlamentarische Staatssekretärinnen Annette Widmann-Mauz und Ingrid Fischbach
Beamteter Staatssekretär Lutz Stroppe

Ebenfalls zur parlamentarischen Staatssekretärin wurde Ingrid Fischbach (CDU) ernannt. Sie war bislang stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie im Ausschuss für Arbeit und Soziales. Die Lehrerin für Deutsch und Geschichte ist 1957 in Wanne-Eickel geboren, verheiratet und Mutter einer Tochter. Sie gehört dem





Abb. 1 (l.) und 2:
Patientin mit einer
Oberkieferteleskop-
prothese nach einer
Tragedauer von 30
Jahren

Die Doppelkrone: Chapeau! oder „Alter Hut“?

Doppelkronensysteme sind seit vielen Jahrzehnten bewährte Verankerungselemente für herausnehmbare Teilprothesen. Die Autoren hinterfragen aktuelle Trends und zeigen eine Übersicht zur Therapie mit teleskopierendem Zahnersatz auf.

Kontaktdaten:
Dr. med. dent.
Stephan Jacoby
[info@
jacoby-zabeltitz.de](mailto:info@jacoby-zabeltitz.de)

Dr. med. dent.
Michael Rädcl
Poliklinik für Zahn-
ärztliche Prothetik
Medizinische
Fakultät
Carl Gustav Carus
der Technischen
Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Autoren: Dr. med. dent. Stephan Jacoby,
Dr. med. dent. Michael Rädcl, Dresden

1. Einleitung

Erste Beschreibungen und Fallberichte von Doppelkronen gehen bis in die Anfänge des vergangenen Jahrhunderts zurück. Gegenüber den beiden nach wie vor konkurrierenden Hauptvertretern – dem parallelwandigen Zylinderteleskop und der geringfügig spitzwinkligen Konuskronen – entstanden in den zurückliegenden Jahrzehnten zahlreiche, meist lokalspezifische Spezialformen. Lediglich beispielhaft sei hier die „Marburger Doppelkrone“ genannt.

Diese und andere spezielle Unterarten konnten sich über das Einzugsgebiet einer universitären Lehrmeinung hinaus meist nicht durchsetzen. Zylinderteleskop und Konuskronen sind dagegen im deutschsprachigen Raum ein fester Bestandteil in der weiten Palette möglicher Verankerungselemente für herausnehmbaren Zahnersatz.

Die moderne zahnmedizinische Prothetik ist aktuell von der Einführung neuer Werkstoffsysteme, aber auch von einer verstärkten wissenschaftlichen Hinterfragung etablierter Therapiestrategien geprägt. Vor diesem Hintergrund

erscheint eine kritische Bestandsaufnahme zur Teleskopprothese sinnvoll. Was sind aktuelle Trends und welche klinische Bewährung haben diese? Welche gesicherten Erkenntnisse gibt es und was gehört eher in das Reich der Mythen und Legenden? Die Autoren möchten in dem vorliegenden Fortbildungsartikel diese Fragen aufgreifen und versuchen, eine Übersicht zur Therapie mit teleskopierendem Zahnersatz aus heutiger Sicht aufzuzeigen.

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

2. Eigenschaften von Teleskopprothesen

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

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

Die spezielle Doppelkronengestaltung maskiert zwar primär die Verbindung Zahn-Prothese, führt aber aufgrund des hohen Platzbedarfs für Primär- und Sekundärteleskop zumeist zu einer Überkontur der Pfeilerzähne. Die für Teleskopprothesen übliche Kunststoffverblendung der Sekundärteleskope trägt dabei durch ihre fehlende Transparenz und Transluzenz sowie die starke Verfärbungstendenz durch Nahrungsmittelfarbstoffe, beispielsweise in Kaffee, Tee oder Rotwein, zu einem beeinträchtigten ästhetischen Erscheinungsbild bei.

Nicht zu unterschätzen ist auch der sogenannte Demaskierungseffekt: Trägt der Patient die Teleskopprothese nicht, sind die (in aller Regel metallischen) Primärteleskope im Mund sichtbar. Die Mehrzahl der Patienten wird dies als selbstverständlich ansehen, während ein gewisser Anteil ernsthaft psychisch beeinträchtigt sein kann.

In verbreiteten prothetischen Lehrbüchern wird die einfache Erweiterbarkeit der Teleskopversorgung durch Auffüllen eines Sekundärteleskopes als wichtiger Vorteil dieses Therapiemittels hervorgehoben. Hier gilt es einzuschränken, dass diese Erweiterbarkeit stark vom gewählten Prothesendesign und den einbezogenen Pfeilerzähnen abhängig ist.

Problematisch sind in diesem Zusammenhang Konstruktionen mit nur einem Pfeiler je Seite. Bei Fraktur dieses Teleskops kann die Prothese nicht ohne weiteres erweitert oder angepasst werden.

3. Indikationen und Prognosebewertung

3.1. Anforderungen an integrierte Pfeilerzähne

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

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

Insbesondere bei Vorliegen von Freundsituationen sollte die Prognose des endständigen endodontisch behandelten Pfeilers sehr kritisch eingeschätzt werden. Wird er in die Versorgung mit einbezogen, sollte der nach mesial folgende Zahn nach Möglichkeit ebenfalls teleskopiert werden, um bei Versagen eine Erweiterbarkeit der Versorgung zu gewährleisten. Um der Frakturgefahr des Zahnes entgegenzuwirken, muss ein Übergreifen der gesunden Zahnhartsubstanz im Sinne eines Fassreifeneffektes um mindestens 2 mm sichergestellt werden. Zur Schonung der Restsubstanz ist in solchen Fällen auch eine tangential Gestaltung der Präparationsgrenze als Option in Betracht zu ziehen.

Selbst bei vitalen Pfeilern sollte sichergestellt werden, dass der Pfeiler noch über ausreichend koronale Zahnhartsubstanz verfügt. Besonders der zervikale Bereich stellt analog dem Baumfällverhalten des eurasischen Bibers die Schwachstelle des Pfeilers und quasi

Abb. 3 (l.):
ausgeprägte keilförmige Defekte



Abb. 4: steile Präparation mit ausreichender Stumpfhöhe



die Sollbruchstelle des Systems dar (Abb. 3). Ausgeprägte keilförmige Defekte sollten nach Möglichkeit übergriffen werden. Die mechanischen Eigenschaften der dentinadhäsiven Systeme darf in solch sklerotisch veränderten Situationen nicht überschätzt werden. Um den Zahn nicht unnötig zu schwächen, sollte generell zurückhaltend präpariert werden. Bei langen klinischen Kronen kann die Präparationsgrenze je nach Lachlinie supragingival gelegt werden. Um wiederholten Dezementierungen des Primärteils vorzubeugen, bieten sich steile Präparationsformen an. Außerdem sollte auf eine ausreichende Länge (mind. 3 mm) der korrespondierenden zirkulären Flächen (Retentionsmanschette) geachtet werden (Abb. 4).

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

3.2. Analyse der Lückengebisstopografie

Sowohl die Anzahl als auch die topografische Verteilung der Pfeilerzähne im Sinne einer kompletten Pfeilerintegration haben einen entscheidenden Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit des Zahnersatzes. Je mehr Zähne mit in die Versorgung einbezogen werden, umso höher ist die Überlebenswahrscheinlichkeit sowohl des Zahnersatzes als auch der einzelnen Pfeiler. Dieser Effekt steigt bei einer Pfeileranzahl von fünf oder mehr Pfeilern nicht

weiter an. Eine Ausnahme stellt die symmetrische bilaterale Freundsituation mit anteriorer Restbezahnung („3 nach 3“) dar. Zwei Verankerungselemente auf stabilen Pfeilern weisen in dieser Situation eine ausreichende Überlebenswahrscheinlichkeit auf. Besonders bei Versorgung der unilateralen Freundsituation wird eine maximale Bedeckung der unbezahn-ten Kieferkammabschnitte empfohlen.

Im stark reduzierten Restgebiss (ein bis drei Zähne) ist teleskopierender Zahnersatz gerade bei ungünstiger Pfeilertopographie nur unter Abwägung möglicher Therapiealternativen indiziert. Während im Oberkiefer auch die Ex-
traktion des symptomlosen letzten endodontisch behandelten Prämolaren in Erwägung gezogen werden sollte, bieten sich im Unterkiefer resiliente Verbindungselemente an, um die Lagestabilisierung des subtotalen Zahnersatzes zu gewährleisten.

Eine Sonderform der topografischen Verteilung möglicher Pfeilerzähne stellt der endständige, nach mesial gekippte Molar dar. Dieser Zahn ist meist nur durch umfangreiche mesiale Präparation, mesiale Überkontourierung des Primärteils oder durch Kombination beider Maßnahmen in die Einschubrichtung der Gesamtrestauration zu integrieren. Eine Alternative stellt die Versorgung dieses Zahnes mit einer gegossenen Ringklammer dar, die ohne weiteres gemeinsam mit anterioren Doppelkronen verwendet werden kann. Sollte der Molar überkronungsbedürftig sein, besteht in der Kombination Gusskrone mit Modellgussklammer eine sinnvolle Therapieoption.

Der Zahnarzt sollte den Patienten im Rahmen der Planung besonders über die Prognose

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

4. Aktuelle Entwicklungen der Materialoptionen

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

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

Der Vorteil der intraoralen Verklebung liegt im Ausgleich kleinster Ungenauigkeiten und bietet sich vor allem bei der teleskopierenden Versorgung von osseointegrierten Implantaten an. Dieses auch als „Weigl-Protokoll“ bezeichnete Vorgehen weicht von der sonst üblichen Abfolge der Arbeitsschritte ab. So werden zum Beispiel die Primärteile vor dem Einkleben der

Galvanokäppchen in das Kobaltbasisgerüst bereits definitiv auf die Stümpfe zementiert. Um nach der intraoralen Fügung der Werkstücke den abnehmbaren Komplex aus dem Patientenmund wieder entfernen zu können, ist es wichtig, dass die Primärteile mit einem Konuswinkel von mindestens 2° gefräst sind. Steigende Pfeileranzahl, zunehmende Teleskophöhe und veränderte Materialauswahl können höhere Konuswinkel erfordern.

Der Haltemechanismus erklärt sich bei diesem Fertigungsverfahren eher über hydraulische Effekte. Aufgrund der besonders starren Koppelung, welche durch intraorales Fügen realisiert wird, wird das Einbeziehen mehrerer (mindestens vier) topografisch günstig verteilter Pfeiler in das Versorgungskonzept gefordert. Zu beachten ist desweiteren, dass durch die Galvanotechnik in der Regel etwas mehr Platz benötigt wird. Um eine ansprechende Ästhetik zu erreichen, wurden die vestibulären Anteile des Tertiärgerüsts anfänglich fenestriert. Dies führte zu einer reduzierten Biegefestigkeit der Gesamtversorgung und somit zu häufigeren Abplatzungen des Verblendkunststoffes. Um ein zervikales Aufbördeln des Galvanokäppchens und somit auch zervikale Verblenddefekte zu verhindern, sollte die Kobaltbasislegierung die komplette Mesostruktur übergreifen. Ergebnisse aus wissenschaftlichen Langzeitstudien, die das vorgestellte Procedere untermauern, stehen jedoch noch aus.

Bei ungünstiger Pfeilertopographie kann es sinnvoll sein, zusätzlich Implantate an strategisch wichtigen Positionen zu inserieren. Die Kombination von Zähnen und Implantaten in einem abnehmbaren Zahnersatz ist über



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

Abb. 6 (l.):
Primärteleskope in
situ (22 und 23 im-
plantatgetragen)



Abb. 7:
Teleskopierender
Zahnersatz in situ



Doppelkronen unter Zuhilfenahme der Galvanotechnik und intraoralen Verklebung gut zu realisieren. Somit kann ein spannungsfreier Sitz des abnehmbaren Teils und aufgrund des nun günstigen Stützpolygons ein lagestabiler Zahnersatz gewährleistet werden. Die Abbildungen 5 bis 7 zeigen die klinische Situation einer Versorgung mit zusätzlichen strategischen Implantaten.

Die Materialkombination EMF-Legierung/EMF-Legierung wird kontrovers diskutiert. Die Abzugskräfte lassen sich labortechnisch besonders bei mehreren Pfeilern nur bedingt einstellen. Wird aufgrund der schweren Gängigkeit der Prothese am Behandlungsstuhl zu viel ausgeschliffen, verliert die gesamte Konstruktion schnell ihre retentive Wirkung. Die Autoren stehen der Verwendung dieser Materialkombination daher eher kritisch gegenüber.

Seitens der Befürworter vollkeramischer Systeme werden sowohl ästhetische (reduzierter Demaskierungseffekt) als auch biologische Argumente (geringere paramarginale Entzündungsreaktionen) vorgetragen, die den Vorteil keramischer Primärkronen herausstellen sollen. Belege für „biologische Überlegenheit“ dieses Systems konnten der wissenschaftlichen Literatur nicht entnommen werden. Zirkoniumdioxid scheint jedoch als Werkstoff für Primärkronen aufgrund initial guter klinischer Ergebnisse geeignet zu sein. Langzeitergebnisse stehen zurzeit noch aus.

In einer in vitro-Untersuchung konnte gezeigt werden, dass Doppelkronensysteme aus Zirkoniumdioxid und verklebtem Galvanogold im Kausimulator keinem signifikanten Alterungsprozess unterliegen würden.

Inwieweit diese Ergebnisse auf den klinischen Alltag zu übertragen sind, ist aufgrund von abrasiver Nahrung, Zahnpasta, Verkeilung des Zahnersatzes beim Ein- und Ausgliedern etc. fraglich. Bezugnehmend auf die Abzugskräfte ist die Kombination Gold/Gold besonders bei kurzen klinischen Kronen und parallelen Teleskopen überlegen.

5. Fazit für die Praxis

Die Teleskopkrone kann als ein hervorragend funktionierendes und langfristig bewährtes Verankerungselement für herausnehmbaren Zahnersatz angesehen werden, wenn sie im korrekten Indikationsbereich verwendet wird. Dieser wird nicht nur durch die Lückengebiss-situation des fraglichen Kiefers umgrenzt, sondern umfasst auch Faktoren der Patientenebene (Compliance, Fingerfertigkeit, finanzieller Hintergrund, Erwartungshaltung, Kompromissfähigkeit, etc.) und der Ebene des einzelnen Ankerzahnes (Tabelle 1 – nächste Seite).

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

Die Literaturliste liegt der Redaktion vor und kann unter der E-Mail-Adresse: jzadow-dorr@lzkb.de angefordert werden. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem „Zahnärzteblatt Sachsen“ Nr. 5/2012.

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

Tabelle 1:
Prognosebewertung
für Teleskopfeiler

„Prophylaxetag“ des Pfaff-Institutes sehr erfolgreich

[PPI] Auch im 18. Jahr war das Interesse am Berliner Prophylaxetag Anfang Dezember 2013 ungebrochen hoch. Das Rezept für den anhaltenden Erfolg benennt Dr. Thilo Schmidt-Rogge, Geschäftsführer des Philipp-Pfaff-Institutes, als eine Mischung aus spannenden Themen, einer abwechslungsreichen Dentalausstellung sowie einer sehr familiären Atmosphäre. Die Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenten sowie Zahnärzte treffen sich, tauschen sich aus und lassen sich inspirieren – all das im erstklassigen Ambiente des Hotels Steigenberger in Berlin.

Während der 18. Auflage dieser Fortbildungstagung bildeten zielgruppenspezifische Besonderheiten in der Prophylaxe den Rahmen für die Workshop-Angebote. Hier waren Schwangerschaft- und Kleinkindprophylaxe, das Händling mit zappeligen oder älteren Patienten

ebenso gefragt wie Themen zur entspannten Patientenlagerung und Kommunikation. Kariesdiagnostik, individuelle Recall-Termine, Burn-out-Prävention, Parodontitis und Allgemeinerkrankungen sowie der Umgang mit verfärbten Zähnen interessierten die Teilnehmer der Vorträge.

Neue klinische Leiterin vorgestellt

Dr. Schmidt-Rogge nutzte das Forum, um die neue klinische Leitung des Fortbildungsinstitutes der Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg vorzustellen. Zahnärztin Nina Werner verstärkt seit dem Sommer 2013 das Team und bildet eine Schnittstelle zwischen Geschäftsführung und dem Bereich der klinischen bzw. praktischen Fortbildung. Das betrifft sowohl die Aufstiegsfortbildung für die Praxismitarbeiter als auch die zahnärztliche Fortbildung. ☹



Termin für den
19. Berliner
Prophylaxetag bitte
vormerken:
5. und 6. Dezember
2014



Foto links:
Zahnärztin Nina
Werner, die neue
klinische Leiterin

Foto rechts:
Dr. Martina
Obermeyer in ihrem
Workshop für
optimale
Patientenlagerung
durch Handgriffe aus
der Craniosacral-
Therapie



Kontrastreiche Abbildung der Schneidezähne im Unterkiefer (Foto: Erhard J. Scherpf, Referent der Kurse im April; Architektur-, Werbe- und Industriefotograf)

Möchten Sie perfekte Fotos erstellen können?

Mit zwei Kursen im April haben Sie die Möglichkeit, die Dentralfotografie soweit kennenzulernen, dass Ihnen gute Patientenaufnahmen gelingen. Vermittelt wird in einem ersten Kurs Basiswissen, der nachfolgende richtet sich an Fortgeschrittene.

[ZBB] Die LZÄKB bietet im April in Potsdam zwei besondere Teamkurse mit dem Referenten Erhard J. Scherpf an: Es geht um die professionelle Dentralfotografie bzw. vielmehr um den Weg zur Professionalität.

P 25/14 | „Professionelle Dentralfotografie – Basiswissen“ am Fr., **11. April**, 9:00 bis 17:00 Uhr
Gebühr pro Teilnehmer: 240,- €, 10 Punkte.

Zielgruppe sind Zahnärzte, Zahntechniker, Praxis- und Labormitarbeiter, Einsteiger, Anfänger oder Fortgeschrittene. Die Teilnehmer erlernen grundlegende Kenntnisse der wichtigsten fotografischen Zusammenhänge und deren gezielte Anwendung. Darüber hinaus werden sie am Patienten den systematischen Umgang mit Kamera, Beleuchtungstechnik und Mundspiegeln üben. Für alle wichtigen Perspektiven eines kompletten Fotostatus werden standardisierte Aufnahmebedingungen definiert, die reproduzierbare Ergebnisse liefern. Ein Kurs für alle, die in der Patientenphotografie nichts dem Zufall überlassen wollen.

Die Teilnehmer erhalten: das Handbuch „Professionelle Dentralfotografie/Patientenphotografie“, 140 Seiten, gebunden, Hardcover, inklusive Arbeitsblätter und detaillierte Anweisungen zu Standards in der Patientenphotografie (Fotostatus), die Software, Referenzbilder und geeignete Bildschirmhintergründe zur exakten visuellen Monitoreinstellung.

Gleich mitbuchen

P 26/14 | „Fortgeschrittenenkurs – Praxis der Patientenphotografie“ am Sa., **12. April**, 9:00 bis 17:00 Uhr
Gebühr pro Teilnehmer 240,- €, 10 Punkte

Hier geht es dem Referenten um das perfekte Foto. Es werden die Licht- und Beleuchtungssysteme näher erläutert und Details der Portraitphotografie vertieft. Sie lernen verschiedene Filter kennen, mit denen Transparenz und Schichtung der Zähne sichtbar werden. So wird das Abschlussfoto nach einer Versorgung zum „I“-Tüpfelchen. ●

Hinweis: Bitte informieren Sie sich im Fortbildungsprogramm der LZÄKB, Seiten 38/39, was mitzubringen ist.

Anmeldung jeweils online unter: www.lzkb.de oder per Fax: 0355 3 81 48-15

Strategische Planung in der Zahnarztpraxis

Kursbeschreibung

Im aktuellen Praxisalltag bekommt das Thema Personal/Mitarbeiter zunehmend Bedeutung. Immer weniger qualifizierte Kräfte stehen den niedergelassenen Zahnarztpraxen zur Verfügung, der Wettbewerb nach qualifiziertem Personal nimmt zu. Es wird daher noch wichtiger, den Umgang mit den Mitarbeitern zeitgerecht, modern und zufriedenstellend zu gestalten.

In dem Seminar werden wesentliche Aspekte der Mitarbeiterführung und -förderung aufgezeichnet. Ferner werden Möglichkeiten von steuerfreien Vergütungsformen dargestellt, damit von Lohnerhöhungen auch im Netto des Arbeitnehmers etwas übrig bleibt, um somit auch die Personalkosten zu senken. Ziel des

Seminars soll es sein, die Zufriedenheit der Mitarbeiter in der Praxis zu verbessern, damit Fluktuationen zu vermeiden und letztlich glückliche Mitarbeiter mit glücklichen Chefs im Team zu erhalten.

Übersicht

- Sind wir gute Chefs?
- Mitarbeiterforderung
- Mitarbeiterförderung
- Mitarbeiterführung
- Mitarbeitervergütung

Kurs-Nr. C 11/14 am Mittwoch, **19. März**, in der Zeit von 14:00 bis 18:00 Uhr in Cottbus; Gebühr: 100,- € | 4 Fortbildungspunkte

Anmeldung unter: www.lzkb.de



Referent:
Frank Pfeilsticker,
Steuerberater in
Potsdam



Referent: Jürgen
Nitsche, Direktor
der apo-Bank in
Potsdam

Werkstoffe besser verstehen und effektiv einsetzen

Kursbeschreibung

Möchten Sie die Eigenschaften und die Leistungsfähigkeit der von Ihnen genutzten Werkstoffe zur Versorgung Ihrer Patienten besser kennen lernen und so diese Materialien effektiver einsetzen? Kennen Sie den neuen Werkstoff PEEK? Wissen Sie ob, und wenn ja, wo und warum Dentallegierungen korrodieren? Was kann man dagegen unternehmen?

Zirkoniumdioxid ist inzwischen als Gerüstmaterial anerkannt, doch worin besteht der Unterschied zwischen den verschiedenen Zirkonoxymaterialien, die auf dem Markt angeboten werden und halten sie auch das was die Werbung verspricht? Composite, ein Gemisch aus anorganischen Pulvern und organischer Trägermatrix, wie kommt das zusammen?

Zu all diesen Fragen möchte ich Ihnen Antworten liefern. Es ist mir ein Anliegen, Sie für zahnärztliche Werkstoffe zu sensibilisieren.

Zum Referenten:

Prof. (UH) Dr. Wolf-Dieter Müller
Leiter des Funktionsbereiches zahnärztliche Werkstoffkunde und Biomaterialforschung
Abteilung für zahnärztlich Prothetik und Alterszahnmedizin am Charité Centrum 3 ZMK (CC3),
Charité Universitätsmedizin Berlin
Assmannshauser Str. 4-6, 14197 Berlin

Kurs-Nr. P 27/14 am Mittwoch, **30. April**, in der Zeit von 15:00 bis 18:00 Uhr in Potsdam; Gebühr: 100,- € | 4 Fortbildungspunkte
Anmeldung unter: www.lzkb.de



Referent: Prof. Dr.
Wolf-Dieter Müller

Ein Kurs über
Eigenschaften und
Leistungsfähigkeit
von Werkstoffen

Muss Notdienst unbedingt Pflicht bleiben?

Während der Bezirksstellenversammlungen im November und Dezember 2013 wurde von einigen Zahnärzten angefragt, ob man nicht die Bereitschaftsdienste abschaffen könnte. Ginge das? Ein paar Anmerkungen aus rechtlicher Sicht.



Dr. Heike Lucht-Geuther, Vorstandsmitglied der LZÄKB

Autorin: Dr. Heike Lucht-Geuther, Hennigsdorf

Der Wunsch mancher Zahnärzte ist da: Wäre es möglich, den Bereitschaftsdienst abzuschaffen? Schließlich sei die Belastung im Bereitschaftsdienst groß ... Oft wäre der Bereitschaftsdienst unwirtschaftlich, denn die Zuschlagpositionen deckten nicht die zusätzlichen Kosten der Behandlung im Notdienst ab – vor allem, wenn ein einzelner Schmerzpatient behandelt würde und Fahrtkosten und/oder Personalkosten für einen Praxismitarbeiter angefallen seien ...

Oftmals, vor allem nachts, müsse ohne qualifizierte Assistenz behandelt werden – das ist schon eine Ausnahmesituation für uns Zahnärzte! Und schließlich geben viele Zahnärztinnen zu bedenken, dass sie nachts überfordert sind und sich unsicher fühlen, wenn es um die Behandlung alkoholisierter Patienten geht.



Zahnschmerzen treten gern zu den unmöglichsten Zeiten auf – gut, wenn sich die Patienten dann auf einen funktionierenden Notdienst verlassen können.

Notdienst gesetzlich verankert

Ganz klar: Wir sind durch das SGB V, das Heilberufsgesetz und durch unsere Berufsordnung zum zahnärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet.

Jeder Zahnarzt, der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt, ist dazu grundsätzlich verpflichtet! Denn gemäß § 95 SGB V gehen mit der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung und Behandlung von GKV-Patienten und der Abrechnung der entsprechenden Leistungen, die uns Vertragszahnärzten gestattet sind, auch eine Vielzahl von Verpflichtungen und strikt einzuhaltenden Regeln und Pflichten einher. Eine dieser Pflichten ist die vertragszahnärztliche Pflicht zur Teilnahme am Notdienst.

Zahnärztlicher Bereitschaftsdienst ist Entlastung

Da die ambulante Versorgung unserer Patienten eben zu jeder Zeit sichergestellt werden muss, werden wir nur durch die Einrichtung eines zahnärztlichen Notfalldienstes von dieser umfassenden zeitlichen Verpflichtung entlastet! Wir müssten sonst rund um die Uhr für unsere Patienten da sein, denn wir hätten die Verpflichtung, auch außerhalb unserer üblichen Sprechstundenzeiten für die Versorgung unserer Patienten persönlich präsent sein zu müssen. Nur der Bereitschaftsdienst, solidarisch von uns Zahnärzten durchgeführt, entbindet uns davon.

Unsere KZV hat die „Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.“

– SGB V § 75 Notfalldienst. Fazit: Der Notdienst ist eine Vertretung der Zahnärzte außerhalb der üblichen Sprechzeiten. Die Teilnahme am Notdienst ist Pflicht.

Für die Mitglieder der Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB) gilt die Bereitschaftsdienstordnung der LZÄKB vom 30. Mai 2007. Im § 1 ist die Teilnahmepflicht geregelt (jeder an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung tätige Zahnarzt, ausgenommen Zahnärzte im ersten Jahr ihrer Vorbereitungszeit; während der Bereitschaftsdienstzeiten muss der Zahnarzt erreichbar sein ...).

Feste Zeiten geregelt

Der § 4 regelt die Notfalldienstzeiten: Der Dienst beginnt Montag bis Freitag spätestens um 20:00 Uhr und endet um 7:00 Uhr des folgenden Tages. An Wochenenden beginnt der Dienst samstags um 7:00 Uhr und endet montags um 7:00 Uhr. An Feiertagen, die nicht auf einen Samstag oder Sonntag fallen, dauert der Dienst von 7:00 Uhr des Feiertages bis 7:00 Uhr des folgenden Tages. Der eingeteilte Zahnarzt muss ständig erreichbar sein. Gemäß § 7 kann eine Befreiung auf Antrag aus schwerwiegenden Gründen erfolgen.

In unserer jüngsten Kammerversammlung im November 2013 wurde über eine Aktualisierung unserer Bereitschaftsdienstordnung diskutiert. Wir diskutierten, ob schwangere Zahnärztinnen auf Antrag vom Notdienst befreit werden sollten. Bisher ist dies noch kein Befreiungsgrund. Die Kammerversammlung sprach sich einstimmig dafür aus, die Bereitschaftsdienstordnung entsprechend den zeitgemäßen Ansprüchen zu überarbeiten. Über die aktualisierte Bereitschaftsdienstordnung wird auf der nächsten Kammerversammlung am 22. März 2014 abgestimmt.

Zahnärzte, die ihren Verpflichtungen zur Teilnahme am Notdienst zuwiderhandeln, verstoßen gegen einschlägige Vorschriften von Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Landeszahnärztekammer. Die Kammer überwacht die Einhaltung der Berufsordnung. Pflichtwidrig-



keiten, also Verstöße gegen die Berufsordnung, werden mit berufsrechtlichen Mitteln sanktioniert.

Im Zweifel und bei Kindern besonders sensibel reagieren

Urteile verschiedener Berufsgerichte verdeutlichen, dass beispielsweise nachts grundsätzlich die Möglichkeit besteht, auf eine telefonische Nachfrage hin einzuschätzen, ob tatsächlich ein Notfall vorliegt oder ob im konkreten Fall kein Notfall gegeben ist – dennoch sollte gerade bei Kindern und immer dann, wenn ein Notfall nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden kann, eine persönliche Inaugenscheinnahme des Patienten vorgenommen werden. Aus den vorliegenden Urteilen wird deutlich, dass der Zahnarzt im Zweifel lieber einmal zuviel als einmal zu wenig zur Behandlung bereit sein sollte. Die Sorgfaltspflicht gebietet eine Untersuchung des Patienten, auch wenn er sich nachts an den Zahnarzt wendet. Nur in Ausnahmefällen kann an Stelle der Untersuchung eine telefonische Beratung mit therapeutischen Anweisungen treten.

Die Behandlungen im zahnärztlichen Notdienst sollen nur aus Maßnahmen der Schmerzausschaltung bestehen, weitergehende Komplikationen abwenden und eine adäquate Weiterbehandlung beim Hauszahnarzt ermöglichen. Hilfestellung für die angezeigten therapeutischen Maßnahmen im Notdienst geben die wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK.

Es ist eine Frage der Sorgfaltspflicht, in den Notdienstzeiten für Notfallpatienten da zu sein.



Der QR-Code führt Sie direkt zur Stellungnahme der DGZMK: „Welche therapeutische Maßnahmen sind im zahnärztlichen Notdienst indiziert?“ www.dgzmk.de

Patientenaufklärung in der zahnärztlichen Praxis

Die Pflicht zur Patientenaufklärung wurde im Patientenrechtegesetz erstmals gesetzlich verankert. Diesem Thema, das für alle Praxen von großer Bedeutung ist, widmet sich eine Artikelserie in mehreren Folgen. Lesen Sie heute den Teil 1.



Christoph Sorek
Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Medi-
zinrecht
Partner der Rechts-
anwälte Ratajczak &
Partner
Berlin - Essen - Frei-
burg - Jena - Meißen
- München - Sindel-
fingen
Büro Meißen:
Teichstraße 3
01662 Meißen
Tel.: 0049 (0) 3521 -
75880 (Zentrale)
Fax: 0049 (0) 3521 -
758817

Autor: Rechtsanwalt Christoph Sorek,
Meißen

Die Aufklärung des Patienten war und ist aus haftungsrechtlicher Sicht noch immer ein wesentliches Thema in der zahnärztlichen Praxis. Eine Vielzahl von Haftungsverfahren werden von Seiten der Patienten nicht mit der Behauptung eines eigentlichen Behandlungsfehlers geführt, sondern stützen sich auf eine angeblich fehlerhafte Aufklärung des Patienten durch den Zahnarzt.

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde im vergangenen Frühjahr eine gesetzliche Regelung eingeführt, die nunmehr erstmalig die Vorgaben für die Patientenaufklärung gesetzlich festschreibt. Zuvor galt in diesem Bereich sogenanntes Richterrecht, die Rechtsprechung orientierte sich also an Musterverfahren und Entscheidungen der Obergerichte.

Rechtsdogmatisch ist der Aufklärung des Patienten eine erhebliche Bedeutung zuzumessen. Noch immer gilt im deutschen Recht, dass jeder medizinische Heileingriff eine Körperverletzung darstellt. Erfolgt der medizinische Heileingriff mit einem gefährlichen Werkzeug, etwa einem Skalpell oder dem Bohrer des Zahnarztes, liegt tatbestandlich eine gefährliche Körperverletzung vor. Diese täglich von Seiten der Ärzte und Zahnärzte begangenen Körperverletzungen sind nur deswegen nicht strafbar und führen nicht zu Verfahren gegen die Ärzte und Zahnärzte, weil die von dem Patienten erteilte Einwilligung in die Körperverletzung diese nicht mehr rechtswidrig macht. Wenn der Patient also eingewilligt hat, ist die Körperverletzung nicht mehr rechtswidrig und damit auch nicht mehr strafbar. Die Einwilligung ist aber nur, und nur dann, wirksam, wenn der Patient hinreichend und ordnungsgemäß aufgeklärt wurde und erst nach der Auf-

klärung die Einwilligung in die jeweilige Heilbehandlung erklärt.

Ist hingegen die Aufklärung mangelhaft oder kann der Arzt oder Zahnarzt die richtige und vollständige Aufklärung nicht nachweisen, ist damit automatisch die von dem Patienten erklärte Einwilligung in die Heilbehandlungsmaßnahme unwirksam, mit der Folge, dass der Eingriff wieder rechtswidrig und damit auch strafbar ist. Liegt eine strafbare Körperverletzung vor, ergibt sich bereits aus dieser der Anspruch des Patienten auf Schmerzensgeld.

Da in dem Bereich der Aufklärung für den Patienten die Darlegung einer fehlerhaften oder nicht vollständig erteilten Aufklärung deutlich leichter ist, als die Darlegung eines echten Behandlungsfehlers – was medizinische Kenntnisse voraussetzt –, nimmt die Aufklärung einen immer breiteren Raum in den Schadensersatz- und Schmerzensgeldverfahren im Bereich der Arzthaftung ein.

Der Arzt oder Zahnarzt hat zudem den Beweis zu erbringen, dass er aufgeklärt hat, in welchem Umfang er aufgeklärt hat und dass er richtig aufgeklärt hat. Gerade diese, dem Arzt obliegende Beweislast kann sich in einem Prozess entscheidend auswirken. Kann vor Gericht nicht nachgewiesen werden, ob die Aufklärung richtig, vollständig oder überhaupt erbracht wurde, geht diese fehlende Beweisbarkeit regelmäßig zu Lasten des Arztes.

Um dem Arzt in dem Verhältnis zum Patienten nicht unmögliche Nachweispflichten aufzuerlegen, wird in der Rechtsprechung zwischenzeitlich einhellig die Ansicht vertreten, dass der Dokumentation des Arztes zunächst Glauben zu schenken sei. Mit anderen Worten, soll die von dem Arzt selbst angefertigte Dokumentation der von ihm vorgenommenen Aufklärung

ausreichend sein, um den Nachweis der Aufklärung zu erbringen. Es ist daher für die Wirksamkeit der Aufklärung oder der Einwilligung nicht erforderlich, die Aufklärung oder Einwilligung vom Patienten in jedem Fall unterschreiben zu lassen. Vielmehr genügt grundsätzlich die vom Arzt vorgenommene Dokumentation der Aufklärung.

Was sich auf der einen Seite als Vorteil für den Arzt darstellt, nämlich der Umstand, dass seiner Dokumentation Glauben geschenkt werden soll, kann sich auch zu seinem Nachteil umkehren, wenn der Arzt oder Zahnarzt der Dokumentation der von ihm vorgenommenen Aufklärung nicht den hinreichenden Stellenwert beigemessen und daher die Dokumentation nur unvollständig oder nicht mit der hinreichenden Genauigkeit vorgenommen hat. Vielfach wird dem Arzt zu glauben sein, dass er bestimmte Dinge gegenüber dem Patienten aufgeklärt hat, hat er dies dann nicht dokumentiert, kehrt sich die Glaubwürdigkeit der

Dokumentation dann gegen den Arzt, da die Rechtsprechung noch immer davon im Grundsatz ausgeht, dass das, was nicht dokumentiert wurde, dann eben auch nicht gemacht wurde.

Vor diesem Hintergrund und der erheblichen forensischen Bedeutung der Aufklärung, der Einwilligung und deren Dokumentation ist jeder Arzt und Zahnarzt gut beraten, sowohl der Aufklärung selbst als auch deren Dokumentation den notwendigen Stellenwert beizumessen, um im Falle einer Auseinandersetzung mit einem (früheren) Patienten gut gerüstet entgegen treten zu können.

In den folgenden Artikeln werden die einzelnen Aspekte im Zusammenhang mit der Aufklärung und der Dokumentation näher ausgeführt, um so dem Leser einen umfassenden und an der neuen Rechtslage ausgerichteten Überblick über die Voraussetzungen der „richtigen“ Aufklärung und deren Dokumentation zu verschaffen. ●

G-BA: Fehlermeldesysteme für Zahnarztpraxen - Neue Vorgaben

Voraussichtlich ab dem 26. Februar 2014 werden für die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen neue Vorgaben zum Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen gelten. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 23. Januar 2014 beschlossen und damit fristgerecht einen Auftrag aus dem im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz erfüllt. Dieses sieht unter anderem vor, dass der G-BA Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in der medizinischen Versorgung GKV-Versicherter festlegt.

Der Entscheidung vorausgegangen war eine ca. einjährige Beratung in den zuständigen

G-BA-Gremien unter umfassender Einbeziehung von Experten für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme. Für Fehlermeldesysteme soll gelten, dass diese für Inhaber und Mitarbeiter in Praxen niederschwellig zugänglich sind, Meldungen freiwillig, anonym und sanktionsfrei erfolgen können – und dass daraus entsprechende Verbesserungen resultieren.

Mit dem Modellprojekt „Jeder Zahn zählt!“ unterhält die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bereits seit November 2011 ein derartiges Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen: www.jeder-zahn-zaehlt.de.

Quelle: BZÄK-„Klartext“ 1/2014 30.01.2014

Z-QMS-Update entsprechend neuer DIN EN

Seit 2006 sind die Zahnarztpraxen gesetzlich verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Kammer stellt dafür ihren Mitgliedern das Z-QMS kostenfrei zur Verfügung und passt es neuen Vorgaben an.



Zahnarzt Thomas Schwierzy, Vorstandsmitglied der LZÄKB

Gesetzliche Vorgaben:
 * § 135a SGB V
 * Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Qualitätsmanagement-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung
www.g-ba.de

Autor: Zahnarzt Thomas Schwierzy Strausberg

Die gesetzlichen Vorgaben (siehe Text am Rand) nahmen wir 2006 als LZÄKB zum Anlass, den Praxen ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes QM-System zur Verfügung zu stellen. In enger Zusammenarbeit mit den Partnerkammern Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, und Thüringen entstand damals das „Zahnärztliche Praxis Management System“ (Z-PMS), welches im Jahr 2011 in „Zahnärztliches Qualitäts Management System“ (Z-QMS) umbenannt wurde. Zeitgleich fand ein Medienwechsel von CD-ROM auf die Internetversion statt. Seitdem gehören Kompatibilitätsprobleme zwischen den unterschiedlichen Betriebssystemen in Zahnarztpraxen und der QM-Software der Vergangenheit an. Ausschlaggebend für den Wechsel war zusätzlich die steigende Intensität der Anforderungen und Novellierungen gesetzlicher Auflagen, welche eine regelmäßige Anpassung und Erweiterung des Systems er-

forderlich machen. Nach zwei Jahren „Z-QMS Online“ können wir rund 700 Anwender aus unserem Kammerbereich verzeichnen.

DIN 15224 für die Gesundheitsversorgung

Im Dezember 2012 erschien die DIN EN 15224 „Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach DIN EN ISO 9001:2008“. Vorher gab es kein maßgeschneidertes „Kleidungsstück“, welches den Begriff „Qualität“ im Gesundheitswesen beschrieb.

Allen Organisationen der Gesundheitsversorgung steht nunmehr ein europäischer Standard für Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen zur Verfügung. Um Qualität in der Gesundheitsversorgung definieren zu können, bedarf es einer Beschreibung von Qualitätsmerkmalen. Die DIN EN 15224 definiert elf Qualitätsmerkmale, welche speziell auf das Gesundheitswesen ausgerichtet und in der Norm beschrieben sind (siehe Grafik 1). Im Vordergrund der DIN EN 15224 steht der Patient und dessen lege artis Versorgung. Im Update 2013 des Z-QMS, welches seit November aktiv ist, sind die elf Qualitätsmerkmale gemäß der Vorgaben der DIN bereits etabliert.

Die erforderlichen Veränderungen wurden konkret in folgenden Modulen eingearbeitet:

- Modul „Patientenkommunikation“
- Modul „Patientendokumentation“
- Modul „Beschwerde und Fehlermanagement“ und
- Modul „Verbesserungsmanagement“.

Gesetzlicher Schneeballeffekt

Die Jahre 2012 und 2013 waren geprägt durch eine Lawine von Novellierungen. Mehr oder

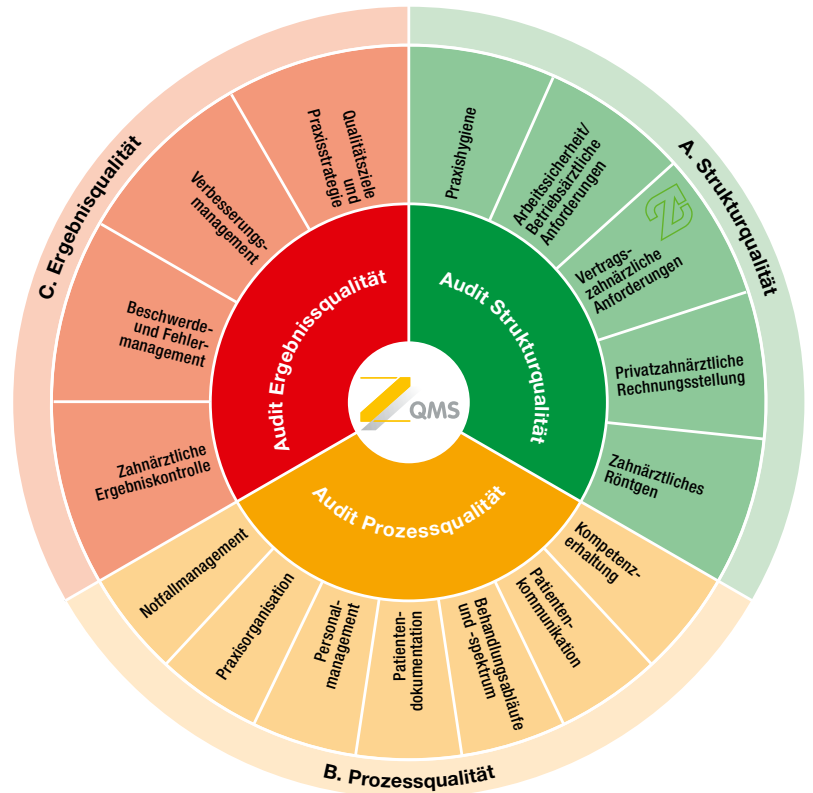
Grafik 1



minder haben diese Novellierungen Auswirkungen auf die Arbeit im Unternehmen „Zahnarztpraxis“ zur Folge. Nicht nur das Erscheinen der DIN EN 15224, sondern auch das Inkrafttreten der neuen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ sowie die Novellierung des sogenannten Patientenrechtegesetzes waren Anlass für eine große „Generalüberholung“ (Update) des Z-QMS.

Besonders erwähnenswert ist hier die GOZ 2012, deren Vorgaben sowohl im Z-QMS-Modul „Privatzahnärztliche Rechnungslegung“ als auch im „Service-Portal“ Berücksichtigung finden. Vorgaben des Patientenrechtegesetzes sind in den Modulen „Patientenkommunikation“ und „Patientendokumentation“ berücksichtigt.

Neu aufgenommen worden sind im Kompass des Zahnärztlichen QualitätsManagementSystems



Neu aufgenommen worden sind im Kompass des Zahnärztlichen QualitätsManagementSystems die Module „Personalmanagement“ sowie „Qualitätsziele und Praxisstrategie“.

Kostenfreie
Anmeldung zum
Internetportal:
www.z-qms.de

Neuer Kurs zum Thema „DIN EN 15224“

Die LZÄKB bietet folgenden Zusatzkurs für das Praxisteam an:
„Auswirkungen der DIN 15224 für medizinische Qualitätsmanagement-Systeme auf die Zahnarztpraxis“.

Termine: Mi., **30. April** in Potsdam (Z-P 1/14) oder
Mi., **21. Mai** in Cottbus (Z-C 2/14)
Uhrzeit jeweils: 14:00 bis 18:00 Uhr
Referent: ZA Thomas Schwierzy
Gebühr: 130,00 € inklusive USB-Stick und umfangreichem Skript | 4 Fortbildungspunkte

- Inhalte des Zusatzkurses:
- die elf Qualitätsmerkmale der DIN EN 15224 und ihre Funktionen;
 - Was sind Qualitätsziele, wie definiere ich Qualitätsziele?
 - Einführung in die Module „Personalmanagement“ sowie „Qualitätsziele und Praxisstrategie“ des Zahnärztlichen QualitätsManagementSystems (Z-QMS);
 - Die großen „Ws“ der Patientenbefragung – Wieso, weshalb, warum, wie?
 - Patientenkommunikation informativ gestalten;
 - die Funktion der Terminanzeige effektiv nutzen.

Anmeldungen im Internet unter: www.lzkb.de oder per Fax: 0355 38148-48.



Die gute Nachricht: Hand- und Winkelstücke können weiterhin manuell aufbereitet werden

Manuelle Aufbereitung ist weiter zulässig

Die Möglichkeit der reproduzierbaren manuellen Aufbereitung von Medizinprodukten war oft umstritten. Dazu wurde im vergangenen Jahr eine „Studie zur manuellen Aufbereitung zahnärztlicher Instrumente“ (MAZI) abgeschlossen – hier die Auswertung.

Autor: ZA Thomas Schwierzy,
Vorstandsmitglied der LZÄKB

Nicht selten erreichen uns im Referat „Zahnärztliche Berufsausübung“ Anfragen hinsichtlich der Zulässigkeit der manuellen Aufbereitung und dessen Reproduzierbarkeit (Validierung). Die Verunsicherung der Zahnarztpraxen in diesem ohnehin schon unnötig verordnungslastigem Bereich, wird durch Marketingstrategien der Dentalindustrie, die der Umsatzförderung dienen sollen, zusätzlich verstärkt. Weiterhin tragen Aussagen auf Grund von Fehlinterpretationen oder zum Teil auch mangelnder Sachkenntnis rund um das Thema „Aufbereitung von Medizinprodukten“, welche scheinbar die Unzulässigkeit der manuellen Aufbereitung unterstreichen, zusätzlich dazu bei. Den Praxisinhabern wird suggeriert, dass die manuelle Aufbereitung unzulässig und eine Aufbereitung ohne ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) nicht möglich sei.

Das Ergebnis der „Studie zur manuellen Aufbereitung zahnärztlicher Instrumente“ (MAZI) bestätigt, dass bei zahnärztlichen Übertragungsinstrumenten die regelmäßige Reproduzierbarkeit der Aufbereitung, also die Validierbarkeit, auch bei manuellen Verfahren gegeben ist.

Manuell vs. Maschinell

Im Jahr 2012 ist die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten“ in Kraft getreten. Sie führt unter Punkt 1.3 „Validierung der Aufbereitungsverfahren/-prozesse“ dazu Folgendes aus:

„... Manuelle Reinigungs- und Desinfektionsverfahren, die zum Beispiel im Rahmen der Vorreinigung von Medizinprodukten oder bei nicht maschinell zu reinigenden/desinfizierenden Medizinprodukten (Gruppe B) oder basierend auf einer Risikoanalyse zur Anwendung kommen,

müssen stets nach dokumentierten Standardarbeitsanweisungen und mit auf Wirksamkeit geprüften, auf das Medizinprodukt abgestimmten (das heißt geeigneten und materialverträglichen) Mitteln und Verfahren validiert

durchgeführt werden (MPG, grundlegende Anforderungen sowie DIN EN ISO 17664).“

Auch hier wird erneut ersichtlich, dass Validierbarkeit nicht zwangsläufig maschinell bedeutet. Dem § 4 der MPBetreibV ist hierzu zu entnehmen: *„Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“*


Wiederum werden manuelle Verfahren nicht ausgeschlossen. Dass maschinelle Aufbereitungsverfahren vorrangig gegenüber manuellen Verfahren angewandt werden sollten, liegt daran – wie ebenfalls in der RKI 2012 ausgeführt –, dass sich diese „besser“ validieren lassen. Ferner wird im Punkt 1.2.2 der RKI „Angaben des Herstellers“ nochmals ausdrücklich unterstrichen, dass der Hersteller eines Medizinproduktes dazu verpflichtet ist, dass er *„...Angaben zur Aufbereitung einschließlich Reinigung, Desinfektion, Spülung, Trocknung, gegebenenfalls Verpackung und Sterilisation, Transport sowie zur sachgerechten Lagerung ... zur Verfügung stellen MUSS“*.

Explizit wird darauf hingewiesen, dass *„... bei unvollständigen und/oder nicht plausiblen Angaben in der Gebrauchsanweisung der Hersteller zur Vervollständigung, Präzisierung und/oder Korrektur der Angaben aufzufordern“* ist. Bei einem Verstoß hiergegen kann also ein Vorkommnis gemäß § 2 Nr. 1 Medizinproduktesicherheitsverordnung-MPSV vorliegen und daher eine Meldung nach § 3 (2) MPSV an das BfArM angezeigt sein.

Jeder Praxisinhaber sollte daher im Vorfeld einer Kaufentscheidung die Aufbereitungsangaben vom Hersteller berücksichtigen!

MAZI-Studie abgeschlossen

Zahnärztliche Übertragungsinstrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische Maßnahmen sind in ihrer Risikobewertung und Einstufung gemäß der RKI 2006 „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ in die Kategorie „kritisch B“ einzuordnen. Medizinprodukte dieser Riskogruppe haben erhöhte Anforderungen an die Aufbereitung. Bei dieser Klassifizierung ist die Effektivität der Reinigung durch Inspektion unmittelbar nicht beurteilbar (beispielsweise wegen langer, enger Lumina, Hohlräume mit nur einer Öffnung, etc.).

Ziel der MAZI-Studie war es, den Nachweis zu erbringen, dass zahnärztliche Übertragungsinstrumente manuell reproduzierbar gereinigt und desinfiziert werden können. Die Bundeszahnärztekammer sowie die Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein haben diese Studie getragen und ihr positives Ergebnis für die Zahnärzteschaft im vergangenen Jahr durch den Studienleiter PD Dr. Lutz Jatzwauk veröffentlicht (wir informierten im Internet unter www.lzkb.de). Danach ist eine reproduzierbare manuelle Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten unter Verwendung entsprechender Standardarbeitsanweisungen möglich und das „leidige“ Thema einer vermeintlichen „Unzulässigkeit“ hat endlich ein wissenschaftliches Ende. Umfangreiche Informationen zur MAZI-Studie finden Sie unter www.lzkb.de --> Zahnärzte --> Zahnärztliche Berufsausübung. 

Medien zur Vorbereitung auf Praxisbegehungen

Der Hygieneplan der BZÄK und der Hygieneleitfaden vom DAHZ (Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin) sind als Druckexemplar erhältlich.

Hygieneplan: 15,00 € | Hygieneleitfaden: 13,00 € | Z-QMS Ordner: 30,00 €

Bestellungen richten Sie bitte per Fax an 0355 38148-48, z. H. Christina Lukas oder per E-Mail an clukas@lzkb.de.

Berichterstattung zum Qualitätsmanagement

Laut Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses werden jährlich zwei Prozent der niedergelassenen Vertragszahnärzte von ihrer KZV zur Berichterstattung aufgefordert. Das Ergebnis dieser Erhebung ist hier dokumentiert.

[ZBB] Am 31. Dezember 2010 wurde das Qualitätsmanagement verpflichtend für alle Vertragszahnärzte eingeführt. Die KZV Land Brandenburg hat gemäß § 6 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagementrichtlinie in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2013 zwei Prozent zufällig ausgewählte Vertragszahnärzte zur Vorlage des bundeseinheitlichen Berichtsbogens sowie der bundeseinheitlichen Erklärung aufgefordert. Grundlage für die Stichprobe war die Zahl der Vertragszahnärzte im Berichtsjahr (100 Prozent): 1415

Als Stichprobe gezogene Zahl der Vertragszahnärzte/Praxen: (2 Prozent): 42

Erklärung gem. § 6 der QM- Richtlinie:

- abgegeben: 38
- nicht abgegeben: 4 (Eine Zahnärztin über längeren Zeitraum erkrankt, von drei Zahnärzten keine Rückmeldung)

In der nachfolgenden Tabelle ist die Auswertung der Erhebung zusammengefasst.

Auswertung des bundeseinheitlichen Berichtsbogens zum praxisinternen Qualitätsmanagement 2013					
Ist-Analyse der Instrumente	Elemente des Qualitätskreislaufs				
	wird angewendet	wird ausgewertet	wird fortentwickelt	ist geplant	zurzeit kein Anlass
Checklisten für organisatorische Arbeitsabläufe	31	1	9	1	
Praxishandbuch	25	3	11	2	1
Fehlermanagement	19	7	9	5	
Notfallmanagement	28	6	7		
Orientierung am Stand der Wissenschaft	34	5	3		
Koordinierung zahnärztlicher und zahntechnischer Maßnahmen	34	1	5		1
Fachliche Fortbildung	34	4	3		
Fortbildung, Weiterbildung des Teams	30	4	6	1	
Teambesprechungen	30	3	6	1	1
Patienteninformation, -aufklärung, -beratung	33	1	7		
Patientenmitwirkung, -selbsthilfe	17	9	10	5	
Beschwerdemanagement	14	8	11	6	2
Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen	30	3	4	3	
Sonstige, ggf. Beiblatt	2	1		1	1



Frische Farben und ein übersichtliches Design - der neue Internetauftritt der KZVLB

KZV-Webseite mit neuem Gesicht

Für Besucher der KZV-Webseite ist nur die Benutzeroberfläche sichtbar, und die präsentiert sich übersichtlicher als bisher in einem neuen frischen Blau. Die Redakteure profitieren vom Umstieg auf ein modernes Content-Management-System.

Was ist neu?


[ZBB] Eine neue Software erlaubt mehr Flexibilität, wodurch die Seite übersichtlicher und inhaltsreicher gestaltet werden konnte. Um auch sensible Informationen zu veröffentlichen, wurde ein interner passwortgeschützter Bereich „Service für die Praxis“ eingerichtet. (Die Zugangsdaten erhielten alle Praxen per Brief.) Nach dem ersten Login kann das Passwort für diesen Bereich über die Funktion „Passwort vergessen/ändern“ personalisiert werden. In diesem Bereich finden sich vielfältige Informationen, so z. B. Abrechnungstipps, Beschlüsse, Verträge und Protokolle. Ein Downloadcenter hält alle praxisrelevanten Dokumente bereit und die einzelnen Fachbereiche der KZVLB bieten gebündelte Informationen.

Was bleibt?

Am Abrechnungsportal ändert sich nichts. Alle Passwörter und Zugangsdaten, die bisher verwendet wurden, bleiben erhalten, sodass die Online-Abrechnung wie gewohnt aufgerufen werden kann. Für diese Seite wurden spezi-

elle Sicherungsvorkehrungen geschaffen, was man daran erkennt, dass in der Adresszeile des Browsers (z.B. Firefox, Internet-Explorer oder Chrome) explizit bestätigt wird, dass es sich um eine Seite der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg handelt.

Was ist das Ziel?

Die Webseite soll zu einem umfangreichen Informations- und Serviceportal zu ausgebaut werden, um noch besseren Service und umfangreichere Informationen bereitzustellen, als das mit dem alten Internetauftritt möglich war. Deshalb: Nutzen Sie die Seite intensiv und helfen Sie uns mit Ideen, Kritik und Anregungen, sie weiterzuentwickeln. 

Wenn der Browser die neue Seite nicht findet, empfiehlt es sich, Verlauf und Lesezeichen zu löschen und die Seite www.kzvlb.de neu aufzurufen

Fragen und Antworten zur Abrechnung

„Die Zukunft hört nicht auf, uns zu faszinieren, besonders am Anfang eines neuen Jahres.“

Georg Kreisler



Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender
des Vorstandes der
KZVLB

Autoren: Rainer Linke,
Anke Kowalski

Auch in diesem Jahr freuen wir uns auf Ihre Fragen und wünschen uns, dass unsere Antworten für Sie hilfreich sind und Sie in Ihrem Abrechnungsalltag unterstützen.

Diagnostik und Beratung im Zusammenhang mit Implantatversorgungen

Frage: Ein Patient mit einem Lückengebiss wurde meinerseits über die Therapiemöglichkeiten aufgeklärt. Er entschied sich abschließend für eine Implantatversorgung. Sind solche Leistungen wie Befundaufnahme, Beratung und Röntgenleistungen privat zu liquidieren oder gehören diese zur vertragszahnärztlichen Versorgung?

Antwort: Zunächst hat der gesetzlich versicherte Patient einen Rechtsanspruch, umfassend über die Therapiemöglichkeiten zur Versorgung seines Lückengebisses beraten zu werden. Im Rahmen dieser ausführlichen Beratung müssen seitens des Zahnarztes für die befundbezogenen Versorgungsmöglichkeiten die Vor- und Nachteile aufgezeigt werden. Die in dieser Phase vorgenommenen Leistungen (z. B. Befundaufnahme, Beratung, Röntgen) stellen Vertragsleistungen dar. Um sicherzustellen, dass kein direkter kausaler Zusammenhang zu einer später stattfindenden Implantation hergestellt wird, muss unbedingt dokumentiert werden, dass diese Leistungen im Rahmen der Therapieberatung angefallen sind.

Werden hingegen die Beratungs- und Diagnostikleistungen zu einem Zeitpunkt erbracht, zu dem bereits ein ernsthaftes Interesse an einer implantatgetragenen Versorgung besteht bzw.

sich ein enger Zusammenhang zur anschließenden Implantatversorgung erkennen lässt, erfolgt für diese Leistungen eine Privatliquidation gegenüber dem Patienten (im Vorfeld muss diese Privatleistung mit dem Patienten schriftlich vereinbart werden).

Fazit: Beratungs- und Diagnostikleistungen im Rahmen der **Aufklärung zu den Therapiemöglichkeiten:**

-> **vertragszahnärztliche Leistung**

Beratungs- und Diagnostikleistungen **im kausalen Zusammenhang mit der Implantation:**

-> **Privatleistung** (Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z [für Primärkassen] bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z [für Ersatzkassen])

Abrechnung „Modell Trayschale“

Frage: Wie erfolgt die Abrechnung einer „Modell Trayschale“ (model-tray-system®) im Zusammenhang mit dem Ansatz der BEL-Nr. 005 1 (Sägemodell)?

Antwort: Da es sich nach unserer Auffassung bei der „Modell Trayschale“ (model-tray-system®) nicht um ein Konfektionsfertigteil im Sinne von § 4 der Einleitenden Bestimmungen zum Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (§ 88 Abs. 1 SGB V) handelt, ist eine dahingehende Abrechnung ausgeschlossen. Bei der Herstellung eines Sägemodells sind gemäß § 4 der Einleitenden Bestimmungen mit der Vergütung der zahntechnischen Leistung aller Materialkosten abgegolten; dies gilt auch für die Verwendung einer vorgefertigten Modellschale aus Kunststoff bei der Herstellung eines Stumpfmodells/Sägemodells nach BEL-Nr. 005 1 BEL II.



Anke Kowalski
Stellv. Abteilungs-
leiterin
Abrechnung

Diese Auffassung wurde von der KZBV im Rahmen einer unsererseits dahingehenden Anfrage vollinhaltlich geteilt. In ihrem Antwortschreiben unterstrich die KZBV den Ausschluss der Vereinbarung der „Materialkosten“ von Modellschalen mit dem Versicherten (soweit Modelle nach der BEL-Nr. 005 1 abgerechnet werden) und wies ergänzend dazu auf Folgendes hin: *„Im Übrigen kann das hier hinterfragte ‚model-tray-system®‘ nach Herstellerangaben bis zu fünf Mal verwendet werden. Bei möglicher fünfmaliger Verwendbarkeit des Systems für die Herstellung eines Stumpfmodells/Sägemodells ist von einem mehrfachen Gebrauch der Kunststoffschalen auszugehen. Vor diesem Hintergrund kann auch kein ‚Verbrauch‘ eine gesonderte Abrechnungsfähigkeit begründen.“*

Säuberung von Prothesen

Frage: Kann ich bei einem Härtefall-Patienten die Entfernung harter Beläge von einer Prothese nach der Geb.-Nr. 107 (Zst) abrechnen?

Antwort: Nein! Unabhängig davon, wie die Einkommensverhältnisse des Versicherten sind, handelt es sich bei der Reinigung einer Prothese um eine Leistung, die weder zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung noch nach einer Leistungsziffer der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden kann. Der Zahnarzt trifft mit dem Patienten eine freie Vereinbarung gemäß § 2 (3) GOZ und berechnet ein pauschales Honorar, welches dem Aufwand angemessen ist.

Hinweis: Der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 107 definiert sich als *„Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung“* und ist somit auch nur für die Beseitigung harter Beläge an natürlichen Zähnen ansatzfähig (Ausnahme: Entfernung harter Beläge am Implantat für Patienten mit der Ausnahmeindikation nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V; ZBB Ausgabe 1/13 auf der Seite 36).

ZE-Abrechnungsmodul – Laborlieferdatum

Frage: Welche Bedeutung kommt beim ZE-Abrechnungsmodul dem „Laborlieferdatum“

zu und was muss in diesem Zusammenhang beachtet werden?

Antwort: Das ZE-Abrechnungsmodul verlangt sowohl beim Fremdlabor als auch beim Eigenlabor die Angabe eines Laborlieferdatums (obgleich man hinsichtlich des Eigenlabors nicht von einer klassischen „Lieferung“ spricht). Das Laborlieferdatum muss vor dem Eingliederungsdatum stehen oder gleich dem Eingliederungsdatum sein. Ist das Laborlieferdatum nach dem Eingliederungsdatum datiert, erfolgt seitens des Moduls die Fehlermeldung mit dem Feststellungscode 540: *„Laborlieferdatum falsch oder fehlend oder **nach dem** Eingliederungsdatum“*.

Das ZE-Abrechnungsmodul erkennt anhand des jeweiligen Lieferdatums der Laborarbeit an die Zahnarztpraxis, welches Verzeichnis gilt und gibt ggf. bei neu aufgenommenen oder gestrichenen Leistungsnummern die Fehlermeldung: *„526 Unzulässige Laborposition oder für diese Abrechnungsart nicht vorgesehen“* an.

Abrechnung der Mundboden- oder Vestibulumplastik

Frage: Wann handelt es sich bei einer Mundboden- oder Vestibulumplastik um den Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 59 (Pla2) und in welchen Fällen muss diese Leistung privat liquidiert werden?

Antwort: a) Mundboden- oder Vestibulumplastik als vertragszahnärztliche Leistung: Die Mundboden- oder Vestibulumplastik ist je Frontzahngebiet oder je Kieferhälfte **als präprothetische Maßnahme** als Vertragsleistung abrechnungsfähig. Somit ist diese Leistung über den gesetzlichen Kostenträger abrechnungsfähig, wenn sie der Verbesserung des Prothesenlagers dient und schlussendlich dazu beiträgt, dass ein funktionell verbesserter Zahnersatz eingegliedert werden kann.

Antwort b) Mundboden- oder Vestibulumplastik Als außervertragliche Leistung: Die Mundboden- oder Vestibulumplastik ist **im Rahmen einer PAR-Behandlung** keine ver-

tragszahnärztliche Versorgung und ist somit nicht Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 59. Dies ergibt sich aus der Richtlinie *B.V. Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)*. Hier heißt es seit dem 01.01.2004 im letzten Satz unter:

1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikation:

*„Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört die **Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.**“*

Somit sind z. B. Verschiebelappen der Schleimhaut oder freie Schleimhauttransplantate, die zur Rezessionsdeckung, zur Wiederherstellung keratinisierter Gingiva oder zur Vermehrung fixierter Schleimhaut im Rahmen einer PAR-Behandlung erbracht werden, seit dem 01.01.2004 nicht mehr vertragszahnärztlich abrechenbar.

handlung erbracht werden, seit dem 01.01.2004 nicht mehr vertragszahnärztlich abrechenbar.

Hinweise: Der Leistungsausschluss seitens der Richtlinien hat zur Folge, dass auch keine GOÄ-Leistungen des Abschnittes L.VII. (hier: Abrechnung von Schleimhautlappenplastiken und –transplantationen nach z. B. GOÄ-Nrn. 2381, 2382 und 2386) vertragszahnärztlich abgerechnet werden dürfen.

Begleitleistungen, die unmittelbar im Zusammenhang mit der außervertraglichen Leistung erbracht werden, wie z. B. Anästhesien und Nachbehandlungen, können ebenfalls nicht als vertragszahnärztliche Leistungen abgerechnet werden. Diese Leistungen müssen analog der chirurgischen Hauptleistung schriftlich mit dem Patienten vereinbart und dann privat liquidiert werden. ☐

Anzeige

Beschlüsse zu einzelnen GOZ-Positionen

Das Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen, welches aus der Bundeszahnärztekammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern besteht, hat am 18. Oktober 2013 folgende Beschlüsse gefasst:

1. Berechnungsfähigkeit des Operationsmikroskops

[ZBB] Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der GOZ-Nr. 0110 abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in GOZ-Nr. 0110 bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 5 bzw. 2 GOZ abgebildet werden.

2. Zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben GOZ-Nr. 2000

Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der GOZ-Nr. 2000 ist die GOZ-Nr. 2197 für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

3. Stillung einer übermäßigen Blutung

Die GOZ 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach GOZ-Nr. 3050 berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.

4. Adhäsive Wurzelfüllung

Die Geb.-Nr. 2197 GOZ ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Geb.-Nr. 2440 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

5. Trennung von Liquidation und Erstattung

Bestimmungen, welche tarifbedingte Bestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach GOZ. ☹

Im Kommentar der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) finden Sie Erläuterungen, Hinweise und Berechnungsempfehlungen zur besseren Verständlichkeit und Anwendbarkeit. Der Kommentar versteht sich nicht als abgeschlossenes Werk, sondern wird ständig weiter entwickelt und angepasst.

Ebenfalls möchten wir Sie auf den „Katalog selbstständiger zahnärztlicher, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender Leistungen“ – die sogenannte Analogliste – aufmerksam machen.

Sie erreichen den Kommentar und den Katalog über:
www.lzkb.de >> Zahnärzte >> GOZ.



7. KZBV-Jahrbuch 2013 erschienen

Die KZBV veröffentlicht jährlich mit dem KZBV-Jahrbuch eine umfassende Datensammlung, die breitgefächerte Themen zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland aufbereitet. Diese fundierte Quelle hat sich im wissenschaftlichen, politischen und fachlichen Raum bereits seit Jahren etabliert. Aktuell ist das KZBV-Jahrbuch 2013 erschienen.

Auf 190 Seiten werden u. a. wirtschaftliche Rahmendaten, Einnahmen- und Ausgabenentwicklungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zahnärztliche Abrechnungs- und Einzelleistungsstatistiken aufgeführt. Besonders hervorzuheben ist der praxisspezifische Teil: Auf rund 50 Seiten werden unterschied-

liche betriebswirtschaftliche Kennzahlen im zahnärztlichen Bereich dargestellt und erläutert - von Arbeitszeiten über Kostenstrukturen bis zur Praxisfinanzierung. Im Anhang findet sich zudem eine GOZ-Analyse.

Bei Interesse können Vertragszahnärzte das KZBV-Jahrbuch 2013 zum Selbstkostenpreis von 8,00 Euro zuzüglich Porto gegen Rechnung bei der KZBV bevorzugt online bestellen (www.kzbv.de, Rubrik Service/Infomaterialien/ Printprodukte) oder per Post (KZBV Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Universitätsstraße 73, 50931 Köln) bzw. per Fax (0221/4001-180). Eine telefonische Bestellung ist unter 0221/4001-215/-117/-216 möglich. Quelle: KZBV ☹

Ausbildungsmesse wirbt um die besten Azubis



[ZBB] Um gute Azubis zu gewinnen, müssen Firmen heutzutage einiges bieten. Leistungsbereite, karriereorientierte junge Menschen informieren sich intensiv auf dem Ausbildungsmarkt und prüfen Berufsbilder, bevor sie sich für eine Ausbildung entscheiden. Um sie dabei zu unterstützen, bieten viele Regionen Tage der Ausbildung oder Ausbildungsmessen an. Die KZVLB beteiligte sich am 25. Januar mit einem Informationsstand an der 7. Ausbildungsmesse Teltow.

„Die Zukunft liegt in deiner Hand“ hieß es für die Jugendlichen. Die kamen, oftmals in Begleitung ihrer Eltern, um alles über ihren Traumberuf bei den fast 100 Ausstellern herauszufinden.

Die Ausbildungsmesse bot umfangreiche Informationen über neue wie auch klassische Berufsbilder und unternehmensspezifische Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Besucher erhielten einen Einblick in viele Branchen und konnten sich einen Überblick über das regionale Ausbildungsangebot verschaffen. Unternehmen, Hochschulen und Universitäten stellten sich und ihr Angebot auf vielfältige Art und Weise dar und konnten Kontakte mit anderen Ausstellern knüpfen, um sich künftige Fachkräfte zu sichern.

Das Konzept der Ausbildungsmesse Teltow war gut durchdacht und traf den Nerv der Jugendlichen. Die Räumlichkeiten des Berufsbildungszentrums boten einen angenehmen Rahmen für das Zusammentreffen von Anbietern und Interessenten. Eine Besonderheit, die die regionale Ausbildungsmesse Teltow für die Jugendlichen, aber auch für die Anbieter von Ausbildungsplätzen interessant macht: Für die Aussteller sind Teilnahme und Präsentationsflächen kostenfrei – auch die Besucher zahlen keinen Eintritt. ☹

Brandenburger Zahnärzte zögern noch

[ZBB] Bisher haben sich rund 13.000 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte für die KZBV-App „Zahnarztsuche“ registriert. Die Zahlen für die App-Registrierung zeigen, dass die brandenburgischen Zahnärzte den neuen Medien noch mit Vorsicht begegnen. Während in anderen KZV-Bereichen bereits über 40 Prozent der Praxen eine Anmeldung beantragt haben, sind im Bereich der KZV Land Brandenburg aktuell 330 Zahnärzte für die App registriert, das sind 20,7 Prozent.

Die Registrierung für die App erfolgt auf der Website der KZBV. Der Link zur Datenerfassung erfordert die Eingabe von Benutzerdaten, die wir aus Sicherheitsgründen nicht in öffentlichen Medien publizieren möchten. Erstmals informierten wir über diese Zugangsdaten im Rundschreiben 7/2013. Eine weitere Veröffentlichung ist im nächsten Vorstandsrund-

schreiben 3/2014 geplant. Es besteht weiterhin die Möglichkeit, die Zugangspasswörter in der KZVLB zu erfragen. Telefonische Auskunft erteilt Dietlind Sczepanski, EDV-Assistentin: 0331 2977 101.

Der Zahnarzt kann seine Anmeldung verifizieren, indem er das Dokument mit seinen Daten ausdruckt und unterschrieben an die KZBV sendet. Erst wenn das unterschriebene Dokument bei der KZBV eingegangen ist, werden die Daten für die App freigeschaltet. Die App wird veröffentlicht und zum kostenlosen Download bereitgestellt, wenn sich eine ausreichende Zahl von Zahnärzten eingetragen hat. Die KZVLB plant, mit der App im Frühjahr 2014 online zu gehen. Mit der App sollen Patienten bundesweit an jedem Standort schnell und unkompliziert über ihr Smartphone einen Zahnarzt suchen und finden können. ☹



Die Registrierung erfolgt über den Link: <https://appdaten.kzbv.de>

Cottbuser leben gern zahngesund

[ZBB] Für ihr Gesundheitsbewusstsein verdienen die Cottbuser ein Lob. Während Messestandorte wie Frankfurt/Oder und Potsdam unter geringen Besucherzahlen leiden und deshalb sogar in die Insolvenz schlittern, strömen die Cottbuser nach wie vor mit der ganzen Familie in die Messehallen. Der Besucherandrang war auch bei der Freizeit- und Gesundheitsmesse vom 14. bis 16. Februar enorm. Dazu trägt nicht zuletzt das Konzept der Messe bei, das gängige Themen wie Reisen und Caravan mit den weniger anziehenden Gesundheitsthemen verbindet. Auch an diesem Messewochenende zeigten die Besucher großes Interesse an moderner Zahnheilkunde und fragten sehr häufig nach Implantaten bzw. berichteten über ihre Erfahrungen damit. Die ausgestellten Modelle zogen hauptsächlich ältere Besucher mit Fragen zur Prothetik an, während das Interesse vieler Jüngerer sich auf PZR, gesundes Zahnfleisch und Zahnerhaltung



richtete. Deutlich weniger Menschen befürworteten Zahnbehandlungen im Ausland – hier zeigte sich der Nutzen intensiver Aufklärungskampagnen, wozu auch die Messeteilnahme der KZVLB immer wieder beiträgt. ☹

Finden guten Kontakt zu den Patienten: Dr. Gerhard Bundschuh und Silke Klipp

Zahnärzte für Goldenes Doktordiplom gesucht

[PM] Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. In diesem Jahr soll diese Ehrung wiederum innerhalb eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. In den Wirren der Nachkriegs- sowie Wendezeit ist der Kontakt zu

manchen Kollegen leider verloren gegangen. Deshalb die Bitte der Charité Berlin: Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin unter Telefonnummer 030 450576-018/-016. ☹

Gemeldete Infektionskrankheiten im Land (Auswahl)

	Fälle im Dezember	Kumulativwert (31.12.12 bis 21.12.13)*
Norovirus**	974	5.235
Campylobacter	111	2.240
Lyme-Borreliose	59	1.538
Rotavirus	64	3.773
Windpocken	51	507
Keuchhusten	36	749
E-coli Enteritis	21	432
Salmonellose	49	667
Giardiasis	8	103
Hepatitis C	6	67
Yersiniose	3	89
Listeriose	2	20
Legionellose	1	13

V. Deutsche Mundgesundheitsstudie gestartet

Von Oktober 2013 bis Juni 2014 sammelt die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) Informationen über den aktuellen klinisch-zahnmedizinischen Mundgesundheitszustand, das Mundgesundheitsverhalten und den zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland. Finanziert von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung werden in 90 Untersuchungsgemeinden (über ganz Deutschland verteilt) zahnmedizinische Untersuchungen und ausführliche Befragungen durchgeführt. Insgesamt 4.000 Personen werden per Zufallsauswahl aus den Einwohnermeldeämtern der entsprechenden Gemein-

den ausgewählt und um Mitarbeit gebeten. Die zahnmedizinischen Untersuchungen und Befragungen zum Gesundheitsverhalten sind freiwillig und unterliegen dem strikten Datenschutz des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Untersuchungen werden durch vier Teams mit je einer/einem kalibrierten Zahnärztin/Zahnarzt und zwei Interviewern in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen durchgeführt. Die anonymisierten Daten der DMS V werden wissenschaftlich durch das IDZ aufbereitet und im Rahmen eines Forschungsberichtes veröffentlicht.

Quelle: (IDZ-Info) ☹

Spezialsitz mit individueller Gestaltung



Der beliebte Bambach Sattelsitz von Hager & Werken ist ein ergotherapeutischer Spezielsitz für

den Einsatz am Behandlungsstuhl oder im Labor. Der patentierte Sattelsitz zeichnet sich durch seine Sitzfläche aus, die beim Sitzen ganz automatisch den natürlichen S-förmigen Verlauf der Wirbelsäule herstellt. Das Ergebnis ist eine ausgeglichene, rückenfreundliche Sitzhaltung, die länger fit hält und hilft, Rückenschmerzen zu vermeiden. Neben den Original Bambach Echtlederfarben besteht nun auch die Möglichkeit, den Spezielsitz in der exakten Farbe der Behandlungseinheit zu beziehen. Somit fügt sich der Bambach Sattelsitz farblich abgestimmt in jedes Behandlungszimmer ein. Weitere Informationen sowie die Möglichkeit, einen kostenlosen Praxistest zu vereinbaren, erhalten Sie bei Hager & Werken: www.hagerwerken.de.

Best Friends Saugmaschine und Orotol plus: „Wir halten länger. Zusammen.“



Die Dürr Dental Saugmaschine, die seit den frühen Sechzigerjahren die Behandlung am liegenden Patienten ermöglicht, ist ein wichtiger Baustein in der täglichen Praxisarbeit. Eine defekte Saugmaschine bedeutet im schlimmsten Fall den Stillstand der Praxis. Heutzutage sind ungefähr die Hälfte aller Sauganlagen durch Ablagerungen und Verstopfungen in ihrer Leistung eingeschränkt – nicht zuletzt aufgrund falscher Pflege. Orotol plus ist seit 1965 das bewährte Original für die sichere und wirksame Desinfektion & Reinigung von Sauganlagen. Eine einfache Anwendung, ein breites Wirkungsspektrum und eine hohe Materialverträglichkeit zeichnen Orotol plus aus. Somit ist es das beste Mittel, um die Lebensdauer der Sauganlage zu verlängern. Weitere Informationen unter www.duerrdental.com.

Die Dürr Dental Saugmaschine, die seit den frühen Sechzigerjahren die Behandlung am liegenden Patienten ermöglicht, ist ein wichtiger Baustein in der täglichen Praxisarbeit. Eine defekte Saugmaschine bedeutet im schlimmsten Fall den Stillstand der Praxis. Heutzutage sind ungefähr die Hälfte aller Sauganlagen durch Ablagerungen und Verstopfungen in ihrer Leistung eingeschränkt – nicht zuletzt aufgrund falscher Pflege. Orotol plus ist seit 1965 das bewährte Original für die sichere und wirksame Desinfektion & Reinigung von Sauganlagen. Eine einfache Anwendung, ein breites Wirkungsspektrum und eine hohe Materialverträglichkeit zeichnen Orotol plus aus. Somit ist es das beste Mittel, um die Lebensdauer der Sauganlage zu verlängern. Weitere Informationen unter www.duerrdental.com.

VOCO Dental Challenge 2014: Herausforderung für junge Forscher

Bewährtes trifft Neues, Forscher treffen Forscher: Am **26. September 2014** findet zum zwölften Mal die VOCO



Dental Challenge in Cuxhaven statt. Dort haben junge Wissenschaftler die einmalige Gelegenheit, ihre Forschungsarbeiten einem exklusiven Fachkreis zu präsentieren und Erfahrungen in der Diskussion zu sammeln. Präsentationstraining, Reputationserhöhung und das Knüpfen wertvoller Kontakte sind dabei nur einige Vorzüge der VOCO Dental Challenge. Neben der fachlichen Herausforderung und den attraktiven Geldpreisen lockt zudem ein interessantes Programm, das Wissenschaft und Unterhaltung verbindet.

Teilnehmen können Studenten sowie Absolventen, die ihr Studium 2009 oder später beendet haben. Eine weitere Teilnahmevoraussetzung ist die Präsentation einer Studie, an der zumindest ein VOCO-Präparat beteiligt ist. Außerdem dürfen die Untersuchungsergebnisse **nicht** vor dem 30. April 2014 öffentlich präsentiert worden sein. Die Anmeldung und Abgabe der einzureichenden Unterlagen (Abstract von ca. einer A4-Seite, Lebenslauf) hat spätestens **bis zum 30. April 2014** (es gilt das Datum des Poststempels) zu erfolgen – weitere Informationen auf www.voco.de.

Teilnehmen können Studenten sowie Absolventen, die ihr Studium 2009 oder später beendet haben. Eine weitere Teilnahmevoraussetzung ist die Präsentation einer Studie, an der zumindest ein VOCO-Präparat beteiligt ist. Außerdem dürfen die Untersuchungsergebnisse **nicht** vor dem 30. April 2014 öffentlich präsentiert worden sein. Die Anmeldung und Abgabe der einzureichenden Unterlagen (Abstract von ca. einer A4-Seite, Lebenslauf) hat spätestens **bis zum 30. April 2014** (es gilt das Datum des Poststempels) zu erfolgen – weitere Informationen auf www.voco.de.

m&k akademie: Live-OPs mit 3D-Effekt zu implantologischen Indikationen

Das Fortbildungsangebot der m&k akademie konzentriert sich auf die Durchführung von Live-OPs zu implantologischen Indikationsstellungen. Perfekt kombiniert werden können diese durch zugehörige Hands-on-Kurse. Insgesamt vier Standorte der m&k akademie existieren deutschlandweit. Speziell in Kahla und Hamburg wurden direkt vor Ort Operationsräume eingerichtet.

Hier werden chirurgische Eingriffe mit einer Profikamera dokumentiert und auf einer Großleinwand in dem zugehörigen Schulungsraum wiedergegeben. Die Teilnehmer können Schritt für Schritt das Vorgehen am Patienten unter Live-Bedingungen miterleben. Zusätzlich erfolgt eine Audioübertragung, sodass der Kursleiter den Teilnehmern seine Handgriffe in Echtzeit erläutern kann. Die Kameraführung mit aussagekräftigen Nahaufnahmen erlaubt Einblicke, die sonst dem Operateur und seiner Assistenz vorbehalten sind. Besonderes Highlight: Die Präsentation erfolgt mit 3D-Effekt – das sorgt für verblüffend realistische visuelle Eindrücke. Weitere Informationen: www.mk-webseite.de.

Zahnärzteblatt Brandenburg

HERAUSGEBER:

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

Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB)
Hausanschrift: Parzellenstraße 94, 03046 Cottbus
Postanschrift: Postfach 100722, 03007 Cottbus

FÜR DIE KZVLB REDAKTION:

Dr. Eberhard Steglich (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-Dorr
Telefon: 0355 38148-0 / Fax: 0355 38148-48
E-Mail: jzadow-dorr@lzk.de
Internet: <http://www.lzk.de>

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

REDAKTIONSBEIRAT:

KZVLB: Dipl.-Stom. Sven Albrecht, Dr. med. dent. Romy Ermler

LZÄKB: Dipl. -Stom. Jürgen Herbert, Dipl.-Stom. Bettina Suchan

HINWEIS DER REDAKTION:

„Zahnarzt“ ist die formelle Bezeichnung gemäß Zahnheilkundengesetz. Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche und männliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet. Das gleiche gilt für die Berufsbezeichnungen „Zahnmedizinische Fachangestellte“, „Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin“, „Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin“, „Zahnmedizinische Fachassistentin“ und „Dentalhygienikerin“.

FOTOS UND ILLUSTRATIONEN:

CDU Deutschlands, L. Chaperon, InitiativeProDente, Bundesregierung, S. Kugler, Fotostudio Marzok, Christina Pöschel, Michael Rädels, Erhard J. Schepf, Jana Zadow-Dorr, V. Zierhut, CDU-Fraktion NRW

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: 030 76180-5, Telefax: 030 76180-680
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. 14/2011 gültig.
Geschäftsleitung: Horst-Wolfgang Haase/Alexander Ammann
Verlagsleitung: Johannes W. Wolters
Herstellung: René Kirchner
Vertrieb: Angela Köthe
Anzeigen: Klaudia Simonov

DRUCK UND WEITERVERARBEITUNG:

Das Druckteam Berlin, Gustav-Holzmann-Straße 6, 10317 Berlin

ISSN 0945- 9782

Die Zeitschrift erscheint sechs Mal im Jahr, Erscheinungstermin ist jeweils der 20. des geraden Monats. Die Zeitschrift wird von allen Brandenburgischen Zahnärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Landeszahnärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten. Bezugsgebühr: jährlich 26,- € zzgl. Versandkosten Einzelheft 3,- €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.