

Zahnärzteblatt BRANDENBURG

OFFIZIELLES MITTEILUNGSBLATT FÜR DIE ZAHNÄRZTE IM LAND BRANDENBURG



Schicksal?

Mit der richtigen Therapie wird aus dem Schicksal eine Chance S. 10

Einjähriges

Zahnärztliches QM-Portal ist seit einem Jahr mit gutem Erfolg online S. 28

Wer darf was?

Delegation zahnärztlicher Leistungen an Praxismitarbeiter S. 30

Lebensqualität

Forum Mundgesundheit
bei älteren Menschen S. 6

Von der Bundespolitik bis zur Provinzposse

Autor: Dipl.-Stom. Jürgen Herbert,
Cottbus

Die Zeit vor einer Bundestagswahl ist meist geprägt von Grundsatzdiskussionen über die zukünftige Politik. In diesem Jahr scheinen mehr die kleinen Details zumindest die zahnärztliche Berufspolitik zu bestimmen.

Zum Jahreswechsel sind bei der privaten Krankenversicherung die sogenannten Unisex-Tarife in Kraft getreten. Die Gesundheitsversicherungsbranche war damit eine der letzten, die die Unterschiede von Mann und Frau in den Tarifen einebene. Jetzt ist also ALLES „gleich“. Doch herausgekommen sind Beitragssteigerungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Die Zinspolitik lässt hier grüßen.

Etwas allgemeiner geht es in der Auseinandersetzung um die generelle Zukunft der privaten Krankenversicherungen zu. Die SPD, die Grünen und die Linken würden sie am liebsten abschaffen. Bei der CDU ist es nicht ganz klar zu erkennen. Der einzige Befürworter der PKV scheint im Moment die FDP zu sein. In der Vergangenheit sind wir mit dem dualen Krankenversicherungssystem im Prinzip ganz gut gefahren. Ob es zukunftsfest ist, muss sicherlich immer wieder überprüft werden. Falls die Politik hier nach der Wahl größere Veränderungen beabsichtigen sollte, muss aufgepasst werden, dass die Honorierungssysteme nicht mit im großen Einheitstopf verschwinden. Denn gerade das im zahnärztlichen Bereich bewährte System der Regel- und Wahlleistungen muss unbedingt erhalten bleiben. Es garantiert auf der einen Seite eine gute Grundversorgung, auf der anderen Seite bietet es für die Patienten Zugang zur Spitzenmedizin. Alles gleich hatten wir doch schon mal ...

Das Patientenrechtegesetz tritt in Kraft

Ein weiteres Stichwort vor den Wahlen ist das Patientenrechtegesetz. Soeben erhielten wir

die Nachricht: Es hat den Bundesrat passiert und tritt vorraussichtlich am 1. März in Kraft. Ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofes zur Bestechlichkeit von Ärzten hatte die Verabschiedung des Gesetzes in Frage gestellt und Verschärfungen erwarten lassen. Das Gesetz passierte nun unverändert den Bundesrat. Die Textfassung ist im Wesentlichen eine Beschreibung des Status quo. Wir werden Sie in Kürze ausführlich über Auswirkungen für die Zahnarztpraxen informieren.

Ein großes Problem könnte allerdings die Diskussion über das Verbot von Quecksilber werden, welche wiederum seitens der EU-Ebene betrieben wird. Bei weitem nicht alle Staaten haben die Pflicht zur Einführung von Amalgamabscheidern durchgesetzt. Somit entweicht in weiten Bereichen Europas bei der Verbrennung von Klärschlammabfällen Quecksilber in die Luft. In Deutschland sind flächendeckend Amalgamabscheider im Einsatz – das Problem existiert hier nicht. Über die unterschiedliche Haltbarkeit von Amalgam- und Kunststofffüllungen möchte ich mich an dieser Stelle nicht äußern.

Erfolge nicht aufs Spiel setzen

In unserem Land beschäftigt uns zurzeit eine Provinzposse besonderen Ausmaßes. Von einigen Leiterinnen in Kindertagesstätten wird behauptet: Zähneputzen schadet der Zahngesundheit! Im ersten Moment dachte ich an einen schlechten Witz, aber ein Beitrag im „rbb“ vom 30. Januar (siehe Randbemerkung) belehrte mich eines Besseren. Wir haben gerade in den vergangenen Jahren in der Zahngesundheit unserer Kinder große Erfolge erreicht – insbesondere durch engagierte Gruppenprophylaxe einschließlich täglicher Zahnpflege in den Kindertagesstätten. Ich kann nur hoffen, dass diese Fortschritte durch solche Dummköpfe nicht zerstört werden.

Die Landes Zahnärztekammer wird bei allen vorgenannten Themen am Ball bleiben. ●



Dipl.-Stom.
Jürgen Herbert,
Präsident der LZÄKB

rbb-Klartext vom
30. Januar 2013,
online zu finden
über
www.lzkb.de >>
Presse >> „Zahn-
bürsten dürfen in
den Kindergärten
nicht fehlen“



Seite 18 – Der Umgang mit betagten Patienten ist nicht immer einfach. Die Gebrechen des Alters erfordern spezielle Behandlungskonzepte, damit Senioren sich wohlfühlen und den Zahnarztbesuch nicht vermeiden. Der Arbeitskreis zur zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen unter der Leitung von Prof. Dr. Ina Nitzschke beschäftigte sich mit diesem Thema auf seiner jährlichen Fortbildungsveranstaltung.



Seite 7 – Mehr als 400 Gäste folgten der Einladung zum Neujahrsempfang „Horizonte 2013“



Seite 19 – Über Behandlungskosten sollte man offen im Vorfeld reden, empfiehlt Rechtsanwalt Sven Hennings

| | |
|---|----------------------------|
| <p>Die Seite 3 VON DER Bundespolitik bis zur Provinzposse</p> | 3 |
| <p>Berufspolitik FORUM: Mundgesundheit bei älteren Menschen HORIZONTE 2013 setzt Hoffnung auf dieses Jahr AUFSUCHENDE BEHANDLUNG wird neu honoriert NOTDIENST ist nicht Kür, sondern Pflicht</p> | 6 7 8 8 |
| <p>Fortbildung TEIL III: Infektionskrankheit Parodontitis PARODONTALER KNOCHENABBAU (Teil 3b und Ende) CURRICULUM KINDERZAHNHEILKUNDE zu empfehlen VORTRAGSREIHE zum Patientenrechtegesetz SENIOREN – eine Herausforderung für die Praxis</p> | 10 12 16 17 18 |
| <p>Recht& Steuern ÜBER Behandlungskosten offen sprechen</p> | 19 |



Seite 32 – Ausbildungsbörse als Treffpunkt interessierter Jugendlicher mit potentiellen Arbeitgebern



Seite 44 – Bei Motorradfahren und Sportschießen findet Zahnarzt Andreas Pawandenat Entspannung vom Beruf

| | |
|---|----|
| SCHWEIGEPFLICHT bei Kooperationen | 21 |
| DAS neue Patientenrechtegesetz | 22 |
| Praxis | |
| SEIT einem Jahr ist das Portal „Z-QMS“ online | 28 |
| WARNUNG vor Verschleiß am Röntgensystem Crystal | 29 |
| Praxismitarbeiter | |
| DELEGATION kontra Substitution am Stuhl | 30 |
| BILDUNGSMESSEN im Land erfolgreich gestartet | 31 |
| WETTBEWERB um die besten Azubis | 32 |
| Privates Gebührenrecht | |
| GOZ 2012 im Detail – Teil 5 | 34 |
| Abrechnung | |
| FRAGEN und Antworten zur Abrechnung | 36 |
| Aktuelles | |
| FAMILIENPRAXIS mit Zahnarzt-Gen | 38 |
| ZEIT für Fortbildung und Gedankenaustausch | 40 |
| MITARBEITER der Körperschaften stellen sich vor | 42 |
| BERLINER Vorstand fast komplett wiedergewählt | 43 |
| DR. UDO WOLTER wieder Präsident der Ärztekammer | 43 |
| Porträt | |
| DER MANN mit Faible für Tradition und Technik | 44 |
| SCHWESTER Fabian ist jetzt Kollegin | 46 |
| Termine | |
| WIR GRATULIEREN ganz herzlich zum Geburtstag | 47 |
| TERMIN Kammerversammlung | 48 |
| Verlagsseite/Impressum | 50 |



Forum: Mundgesundheit bei älteren Menschen

Bisher wird in der Bevölkerung dem Thema Mundgesundheit im Alter noch zu wenig Bedeutung beigemessen. Es besteht ein hohes Informationsdefizit darüber, wie wichtig die Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit und das Wohlergehen ist.

links:
während der
Diskussionsrunde
mit Vertretern der
Zahnärzte, dem
Ministerium für
Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz,
eines
Seniorenrates
sowie von
Seniorenheimen

rechts:
Gesundheits-Staats-
sekretärin Almut
Hartwig-Tiedt im
Gespräch mit
Prof. Dr. Dietmar
Oesterreich, BZÄK-
Vizepräsident

Weitere
Informationen über:
www.mugv.brandenburg.de >>
Gesundheit >>
Gesundheitsziele
Mehr Fotos unter:
www.lzkb.de >>
Fotogalerie

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

Mit der Tagung am 4. Dezember, welche von der Arbeitsgruppe „Mundgesundheit im Alter“ des Bündnisses Gesund Älter werden im Land Brandenburg initiiert wurde, sollte ein Anstoß gegeben werden, um neue, fachübergreifende Wege zu gehen und Informationsdefizite zu überwinden. Zielgruppe des Forums war nicht das Fachpublikum (Zahnärzte, Praxismitarbeiter), sondern mittelbar Betroffene wie Seniorenbeiräte, Verantwortliche des Ehrenamts, Wohlfahrtsverbände und Trägerorganisationen von Pflegeheimen sowie Verantwortliche aus der Politik und Verwaltung.

Wie die Situation in Bezug auf die Mundgesundheit von älteren Menschen in ganz Deutschland aussieht und dies Wechselwirkungen für die allgemeine Gesundheit hervorruft, vermittelte Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, in seinem Vortrag den Anwesenden sehr anschaulich. Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender der KZVLB, gab den Teilnehmern einen Überblick über die Situation der zahnärztlichen Versorgung in unserem Bundesland und

beschrieb die Herausforderungen, die im Flächenland Brandenburg in den nächsten Jahren, bedingt durch die Besonderheiten der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung, auf uns zukommen werden.

In der folgenden Diskussionsrunde wurde deutlich, dass Mundgesundheit bei aktiven älteren Menschen mehr mit dem Bedürfnis nach Schönheit als mit der Sorge um die allgemeine Gesundheit zu tun hat. Werden die Menschen älter und ihr Leben eingeschränkter, ändern sich ihre Ansprüche. Marco Träger, Leiter des AWO-Seniorenheimes Wildau, erklärte, dass die Bewohner seiner Heime überwiegend über 80 Jahre alt sind. Ihre Bedürfnisse liegen vor allem darin, ihre Mahlzeiten regelmäßig zu sich zu nehmen und diese zu genießen. Mundpflege, zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen stellen für sie eine Stresssituation dar. Die Mundgesundheit älterer Menschen zu erhalten oder zu verbessern bedeutet also mehr als nur die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung. Es gilt, die jeweiligen Bedürfnisse der älteren Menschen genau zu beachten und mit ihnen zu arbeiten, um wirklich Gutes zu bewirken. ●

Horizonte 2013 setzt Hoffnung auf dieses Jahr

Es ist inzwischen eine gute Tradition für die Kammern des Landes Brandenburg geworden, zu einem gemeinsamen Neujahrsempfang einzuladen. Der Termin wird auch von Politikern des Landes geschätzt.

(ZBB) 16 Kammerpräsidenten des Landes Brandenburg luden ein – etwa 400 Gäste folgten dieser Einladung. Sie trafen sich zum Neujahrsempfang „Horizonte 2013“ am 22. Januar im Dorint-Hotel Potsdam. Es wurde ein gelungener Abend mit vielen Gelegenheiten zu guten Gesprächen quer durch alle Berufsgruppen. Es trafen sich unter anderem Apotheker, Architekten, Bundestagsabgeordnete, Handwerker, Kaufleute, Minister und Staatssekretäre, Vertreter der Industrie und Wirtschaft sowie Zahnärzte.

Bemerkenswert war die Ansprache von Ministerpräsidenten Matthias Platzeck unmittelbar nach seiner Ernennung zum Aufsichtsratschef des BER. Er schilderte sehr persönlich seine Beweggründe, diesen Posten anzunehmen und brachte dabei eine Eigenschaft ins Gespräch, die die brandenburgischen Menschen immer wieder nach vorn schauen lässt: Preußische Tugenden. Disziplin, Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein, Sparsamkeit und Treue zählen dazu.

Zu dem bewusst klein gehaltenen Kreis der Redner gehörte auch Zahnarzt Thomas Schwierzy, der in seiner Eigenschaft als frisch gewählter

Präsident der Freien Berufe das Wort ergriff. Als Repräsentant der Freien Berufe stellte er die wirtschaftliche und soziale Rolle der Freiberufler innerhalb der Gesellschaft heraus.

„Die Ansprache von Thomas Schwierzy fand ich sehr treffend“, resümierte Dr. med. dent. Romy Ermler, Vorsitzende der Bezirksstelle Potsdam. Sie erlebte den Neujahrsempfang zum ersten Mal und lobte die sehr angenehme Atmosphäre. Insbesondere nutzte sie den Empfang zur Pflege alter und zum Knüpfen neuer Kontakte.

„Horizonte“-
Gespräche zwischen
Zahnärzten,
Firmeninhabern
(Foto oben) oder
Politikern wie
CDU-Landespartei-
vorsitzenden
Dr. Michael Schierack
(linkes Bild unten
Mitte) oder
Ministerpräsidenten
Matthias Platzeck
(rechtes Bild unten
links).



Ein Tropfen auf den heißen Stein



Axel Schulze, Mitglied des Arbeitskreises Behindertenbehandlung

Der Beschluss tritt zum 1. April 2013 in Kraft.
Siehe auch Vorstandsroundschreiben der KZVLB Nr. 1/2013 unter 2.1

Autor: Dipl. Stom. Axel Schulze, Pätz

Am 17.12.2012 einigten sich der GKV-Spitzenverband und die KZBV auf eine neue Regelung zur Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen bei der zahnmedizinischen Betreuung Pflegebedürftiger. Davon sind Versicherte betroffen, die sich sowohl in häuslicher, als auch in stationärer Behandlung befinden, bzw. Versicherte, die mit Behinderungen und eingeschränkter Alltagskompetenz nicht mehr selbst in die Zahnarztpraxis kommen können. Gleichfalls kommt es zu einer Anpassung des Wegegeldes für den Zahnarzt bei Haus- und Heimbisuchen. Mit der Aufnahme dieser Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wird den betreffenden Versicherten ein verbriefteter Anspruch auf zahnärztliche Behandlung durch aufsuchende Zahnärzte eingeräumt. Diese neuen Zuschläge betreffen aber nur den Bereich des Aufsuchens der Versicherten durch die zahnärztlichen Fachkräfte (Besuchshonorar), aber nicht die Durchführung

der vertragszahnärztlichen Behandlungen. Behinderte, Demenzkranke und ältere Menschen sind auf Grund von Einschränkungen geistiger und motorischer Fähigkeiten oft nicht in der Lage, eine eigene ausreichende Prophylaxe durchzuführen. Fehl- bzw. Unterernährung, Auswirkungen von Medikamenten, zunehmende Mundtrockenheit und andere Veränderungen der Mundhöhlengesundheit im Alter führt zu einem erhöhten Behandlungsbedarf für Prophylaxe und altersbedingte Zahnerkrankungen (Wurzelkaries, Schleimhautveränderungen).

Es wäre wünschenswert, wenn den zahnärztlichen Präventionsleistungen mehr Beachtung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen geschenkt würde. So hängt es wohl weiterhin am ehrenamtlichen Engagement der Zahnärzte und Zahnärztinnen, diese Präventionsmaßnahmen bzw. Behandlungsmaßnahmen durchzuführen. (Paten-Zahnärzte in Heimen und ehrenamtliche zahnärztliche Vereinigungen die Pflegebedürftige und Pflegekräfte prophylaktisch schulen.)

Notdienst ist nicht Kür, sondern Pflicht



Gabriele Sotscheck

Autorin: Gabriele Sotscheck, Abteilungsleiterin Zulassung der KZVLB

Unzufriedene Patienten wenden sich häufig mit ihren Problemen an die KZVLB. In letzter Zeit nahmen die Beschwerden bezüglich der „Nichterreichbarkeit“ von Zahnärzten in ihren Notfalldienstzeiten insbesondere in den Nachtdienstzeiten zu. Laut § 24 Abs. 2 der Zulassungsverordnung müssen Zahnärzte an den zum Notfalldienst eingeteilten Tagen rund um die Uhr erreichbar sein. Eine Erreichbarkeit kann sich keinesfalls nur auf die angegebenen „Aktivsprechzeiten“ beschränken. Diese sollen lediglich helfen, den Notfalldienst organisatorisch zu vereinfachen. Jeder im Beruf tätige Zahnarzt (nach Ablauf seiner Vorbereitungsassistentenzeit) ist gemäß § 75 Abs. 1 Satz

2 SGB V sowie als Kammermitglied gemäß § 1 der zahnärztlichen Bereitschaftsdienstordnung der Landes Zahnärztekammer Brandenburg zum Notdienst verpflichtet. Wird diese Sorgfaltspflicht gegenüber Hilfesuchenden unterlassen oder kommt es hierdurch zu einer Komplikation oder zu Nachteilen des Patienten, so setzt sich der betreffende Vertragszahnarzt der Gefahr des Vorwurfs wegen unterlassener Hilfeleistung oder gegebenenfalls sogar der Körperverletzung aus und muss mit disziplinarischen Maßnahmen oder zivilrechtlichen Konsequenzen rechnen. Der Notfalldienst ist eine Verpflichtung aus dem ärztlichen Ethos heraus und ist zudem in der Notdienstordnung der KZVLB und der Berufsordnung der Landes Zahnärztekammer Brandenburg verbindlich geregelt.

Teil III: Infektionskrankheit Parodontitis

Des Patienten „Schicksal“ ist gleichzeitig seine Chance...

vorausgesetzt, er befindet sich in den richtigen Händen



Kerstin Olesch-Graupner

Autorin: Kerstin Olesch-Graupner,
Eichwalde

Ziel der Parodontistherapie heute

Das Ziel systematischer Parodontistherapie ist die langfristige Erhaltung natürlicher Zähne in einem gesunden, entzündungsfreien, funktionellen, ästhetisch akzeptablen und schmerzfreien Zustand. In den weitaus meisten Fällen reicht eine mechanische Entfernung der bakteriellen Zahnbeläge durch den Patienten (individuelle Mundhygiene) und den Zahnarzt (professionelle Zahnreinigungen, antiinfektiöse Parodontistherapie) aus, um Parodontitis erfolgreich zu behandeln (Hirschfeld & Wasserman 1978, Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft 2000).

Das ist erfreulich, denn das ist relativ einfach durchführbar unter der Voraussetzung, dass eine Hürde genommen wird: Die langfristige Etablierung der Parodontologie in das Behandlungsspektrum jeder Praxis (siehe Teil I und II). Wenn allerdings spezielle Verfahren zur Erreichung des oben genannten Zieles nötig sind, dann greift die spezialisierte Parodontologie: die Parodontalchirurgie.

Chirurgische Parodontaltherapie - Entscheidungsfindung

In erster Linie besteht ihre Aufgabe darin, in Form einer offenen Kürettage Zugang zur Wurzeloberfläche zu schaffen, um diese unter Sicht reinigen zu können. Das trifft in der Regel für Taschen zu, die mehr als 5,5 mm tief sind und nach vorangegangener geschlossener Kürettage immer noch bluten. Dabei wird unter größtmöglicher Schonung der Nachbarstrukturen Entzündungsgewebe restlos entfernt. Eine korrekte Schnittführung ist für den späteren Erfolg eines jeden Eingriffs genauso wichtig

wie ein spannungsfreier Wundverschluss. Gerade in diesem Punkt unterscheidet sich die plastische Parodontal- und Implantatchirurgie grundlegend von anderen oralchirurgischen Maßnahmen (Zuhr, Hürzeler, Plastisch-ästhetische Parodontal- und Implantatchirurgie, 2012). In der Parodontalchirurgie ist beides nur mit speziellen mikrochirurgischen Instrumenten und mikrochirurgischen Nahtmaterialien erzielbar. Und diese sollten auch konsequent angewendet werden.

Anmerkung der Autorin: Wenn die offene Kürettage über die gesetzliche Krankenkasse erfolgt, muss ein Therapieergänzungsplan an die jeweilige Krankenkasse gestellt werden. Zu beachten ist, dass die offene Kürettage nach P 202, P 203 nicht mit den Leistungen nach GOZ (4100 - Lappenoperationen) vermischt werden darf. Das liegt daran, dass es in der Parodontologie noch keine Mehrkostenvereinbarungen für zusätzliche private Leistungen wie z.B. in der Füllungstherapie (Amalgamfüllungsbetrag in Abzug bringen zur dafür gelegten Compositfüllung) gibt. Das heißt, sobald GOZ-Leistungen geplant sind, die eine Lappenoperation beinhalten, kann für den Kassenpatienten nicht mehr von den P 202/203-Positionen Gebrauch gemacht werden. Aus meiner Sicht deckt die Leistungsbeschreibung einer offenen Kürettage nach den P-Positionen die oftmals aufwendigen mikrochirurgischen OP's ohnehin nicht ab. Ein zweites Kriterium sollte nicht außer Acht gelassen werden: Die Krankenkassen verlangen eine Therapieergänzung nach spätestens acht Wochen. Die Erfahrung heute lehrt, dass dem Gewebe Zeit zur Heilung gegeben werden sollte.

Ziel: Optimale Heilungschancen

Um allen Patienten – und hier speziell den parodontal Erkrankten – optimale Heilungschancen

cen zu bieten, ist es für jeden Behandler von Bedeutung, die richtige und adäquate Therapie zu planen und schließlich im Sinne des Patienten einzuleiten. Die Entscheidung für eine bestimmte Therapie fällt nicht immer leicht, zumal die moderne Parodontologie ein breites Spektrum an Interventionen bereithält, die wiederum viele andere Teilgebiete der Zahnmedizin tangieren.

Defekte, die zumeist während einer offenen Kürettage gut zu therapieren sind: Einzelne tiefe vertikale Knochentaschen, wobei der 3-Wanddefekt (d.h. drei Knochenwände sind noch vorhanden) am besten zu therapieren ist.

Mittel der Wahl: Emdogain. Das ist die einfachste Technik in der regenerativen PA-Therapie mit hervorragenden histologischen und ästhetischen Ergebnissen. Grundvoraussetzung: die Tasche wurde vorher einwandfrei auskurettiert und gesäubert.

Vor jeder Zahnersatzplanung, in der Kronen, Teleskope, Brücken geplant werden, sollte die biologische Breite der zumeist erheblich geschädigten Zähne überprüft werden. Wenn die Defekte der Zähne schon subgingival verlaufen, und Restaurationsränder damit subgingival enden müssen, ist eine präprothetische Maßnahme im Sinne der Kronenverlängerung angezeigt. Andere Gründe sind ästhetischer oder funktioneller Natur. In jedem Fall zu vermeiden: eine neue Krone mit ständig entzündetem Kronenrand (chronische Entzündung der marginalen Gingiva). Weder im Front- noch im Seitenzahnbereich. Wenn die biologische Breite von mindestens 2mm unterschritten wird, ist mit heutigem Kenntnisstand eine Kronenverlängerung unumgänglich. Dabei unterscheidet man:

1. chirurgische Kronenverlängerung
2. ästhetische Kronenverlängerung

Weitere Schwerpunkte der Parodontalchirurgie:

Deckung von singulären und multiplen Rezessionen: Oft kommen die Patienten zu uns, weil

sie im buccalen Bereich Schmerzen an freiliegenden Zahnhälsen haben oder ihnen aufgefallen ist, wie bedenklich sich ihr Zahnfleisch an den Zähnen zurückzieht. Ursachen sind bekannt. Damit es überhaupt zur Ausbildung von Weichgewebsrezessionen kommen kann, müssen primär knöcherne Dehiszenzen vorliegen. Diese können anatomisch bedingt sein oder durch Zahnfehlstellungen, kieferorthopädische Behandlungen, entzündliche Prozesse und eventuell auch okklusale Überbelastung entstehen (Zuhr, Hürzeler 2012).

Rezessionen frühzeitig verhindern heißt, den Patienten unter dem Aspekt des Gingivatypen genau unter die Lupe zu nehmen. Einen Blick dafür bekommt jeder früher oder später. Dünne Gingivatypen beispielsweise könnten vor der kieferorthopädischen Behandlung chirurgisch vorbehandelt werden, damit es nicht zur Ausbildung von Rezessionen kommt. Auch – oder gerade weil singuläre oder multiple Rezessionen oft nur eine ästhetische Beeinträchtigung darstellen – spielt das für viele Patienten eine sehr wichtige Rolle und beeinflusst die Entscheidung – ob z.B. eine kieferorthopädische Behandlung über lange Jahre von Erfolg gekrönt ist oder nicht, erheblich. Bei Zahnhalsüberempfindlichkeiten stellen Deckungen der Rezessionen das Mittel der Wahl dar.

Rezessionen sind leicht behandelbar – wenn sie die Miller-Klasse I oder II nicht überschreiten – und haben hervorragende Ergebnisse, eine ästhetische Rehabilitation und die Beendigung von Zahnhalsüberempfindlichkeiten zur Folge.

Ob resektive, regenerative, rekonstruktive, additive Verfahren in der Parodontalchirurgie – das Hauptaugenmerk sollte immer auf dem schonungsvollen Umgang mit den parodontalen Geweben liegen. Denn erstrebenswerte Ziele sind Entzündungsfreiheit, Rettung der parodontalen Gewebe, Attachmentgewinn und Ästhetik.

Im nächsten Heft: Fallpräsentation, Abrechnung von PA-Leistungen

Parodontaler Knochenabbau (Teil 3b und Ende)

Regelmäßige lokale doxycyclinunterstützte parodontale Nachsorge, konstant über fünf Jahre in der viertel- und halbjährlichen Erhaltungstherapie – eine retrospektive, vergleichende klinische Fünf-Jahres-Studie.



Autor: Dr. Ronald Möbius, M.Sc.
Brüel

4. Statistische Analyse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des SPSS-Programms für Windows in der Version 10.0. Es sind Voraussetzungen zur Anwendung des t-Tests nach Student gegeben.

5. Ergebnisse

Wie aus der Tabelle 2 zu entnehmen (ZBB 6/2012, S. 28), haben wir in unserer Fünf-Jahres retrospektiven Untersuchung insgesamt 1.488 Patienten nachuntersucht. Von insgesamt 1.488 Recallpatienten konnten 436 (29,3 Prozent) ausgewertet werden. Zu Untersuchungsbeginn gab es keine nennenswerten Unterschiede in der Anzahl der Patienten in den einzelnen Gruppen. Bedingt durch das signifikant unterschiedliche Recallverhalten in den einzelnen Gruppen, sind die ausgewerteten Patientengruppen allerdings sehr verschieden, wobei die ¼-jährliche PZR + Doxycyclin-Gruppe das schlechteste und die ½-jährliche PZR-Doxycyclin-Gruppe das beste Recallverhalten zeigte.

Von insgesamt 1.488 für diese Studie auswertbaren Recallpatienten sind weniger als ein Drittel, nur 29,30 Prozent = 436 Patienten,

den Recallterminen regelmäßig gefolgt. Von den 436 Patienten sind 76,60 Prozent = 334 Patienten Nichtraucher und 23,40 Prozent = 102 Patienten Raucher. Das beste Recallverhalten zeigte die Patientengruppe ½-jährliche PZR und zusätzlich Doxycyclin mit 51 Prozent. Von 511 Patienten konnten 263 ausgewertet werden. Davon waren 73,38 Prozent = 193 Patienten Nichtraucher und 26,62 Prozent = 70 Patienten Raucher.

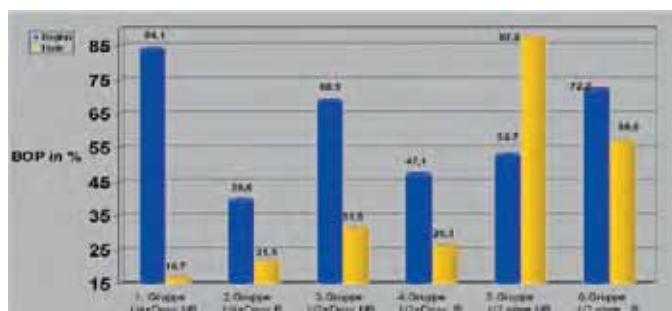
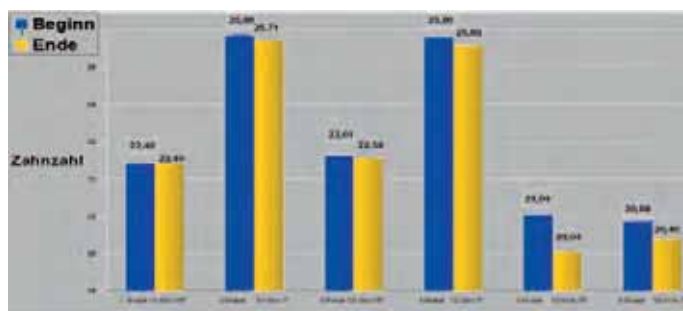
In der Patientengruppe ½-jährliche PZR ohne Doxycyclin war das Recallverhalten nur halb so gut wie in der Gruppe mit Doxycyclin. Von den 498 Patienten kamen 24,70 Prozent = 123 regelmäßig zu den Recallterminen, davon 79,67 Prozent = 98 Nichtraucherpatienten und 29,33 Prozent = 25 Raucherpatienten. Das schlechteste Recallverhalten hatten die Patienten der ¼-jährlichen Gruppe. Von 479 Patienten nutzten nur 50 regelmäßig die Recalltermine, davon waren 86 Prozent = 43 Nichtraucher und 14 Prozent = 7 Raucher. Wir hatten keine Patienten, die mit einem ¼-jährlichen Recall einverstanden waren, eine lokale Doxycyclinapplikation ablehnten und regelmäßig fünf Jahre lang die Recalltermine einhielten.

Statistisch signifikant auffällig ist auch die Zusammensetzung Raucher – Nichtraucher in den drei Gruppierungen. Zum Erstellen der „Berner Spinne“ für die Risikoanalyse wird der Patient

Dr. Ronald Möbius
MSC Parodontologie,
niedergelassener
Zahnarzt
Kontakt:
info@moebius-den-tal.de
Fax: 038483 31539

v.l.n.r.:
Abb. 2 –
Gegenüberstellung
aller Patientengruppen nach der Anzahl der vorhandenen Zähne zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen

Abb. 3 –
Gegenüberstellung
aller Patientengruppen im BOP zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen



auch nach seinen Rauchgewohnheiten befragt. Nur Nichtraucher und ehemalige Raucher, die aber seit drei Jahren bereits nicht mehr rauchen, sind in unserer Einteilung Nichtraucher. Die meisten Raucher haben wir in der Gruppe ½-jährliche PZR + Doxycyclin mit 193 Nichtrauchern und 70 Rauchern, das einem Verhältnis von 1 Raucher zu 2,76 Nichtrauchern entspricht. In der Gruppe ½-jährliche PZR ohne Doxycyclin haben wir 98 Nichtraucher und 25 Raucher, das einem Verhältnis von 1 Raucher zu 3,93 Nichtrauchern entspricht. Die wenigsten Raucher haben wir in der ¼-jährlichen PZR + Doxycyclin-Gruppe mit 43 Nichtrauchern und 7 Rauchern, das einem Verhältnis von 1 Raucher zu 6,14 Nichtrauchern entspricht.

Gruppenaufbau:

Es erfolgten neun Vergleiche zwischen den sechs Patientengruppen. In Auswertung aller Ergebnisse und Vergleiche lässt sich feststellen, dass sich die klinischen Parameter in den vier Doxycyclin-Gruppen statistisch hochsignifikant verbessert und in den zwei Kontrollgruppen trotz regelmäßiger Prophylaxe statistisch signifikant verschlechtert haben. In allen drei Vergleichen Raucher (R) / Nichtraucher (NR) erreichten Nichtraucher statistisch signifikant bessere Ergebnisse als Raucher, obgleich sich auch in den beiden Doxy-Rauchergruppen die Werte verbesserten.

Die Anzahl der Zähne blieb in den Doxy-Nicht-rauchergruppen konstant. In der ¼-Doxy-R-Gruppe gab es einen Zahnverlust von 0,15 und in der ½-Doxy R-Gruppe von 0,2 Zähnen in fünf Jahren. In der ohne Doxy-NR-Gruppe gab es einen Zahnverlust von 0,64 und in der ohne Doxy-R-Gruppe einen Zahnverlust von 0,48 Zähnen in den fünf Jahren.

Der BOP war bei allen Doxy und Rauchergruppen verringert; in der ohne Doxy NR-Gruppe dagegen um 34,9 angestiegen. Das beste statistisch hochsignifikante Ergebnis erreichte die ¼-Doxy-NR-Gruppe mit einer Reduzierung von 67,4.

Die durchschnittliche Taschentiefe reduzierte sich statistisch signifikant in allen Doxycyclin-Gruppen. Das beste Ergebnis erreichte die ¼-Doxy-NR-Gruppe mit einer Reduktion von 0,9 mm, gefolgt von der ½-Doxy-NR-Gruppe 0,4 mm, ¼-Doxy-R-Gruppe und ½-Doxy-R-Gruppe mit je 0,2 mm. In den Gruppen ohne Doxycyclin kam es in den fünf Jahren zu einer statistisch signifikanten Vertiefung der Taschen: In der ½ ohne Doxy NR-Gruppe um 0,8 mm und in der ½ ohne Doxy R-Gruppe um 1,2 mm.

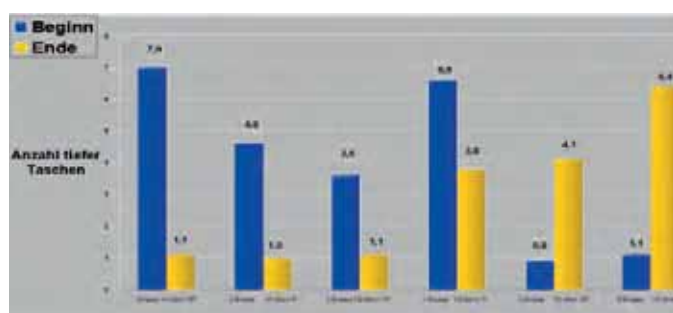
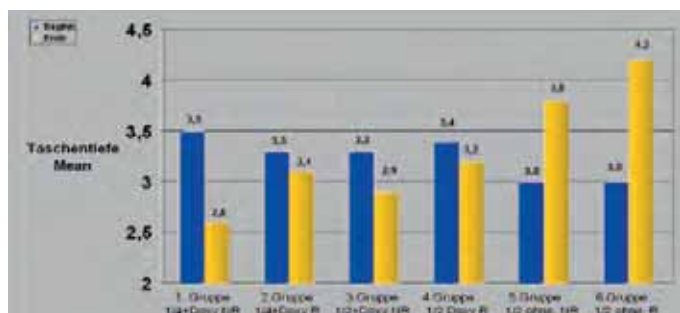
In allen Doxygruppen reduzierte sich die Anzahl der Taschen, die tiefer waren als 5,5 mm, statistisch hochsignifikant. Das beste Ergebnis erreichte die ¼-Doxy-NR-Gruppe mit einer Reduzierung um 5,9 Taschen, gefolgt von der ¼-Doxy-R-Gruppe mit 3,6 Taschen, ½-Doxy NR-Gruppe mit 2,8 Taschen und der ½-Doxy-R-Gruppe mit 2,5 weniger tiefen Taschen. In den Gruppen ohne Doxycyclin wurde die Anzahl der tiefen Taschen im Gegensatz dazu statistisch höchstsignifikant schlechter: In der Gruppe ½ ohne Doxy NR um 3,2 und in der Gruppe ½ ohne Doxy R um 5,3 Taschen.

In Auswertung unserer Untersuchungen kommen wir zu nachfolgenden Ergebnissen:

1. Regelmäßige ½-jährliche PZR ist nicht ausreichend, um den weiteren Knochenabbau zu stoppen.

v.l.n.r.:
Abb. 4 –
Gegenüberstellung
aller Patientengruppen in der durchschnittlichen
Taschentiefe zu
Beginn und zum
Ende der Untersuchungen

Abb. 5 –
Gegenüberstellung
aller Patientengruppen in der Anzahl
der tiefen Taschen
zu Beginn und zum
Ende der Untersuchungen



2. ½-jährliche regelmäßige PZR und Doxycyclin bei Rauchern und Nichtrauchern stoppt den weiteren Knochenabbau bei Empfehlung „Berner Spinne“ ½-jährlich.
3. ¼-jährliche regelmäßige PZR und Doxycyclin bei Rauchern und Nichtrauchern führt zu Attachmentgewinnen.
4. Raucher zeigen schlechtere klinische Ergebnisse als Nichtraucher.
5. Ein ¼-jährliches Recall bei Parodontitis-Risikopatienten (Berner Spinne ¼-jährlich), Rauchern und Diabetikern erzielt signifikant die besten Ergebnisse.
6. Hinsichtlich der Compliance-Bewertung zeigen der Parodontitis Risikopatient (Berner Spinne ¼-jährlich), Raucher und Diabetiker die schlechtesten Ergebnisse.

6. Diskussion

Von insgesamt 1.488 für diese Studie auswertbaren Recallpatienten sind weniger als ein Drittel, nur 29,30 Prozent = 436 Patienten, den Recallterminen regelmäßig gefolgt. Diese Prozentzahlen decken sich mit den Prozentzahlen anderer Studien zum Recallverhalten. Eine positive Compliance unter Praxisbedingungen ist lediglich für 35 bis 60 Prozent der Patienten beschrieben (Mendoza et al. 1991, Novaes et al. 1996, Novaes & Novaes 1999, Ojima et al. 2005).

Die Immunreaktion auf mikrobielle Plaque mit dem Faktor Geschlecht zeigt unterschiedliche Reaktionen (Waschul 2006). Wir haben in allen Vergleichen zwischen den Patientengruppen keine signifikanten Unterschiede in der prozentualen Zusammensetzung männlich/weiblich festgestellt.

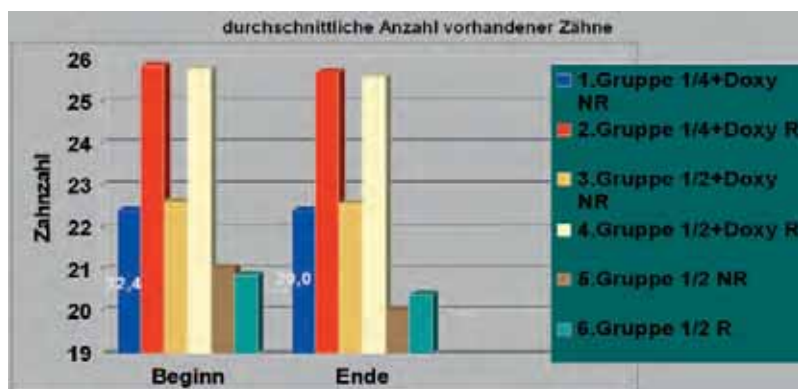
Sehr viele Autoren haben sich mit der regelmäßigen Erhaltungstherapie auseinandergesetzt. Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass die regelmäßige professionelle Zahnreinigung im individuell richtigen Abstand ausreicht, um die parodontalen Destruktionsvorgänge zu beenden. Die entscheidenden Kriterien sind hierbei die Mitarbeit und Motivation der Patienten, die Regelmäßigkeit und der individuell richtige Abstand der PZR (Flores-de-Jacoby 1991, Heide- mann et al. 2005, Hellwege 1999, Kleber 2000, Rateitschak & Wolf 2004).

Im Gegensatz zu diesen Autoren kommen wir mit unseren Untersuchungen nicht zu dem Ergebnis, dass professionelle Zahnreinigung im richtigen individuellen Abstand vor parodontaler Destruktion schützt. Unsere fünfte Gruppe (PZR ohne Doxy NR) zeigte in dem Fünf-Jahres-Kontrollzeitraum parodontale Destruktionszeichen und parodontalen Zahnverlust.

Wie Zetner & Stoian (2005) in Tierversuchen nachweisen konnten, führt die lokale Applikation von Doxycyclin in Knochentaschen zu einer beschleunigten Regeneration, zu einem ausgeglichenem Bone Remodelling, zu einem parodontalen Bone Modelling. In unseren Untersuchungen kamen auch wir zu dem Resultat, dass in den Patientengruppen, die regelmäßig lokal Doxycyclin erhalten, die Anzahl der tiefen Zahnfleischtaschen weniger wurden, die durchschnittliche Taschentiefe und der BOP sich verringerte. Die Doxygruppen hatten keinen Zahnverlust über fünf Jahre.

Bei Rauchern verläuft die Parodontitis doppelt so schnell mit doppelt so schnellem Knochenabbau (Bolin et al. 1993). In unserem Vergleich fünfte Gruppe Nichtraucher / sechste Gruppe Raucher ohne lokales Doxycyclin kommen wir zum gleichen Ergebnis trotz regelmäßiger PZR. Ryder et al. (1999) kategorisierten ihre Teilnehmer in Nichtraucher, ehemalige Raucher und Raucher. In der Untersuchung wurde deutlich, dass in der mit Doxycyclin behandelten Gruppe generell keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den drei Raucherkategorien festgestellt wurden. Auch in unseren Untersuchungen können wir dieses bestätigen.

Abb. 6 – Gegenüberstellung der Anzahl der Zähne



7. Schlussfolgerungen

In unserem Therapiebestreben ist das Ziel die Zahnerhaltung. In der Abb. 6 ist die durchschnittliche Anzahl der Zähne in den Gruppen gegenübergestellt. Die Abb. 6 zeigt, dass in allen Patientengruppen mit ergänzender Doxycyclinapplikation in dem Fünf-Jahres-Kontrollzeitraum es zu keinem Zahnverlust kam. In den beiden Kontrollgruppen ohne Doxycyclin konnten wir in den fünf Jahren einen Zahnverlust feststellen.

Unsere Untersuchungen lassen die Schlussfolgerung zu: Bei Patienten, die nach dem Risikoprofil „Berner Spinne“ in ein ¼-jährliches Recallsystem integriert werden, zeigt eine, die konventionelle Therapie ergänzende, subgingivale Doxycyclin-Applikation höchst signifikante klinische Vorteile. Patienten, die dem ½-jährlichen Risikoprofil zugeordnet werden, haben keine direkte Indikation zur parallelen subgingivalen Doxycyclinapplikation, da sie kein erhöhtes parodontales Risiko haben. Bei Rauchern und Diabetikern ist eine subgingivale Doxycyclinapplikation als Ergänzung zur konventionellen Therapie sinnvoll.

8. Therapieempfehlung

Parodontalerkrankungen sind weit verbreitet. Jeder Zahnarzt sieht jeden Tag derartige Pati-

enten. Genau wie die Kariesentfernung gehört auch die Parodontaltherapie in die Hand jedes Zahnarztes. Die adjunktive Doxycyclintherapie stellt eine solide nichtchirurgische Therapievariante dar und sollte alternativ in die Überlegungen aller Zahnärzte einbezogen werden. Doxycyclin bekämpft die Entzündung, lindert die Beschwerden und fördert die Heilung. Nicht nur in der Parodontaltherapie, sondern schnell wirksam und unkompliziert bei allen lokalen entzündlichen Geschehen (Dolor Post, Dentito, OP-Schutz und Nachsorge, Granulom ...).

Im Gegensatz zu allen anderen bekannten Therapievarianten hemmt Doxycyclin den Knochenabbau. Doxycyclin greift direkt in den Knochenabbauprozess ein. Alle anderen Therapievarianten versuchen nur die Qualität und Quantität der Mikroflora zu beeinflussen. Indirekt, über die dann weniger pathogen wirkende Kraft, reguliert sich die Immunantwort. Nur Doxycyclin kann am lokalen Wirkort direkt die aktivierten Osteoklasten hemmen, unabhängig von der Immunreaktion.

Weitere Informationen rund um das Doxycyclin, einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe, können beim Autor erfragt werden. Außerdem bietet die LZÄKB einen Zusatzkurs zum Thema „Neue Therapieansätze in der Parodontologie“ an – Details finden Sie nebenstehend. ●

ZP 01/13
 Neue Therapieansätze in der Parodontologie
 Referent:
 Dr. Ronald Möbius
 M.Sc. - Parodontologie, Brüel
 Datum:
 22. März 2013
 Uhrzeit:
 14:00 bis 20:00
 Ort: Potsdam
 Punkte: 9
 Gebühr: 160,- €
 Anmeldungen sind noch online über www.lzkb.de möglich.



JETZT ANMELDEN,
 im April 2013 starten und
 bereits im April 2014 DH sein!

DH SEMINAR
 PFAFF BERLIN

Philipp-Pfaff-Institut
 Alsmannshauser Str. 4-6
 14197 Berlin

Frau ZÄ Ilona Kronfeld-Möhning
 ilona.kronfeld@pfaff-berlin.de
 030 414725-18

Sie möchten DH werden? Dann vereinbaren Sie mit uns einen individuellen Beratungstermin! Details unter 030 414725-18

Curriculum Kinderzahnheilkunde zu empfehlen

Die zahnärztliche Behandlung von Kindern stellt in vielen Aspekten eine große Herausforderung dar. So waren beispielsweise im Land Brandenburg nur 19,9 Prozent aller kariösen Zähne der Ein- bis Dreijährigen saniert.

Autorin: Dr. Melanie Kunze,
Berlin

Die erste Hürde ist, den kleinen Patienten ins Behandlungszimmer zu locken und wenn möglich sogar auf dem Zahnarztstuhl zu platzieren. Wenn man Glück bzw. glücklicherweise ein Gespür für Kinder hat, schafft man es, in den Mund des Kindes zu schauen und stellt fest, dass die Zahnbürste sich leider nur selten in den Kindermund verirrt hat, die Milchmolaren kariös zerstört sind und die Frontzähne fisteln. Und nun?!

Bei einem Erwachsenen ist die Kunst der Behandlung das Ergebnis. Eine schöne Füllung, eine exakte Wurzelkanalbehandlung, eine naturgetreue Versorgung. Beim Kind fängt die Kunst schon vor der Behandlung an: Wie ist der Umgang mit den Begleitpersonen? Wie schaffe ich eine Vertrauensbasis mit dem kleinen Patienten? Welche Therapieform ist richtig – je nach Alter des Patienten? Ist man im Behandeln von Kindern zwar schon geübt, so gibt es dennoch wirtschaftliche Aspekte, die überdacht werden sollten, damit alle Bemühungen entsprechend honoriert werden.

Am Curriculum Kinder- und JugendzahnMedizin am Philipp-Pfaff-Institut Berlin nahmen viele Kollegen unterschiedlichen Wissenstandes in Bezug auf die Kinderzahnheilkunde teil. Viele hatten bereits reichlich Erfahrung in der Kinderbehandlung sammeln können und nutzten den Kurs zur Intensivierung ihres Wissens oder zur Abklärung von (neuen) Behandlungsmethoden. Einige jedoch wussten sehr wenig über die Behandlung von Kindern, weil der praktische Teil an den Universitäten einfach zu kurz kommt und man im Berufsleben entweder gar nicht erst Kinder behandelt oder nur notdürftige Behandlungen durchführt – man ist fachlich einfach zu unsicher.

Curriculum für Zahnärzte mit viel oder wenig Erfahrung

Für beide Gruppen hat der Kurs das richtige Wissensspektrum angeboten. Für Zahnärzte, die auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde noch wenig Erfahrung haben, bietet der Kurs den richtigen Einstieg in die Kinderzahnheilkunde und nimmt alle Ängste, die man gegebenenfalls vor der Behandlung der Kleinen hat. Für die schon geschulten Kollegen waren die zusätzlichen Hilfestellungen während der eigentlichen Kinderbehandlung oder Informationen zu bestimmten Materialien von großer Bedeutung.

In angenehmer und entspannter Atmosphäre trugen die Referenten die jeweiligen Seminartemen vor, wobei der praktische Teil stets im Vordergrund stand. Man erfährt und erlernt die korrekte Vorgehensweise einer jeden Kinderbehandlung – so zum Beispiel zur Pulpotomie, zur endodontischen Behandlung oder zum Setzen einer Kinderkrone. Dazu gehörten ebenfalls Tipps und Tricks, auf die man nicht gekommen wäre oder auf die die schon geschulten Kollegen gewartet haben.

Prof. Dr. Christian
H. Splieth
beglückwünscht
Dr. Melanie Kunze
zum erfolgreichen
Abschluss des
Curriculums am
Philipp-Pfaff-Institut
in Berlin



Sehr gut waren auch die Seminarthemen in Bezug auf die Abrechnungsmethoden und -möglichkeiten, da die Behandlung der kleinen Patienten schon einen gewissen Mehraufwand erfordert, der dementsprechend honoriert werden sollte bzw. muss. Exkursionen zu Themen wie zum Beispiel Hypnose speziell für Kinderbehandlung waren eine enorm große Bereicherung für das praktische Vorgehen. Alles in allem: Den Kurs „Curriculum Kinder- und JugendzahnMedizin“ am Philipp-Pfaff-Institut habe ich mit Begeisterung verfolgt und möchte ihn unbedingt weiterempfehlen, da die zeitgemäße Kinderzahnheilkunde praxisnah und spannend von den Referenten vorgetragen worden ist und keine Fragen offen blieben. ●

Curriculum Kinder- und JugendzahnMedizin

Kursangebot am Philipp-Pfaff-Institut

Erster Termin 2013:

22. März, 14:00 bis 19:00 Uhr

23. März, 09:00 bis 17:00 Uhr

(insgesamt zehn Veranstaltungstage)

Moderator:

Prof. Dr. Christian H. Splieth (Greifswald)

Kursnummer: 4020.7

Fortbildungspunkte: 77 + 15

Kursgebühr: 2.775 €

Frühbucher-Kursgebühr: 2.500 Euro (auf Anfrage unmittelbar nach Erhalt des ZBB)

Nähere Informationen in der Kursbörse unter:

www.pfaff-berlin.de

Vortragsreihe zum Patientenrechtegesetz

(ZBB) Das neue Patientenrechtegesetz, welches das Behandlungsrecht sowie Teile des Arzthaftungsrechts regelt, tritt voraussichtlich am 1. März in Kraft. Auch wenn es zunächst den Anschein hat, das Gesetz enthalte kaum Neues, steckt wie immer der Teufel im Detail.

Damit die brandenburgischen Vertragszahnärzte gut gewappnet mit dem neuen Gesetz umgehen können, veranstaltet die KZVLB eine Vortragsreihe zum Thema. Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZVLB, lud dazu zwei Referentinnen ein: Rechtsanwältin Sabrina Sokoloff analysiert das Gesetz. Ihr Part ist es, auf Fallstricke aufmerksam zu machen und den Zuhörern die Knackpunkte nahezubringen. Anja Kotsch, Geschäftsführerin der Dentisratio GmbH, einer privaten Abrechnungsgesellschaft in Potsdam, widmet sich der Patientenaufklärung und den dazu gehörigen Formularen, Rainer Linke steht diesmal nur selten selbst am Rednerpult, sondern sorgt aus dem Hintergrund mit seinem tiefen Wissen immer wieder für die nötige Realitätsnähe.

Nach einer etwas holprigen Premiere im Potsdamer Kongresscenter gelingt den Referentinnen

inzwischen ein interessanter Nachmittag mit umfangreichen, einander ergänzenden Informationen, die das spröde Thema besser greifbar machen (siehe auch S. 22).

Auch wenn – was keinen Zahnarzt freut – mit dem Gesetz Bürokratie und Dokumentationsaufwand zunehmen, ist es doch angezeigt, sich damit auseinanderzusetzen. Zwei weitere Vorträge im März in Templin und Frankfurt/O. bieten dazu Gelegenheit. ●

Vortragsveranstaltungen zum Patientenrechtegesetz:
13. März: Templin
15. März Frankfurt/O.
Restplätze buchen unter:
0331-2977-336

Sabrina Sokoloff,
Anja Kotsch, Rainer
Linke (v. l.)



Senioren – eine Herausforderung für die Praxis

Ältere, alte und hochbetagte Menschen sind in der zahnärztlichen Praxis nicht einfach nur Patienten, die auf Grund ihres Alters mehr Hilfe und Unterstützung benötigen. Der Arbeitskreis Behindertenbehandlung nahm sich dieses Themas an.



Dipl.-Stom.
Bettina Suchan,
Vorstandsmitglied
der LZÄKB und
Referentin für
Zahnärztliche
Behandlung von
Menschen mit
Behinderungen

Autorin: Dipl.-Stom. Bettina Suchan
Lauchhammer

Senioren sind Leute, die bereits ein sehr langes Leben hinter sich und damit Erfahrungen gesammelt haben, durch die sie geprägt werden. Prof. Dr. Ina Nitzschke von der Universitätsklinik Leipzig stellte dies in ihrem Vortrag während der jährlichen Fortbildungsveranstaltung des Arbeitskreises zur zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen anschaulich dar.

Besuchsverhalten ändert sich

Dass ein Behandlungsbedarf natürlich auch bei älteren Patienten vorliegt, ist klar. Aber das Besuchsverhalten ändert sich. Patienten, die immer selbständig und regelmäßig zum Zahnarzt gekommen sind, bleiben plötzlich weg. Von den Patienten im Alter bis zu 85 Jahren besuchen noch 60 Prozent regelmäßig den Zahnarzt. Bei den Patienten über 85 Jahre gibt es einen schlagartigen Abbruch auf 30 Prozent. Von den 95-jährigen und älteren Patienten kommen nur noch maximal 20 Prozent in die zahnärztliche Praxis. Werden die Patienten gefragt, warum sie nicht mehr regelmäßig zum Zahnarzt gehen, wird am häufigsten: „Kein Grund – alles in Ordnung.“ genannt. Zahnarztbesuche finden mit zunehmendem Alter nur

Referentin
„hautnah“: Prof.
Dr. Ina Nitzschke
(l.) im Gespräch
mit Teilnehmern
des Arbeitskreises
Behinderten-
behandlung.

noch anlassbezogen statt. In den meisten Fällen sind die Patienten im hohen Alter auf fremde Hilfe angewiesen und können nur noch mit Begleitung zum Zahnarzt kommen. Damit treffen nicht selten drei unterschiedliche Generationen in der Praxis aufeinander: der Patient, die Angehörigen und das Personal der Zahnarztpraxis. Um dabei bereits vorprogrammierte Missverständnisse zu vermeiden, ist sehr viel Sensibilität vonseiten des zahnärztlichen Teams erforderlich.

Ältere Menschen sind oft der englischen Sprache nicht mächtig. Im Gespräch mit einem alten Menschen sollten also deutsche Begriffe verwendet werden, damit er diesem auch folgen kann. So können wir einen älteren Patienten nicht einfach fragen, ob er am „Recall“ teilnehmen möchte. Bei ihm muss die Frage lauten, ob er an den nächsten fälligen Zahnarztbesuch erinnert werden möchte. Auch bei der Behandlung sollte man unbedingt darauf achten, was der Patient möchte, und nicht, was Angehörige als gut für den Patienten empfinden.

Die Selbstbestimmung des Patienten hat immer noch oberste Priorität. So hat die Aussage von Prof. Nitzschke: „Wenn jemand sein ganzes Leben keine Mundhygiene betrieben hat, hat er auch im Alter ein Recht darauf, das weiter zu tun.“ sicher erst einmal für Befremden unter den Teilnehmern gesorgt. Unterm Strich trifft sie aber genau den Punkt: Der Wille des Patienten steht immer über unserem zahnärztlichen Handeln. Diesen zu beachten und eine auf das jeweilige Alter abgestimmte Versorgung zu finden, stellt auf jeden Fall eine Herausforderung für jede Praxis dar. Anregungen und Hinweise dafür vermittelte Prof. Nitzschke sehr praxisnah und gab den Teilnehmern damit für den Umgang mit Senioren wichtige Hilfestellungen mit auf den Weg. ☹



Über Behandlungskosten offen sprechen

Die Einwilligung des Patienten in die Behandlung setzt zwingend die vorangegangene Aufklärung über Behandlungsalternativen, deren Risiken und Erfolgschancen voraus. Nicht selten spielt auch die Kostenfrage – die „wirtschaftliche Aufklärung“ – eine Rolle.

Autor: RA Sven Hennings,
CausaConcilio Hamburg/Kiel

Anders als im Bereich der allgemeinmedizinischen Behandlung erweist sich die wirtschaftliche Aufklärungspflicht im Bereich der zahnärztlichen Behandlung als besonders bedeutsam. Denn während die Kostenträger – gleich, ob es sich um gesetzliche oder private Krankenversicherer handelt – die Kosten der allgemeinmedizinischen Behandlung regelmäßig übernehmen, ist dies bei zahnmedizinischen, insbesondere prothetischen Behandlungen anders. Die Gründe sind durchaus vielfältig. Einerseits können die im Regelfall bestehenden Behandlungsalternativen, andererseits auch Fragen der medizinischen Notwendigkeit für den Entschluss des Patienten, sich für die eine oder andere Versorgungsform zu entscheiden, bedeutsam sein.

Auch über (teurere) Alternativen aufklären

Stehen echte Behandlungsalternativen zur Wahl, so hat der Zahnarzt seinen Patienten darüber aufzuklären. Diese medizinische Aufklärungspflicht besteht auch dann, wenn die eine oder andere Versorgungsform zu einer höheren Kostenbelastung führt. Denn der Zahnarzt darf nicht simpel unterstellen, der Patient würde beispielsweise (nur) die Erneuerung einer alten, nicht mehr funktionsfähigen Prothese wünschen. In einem vom OLG Koblenz am 20. Juli 2006 entschiedenen Fall versorgte der Zahnarzt keramisch verblendete Metallkronen auf den noch fünf vorhandenen Zähnen im Oberkiefer, die brückenförmig miteinander verblockt, teilweise mit Wurzelstiften versehen waren. Er hatte es versäumt, auf bestehende Alternativen, insbesondere die einer implantatgetragenen Brücke hinzuweisen. Die Notwendigkeit, auf Behandlungsal-

ternativen hinzuweisen, besteht insbesondere dann, wenn nicht nur eine gleichwertige Versorgungschance, sondern eine alternative Behandlungsmöglichkeit besteht, die eher geeignet ist, langfristig die Kau- und Sprechfunktion zu sichern. Verletzt der Zahnarzt diese Pflicht, auf ernsthaft in Betracht kommende Behandlungsalternativen hinzuweisen, kann sich der Patient auf die fehlende Einwilligung, mindestens aber darauf berufen, sich in Kenntnis möglicher Behandlungsalternativen in einem Entscheidungskonflikt befunden zu haben. Die Beweislast für eine tatsächlich erfolgte Aufklärung einschließlich möglicher Behandlungsalternativen trägt stets der Zahnarzt.



Rechtsanwalt Sven Hennings,
Fachanwalt für
Medizinrecht



Heil- und Kostenplan bringt Transparenz

Anders stellt es sich im Bereich der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht dar. Nach ständiger Rechtsprechung handelt es sich hier um eine vertragliche Nebenpflicht des Zahnarztes, deren Verletzung grundsätzlich der Patient zu beweisen hat. Gelingt ihm dies, geht der Zahnarzt regelmäßig seines entsprechenden Honoraranspruchs verlustig.

Patienten brauchen eine gründliche Aufklärung über die geplante Behandlung und deren Kosten.

Das heißt, der Patient muss nichts „dazubezahlen“. Grundsätzlich wird der Zahnarzt seine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung durch Überlassung eines Heil- und Kostenplanes an den Patienten vor Behandlungsbeginn erfüllen. Richtigerweise gehört es insoweit nicht zu den Pflichten des Zahnarztes zu überprüfen, ob die (private) Krankenversicherung die entsprechenden Leistungen im Rahmen des Versicherungsvertrages übernimmt. Ist dem Zahnarzt jedoch bekannt, dass die Krankenversicherer bestimmte Leistungen als medizinisch nicht notwendig ansehen und sich regelmäßig der Kostenerstattung entziehen, muss der Zahnarzt seinen Patienten auf diesen Umstand hinweisen.

Diese Informationspflicht gilt erst recht im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Man wird konstatieren müssen, dass der Zahnarzt aufgrund der vorhandenen Richtlinien weiß, wenn er dem Patienten eine über den vorgesehenen Standard hinausgehende Leistung empfiehlt. Bietet beispielsweise die Versorgung mit einer Teleskopprothese gegenüber der Modellgussprothese höhere Erfolgschancen, so ist eben auch der gesetzlich versicherte Patient auf diese Behandlungsalternative hinzuweisen und darüber hinaus wirtschaftlich darüber aufzuklären, dass die Versorgung mit der Teleskopprothese einen höheren Eigenanteil verursacht. Nur der so aufgeklärte Patient kann schließlich entscheiden, welche der Behandlungsalternativen er vorzieht und auch bezahlen möchte.

Wenn Abrechnungsgesellschaft, dann Einwilligung des Patienten


Entscheidet sich der Patient für eine besonders kostspielige Versorgung, ist das entsprechende Honorar noch keineswegs auf dem Konto des Zahnarztes gelandet. Neben der Möglichkeit, Vorauszahlungen zumindest für die zahntechnischen Arbeiten zu vereinbaren, bedienen sich Zahnärzte zunehmend der Einschaltung externer Abrechnungsgesellschaften.

Im Wege des Factoring verkauft der Zahnarzt die gegenüber dem Patienten bestehende

Forderung an die Abrechnungsgesellschaft, die die Forderung in eigenem Namen und auf eigenes Risiko einzieht. Der Vorteil für den Zahnarzt besteht darin, seine Honorarforderung abzüglich entsprechender Bearbeitungsgebühren sofort ausgezahlt zu erhalten. Nach der Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 20. Mai 1992 – VIII ZR 240/91) bedarf es vor der Abtretung der Honorarforderung an die Abrechnungsgesellschaft der ausdrücklichen – aus Beweisgründen schriftlichen – Einwilligung des Patienten, denn im Zuge der Abtretung werden der Abrechnungsgesellschaft die für die Berechnung der Honorarforderung erforderlichen Unterlagen, zum Beispiel Diagnosen, Therapieschritte etc. überlassen.

Diese Daten unterliegen unstreitig der ärztlichen Schweigepflicht, sodass eine Weitergabe der Abrechnungsunterlagen durch den Zahnarzt an Dritte eben der entsprechenden Einwilligung des Patienten bedarf.

Nicht pauschal Einwilligung einholen

Mitunter werden Patienten bereits anlässlich des ersten Praxisbesuches gebeten, ihre Einwilligung zur Weitergabe zwecks Abrechnung durch die Abrechnungsgesellschaft zu erteilen. Häufig jedoch steht zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht fest, dass der Patient Leistungen in Anspruch nimmt, die er privat zu tragen hat. Der Hamburgische Datenschutzbeauftragte hat ein derartiges Vorgehen beanstandet und datenschutzrechtliche Einwände erhoben. Solange noch nicht feststeht, ob überhaupt (Zu) Zahlungen durch den Patienten zu leisten sind, handele es sich um eine unzulässige Vorratsdatenspeicherung, wenn eine Einwilligung zur Weitergabe der Patientendaten zum Zwecke der Bonitätsprüfung bzw. Abrechnung eingeholt wird. Dieser Rechtsauffassung ist zuzustimmen. Deshalb sollte die Einwilligung des Patienten zur externen Abrechnung und einer Bonitätsprüfung tatsächlich erst dann eingeholt werden, wenn eine konkrete Vereinbarung über die privat Zahnärztliche Leistung getroffen wurde und die Behandlung unmittelbar bevorsteht. 

Schweigepflicht bei Kooperationen

Sowohl nach der Berufsordnung als auch strafrechtlich ist der Zahnarzt verpflichtet, über alles, was ihm als Zahnarzt anvertraut wurde, gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren. Große Unsicherheit herrscht jedoch bei zahnärztlichen Kooperationen.

Autor: RA Peter Ihle,
ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Kennzeichen einer Berufsausübungsgemeinschaft ist, dass zwei oder mehr Zahnärzte ihren Beruf gemeinsam ausüben. Sie führen einen gemeinsamen Patientenstamm und eine gemeinsame Patientenkartei. Nach außen treten sie gemeinsam auf.

Die Behandlungsverträge werden nicht mit dem einzelnen Zahnarzt, sondern mit der Berufsausübungsgemeinschaft als solcher geschlossen. Zahnärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft behandeln die Patienten gegebenenfalls gemeinsam bzw. vertreten sich wechselseitig. Daraus folgt, dass jeder Patient explizit oder konkludent darin einwilligt, dass jeder an der Berufsausübungsgemeinschaftspraxis beteiligte Zahnarzt auf seine Patientendaten zugreifen kann. Die Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht stehen dem nicht entgegen. Bei einer Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft hat grundsätzlich der Patient zu entscheiden, welcher Zahnarzt seine Patientendaten nach dem Ende der Gemeinschaftspraxis erhält und weiterführen soll. Eine Duplizierung der elektronischen oder konventionellen Patientenkartei ist aus datenschutzrechtlichen Gründen zu vermeiden.

Jedem sein Patient

Anders verhält es sich bei der Praxisgemeinschaft. Die Praxisgemeinschaft ist eine reine Organisationsgemeinschaft zur gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen, Praxiseinrichtungen oder gemeinsamen Inanspruchnahme von Praxispersonal bei ansonsten selbstständiger Praxisführung. Wesentlich ist, dass jeder an der Praxisgemeinschaft beteiligte Zahnarzt einen eigenen Patientenstamm, eine eigene Patientenkartei unterhält und der selbstständigen

privat- und vertragsärztlichen Abrechnung unterliegt. Jeder Zahnarzt einer Praxisgemeinschaft behandelt nur seine eigenen Patienten und ist verpflichtet, hierüber eine eigene, für seine Praxiskollegen nicht zugängliche Dokumentation zu führen.

Das heißt, dass die Mitglieder einer Praxisgemeinschaft auch untereinander die ärztliche Schweigepflicht zu beachten haben. Aus diesem Grund sind getrennte Behandlungsaufzeichnungen zu führen. Die Karteikarten sind getrennt zu verwahren. Bei einer elektronischen Dokumentation ist durch Passwörter sicherzustellen, dass die anderen an der Praxisgemeinschaft beteiligten Zahnärzte nicht auf die Patientendaten zugreifen können. Außerdem muss durch organisatorische Maßnahmen gewährleistet sein, dass nicht zufällig Informationen über einen Patienten anderen Mitgliedern der Praxisgemeinschaft bekannt werden. Dies bedeutet, dass auch das in der Praxisgemeinschaft beschäftigte Personal entsprechend zu instruieren ist und die Patientendaten des einen Behandlers nicht an den anderen Behandler ohne Einwilligung des Patienten übermitteln darf.

Die Beendigung einer Praxisgemeinschaft bereitet jedenfalls in datenschutzrechtlicher Hinsicht in der Regel keine größeren Probleme. Löst sich die Praxisgemeinschaft auf, so nimmt jeder Zahnarzt seine Patientenakten mit. ●



Hauptgeschäftsführer der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, RA Peter Ihle; Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Nachdruck aus „dens 8-9/2012“

Das neue Patientenrechtegesetz

Das Gesetz tritt voraussichtlich am 1. März in Kraft. Die Meinungen darüber reichen von: „Wenig Neues“ bis: „Vorsicht, das Gesetz enthält brisante Änderungen, die zunächst kaum ins Auge fallen“. Was kommt nun wirklich auf die Zahnärzte zu?



Rechtsanwältin
Sabrina Sokoloff
Chausseestr. 105
10115 Berlin-Mitte
Tel: 030-21913534
Fax: 030-21913535
www.sokoloff.de
kanzlei@sokoloff.de

*Autorin: Rechtsanwältin Sabrina Sokoloff,
Berlin*

Der Bundestag hat am 29. November 2012 das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“, kurz „Patientenrechtegesetz“ beschlossen. Zur Zeit befasst sich damit noch der Bundesrat, der dem Gesetz allerdings nicht zustimmen muss. Die Bundesregierung rechnet mit einem Inkrafttreten zum 1. März 2013. Es sitzt also in den Startlöchern. Das Patientenrechtegesetz regelt das Behandlungsrecht einschließlich Teile des Arzthaftungsrechts und siedelt dieses in einem neuen Abschnitt (§§ 630a bis 630h) im Bürgerlichen Gesetzbuch an. Für den Zahnarzt weniger von Bedeutung sind daneben kleinere Änderungen im SGB V, in der Patientenbeteiligungsverordnung sowie im Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Bleibt alles beim Alten oder lauert Gefahr?

Das Gute vorweg: Die von Patientenvertretern über Jahre mit Nachdruck geforderte Beweislastumkehr für sog. einfache Behandlungsfehler wird es zum Glück nicht geben. Der Zahnarzt, der nur seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht, wird also keiner grundsätzlichen Gefährdungshaftung und damit keinem generellen Behandlungsfehlerverdacht ausgesetzt, wenn der Patient eines Tages auf die Idee kommt zu behaupten, ihm sei durch die Behandlung ein Schaden entstanden. Ein solcher Generalverdacht, der Zahnärzte wie Ärzte völlig unverhältnismäßig in ihrem Arbeitsalltag belastet hätte, ist also vom Tisch. Damit bleibt es bei dem von den Gerichten entwickelten Grundsatz, dass nicht der Zahnarzt, sondern der Patient im Regelfall beweisen muss, dass dem Zahnarzt ein Behandlungsfehler mit Schadensfolge unterlaufen ist. Es sei denn, der Be-

handlungsfehler ist nach gutachterlicher Einschätzung als „grob“ zu bewerten. In diesem Ausnahmefall kehrt sich die Beweislast um und der Zahnarzt muss den schwierigen Beweis führen, dass nicht er den Schaden verursacht hat. Das gelingt in den seltensten Fällen. Aber: Dies ist bereits geltende Rechtslage.

Dann gilt also: Weitermachen wie bisher?

Nein, leider nicht! Schon der Name des Gesetzes verrät, dass es aus Sicht der Patienten geschrieben ist. Die schriftliche Begründung des Gesetzgebers bekräftigt dies. Danach soll es die „Transparenz und Rechtssicherheit der Patienten im Behandlungsverhältnis verbessern“. In erster Linie für Ärzte und Krankenhausbehandlungen gedacht, richtet es sich jedoch per definitionem an alle Gesundheitsdienstleister und schließt damit Zahnärzte aller Fachrichtungen und Spezialisierungen ein.

Vorsicht: Höheres Haftungsrisiko

Lange wurde kolportiert und auch geglaubt, das Patientenrechtegesetz solle nur den bisherigen Stand der Rechtsprechung zum Behandlungsverhältnis in Gesetzesform gießen und keine neue Rechtslage schaffen. Selbst in juristischen Fachkreisen kann man immer noch hören, unter dem Strich bleibe ja „eigentlich alles beim Alten“. Also nur viel Lärm um nichts?

Mitnichten, muss man leider sagen. Bei näherem Hinsehen stellt man nämlich fest, dass die Anforderungen sowohl an Information und Aufklärung der Patienten, als auch an die Behandlungsdokumentation deutlich steigen. Der schon jetzt mit jedem Behandlungsverhältnis entstehende bürokratische Aufwand wächst mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes enorm. So lästig es ist - dem entziehen kann sich der

Zahnarzt nicht. Und man kann nur jedem Behandler raten, Vorsorge zu treffen, will er auf der sicheren Seite bleiben. Denn die Patienten erhalten mit dem Patientenrechtegesetz direkt „Mittel und Werkzeuge“ an die Hand, ihren Zahnarzt für seine Behandlung zur Rechenschaft zu ziehen und ihn nach Möglichkeit in Beweisnot zu bringen. Die Folgen können schmerzhaft – und teuer – sein.

Der Behandlungsvertrag und seine Tücken

§§ 630a/b BGB regeln den Behandlungsvertrag. Das mag überraschen, denn dieser ist ja nicht neu und wird gemäß der Rechtsprechung auch weiterhin als Dienstvertrag definiert, nach dem ein **Heilerfolg** gerade nicht geschuldet ist. Dem entsprechend wird durch den Behandlungsvertrag „derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder) zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist“ (§ 630a Abs. 1). Der letzte Nebensatz nimmt speziell Bezug auf Behandlungsverhältnisse mit gesetzlich versicherten und beihilfeberechtigten Patienten. Privat versicherte Patienten sind hier nicht gemeint, denn diese sind stets zu 100 Prozent selbst aus dem Behandlungsvertrag leistungspflichtig, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe sie Kostenerstattung von ihrer PKV verlangen können.

Problem: Der zahnärztliche Behandlungsmaßstab

Auf den ersten Blick auch nicht neu ist Abs. 2, in dem es heißt: „Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ Diese Vorschrift stellt den Leistungsmaßstab für den Zahnarzt auf. An diesem wird seine gesamte Zahnbehandlung gemessen. Warum ist diese Klarstellung so bedeutsam? Klassisch ist der Vorwurf unzufriedener Patienten, eine durchgeführte – beendete

oder abgebrochene – Behandlung habe dem allgemein anerkannten fachlichen Standard nicht entsprochen. Hieran und an die weitere Behauptung, die Behandlung habe einen Schaden verursacht, knüpfen Patienten gerne ihre Forderungen nach Schadenersatz und Schmerzensgeld.

Das sagen Bundeszahnärztekammer und KZBV

Die Klarstellung des zahnärztlichen Leistungsmaßstabs ist also wichtig, hat aber ihre Tücken. In ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum Gesetzentwurf haben die Bundeszahnärztekammer und die KZBV zu Recht kritisiert, dass sich diese Bestimmung nicht problemlos auf die Mehrzahl der Behandlungsfälle, also die Behandlungsverhältnisse mit gesetzlich versicherten Patienten, anwenden lasse. Beide weisen darauf hin, dass der Vertragszahnarzt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Wahl der Behandlungsmethode eben nicht frei, sondern an das SGB V, die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Gesamt- und Mantelverträge nach §§ 82 f. SGB V sowie den BEMA gebunden sei. Sie fordern daher eine Klarstellung zumindest in der Gesetzesbegründung, dass der „konkrete Fall“ entscheiden solle, welche medizinische Behandlung geboten und damit Standard für das jeweilige Behandlungsverhältnis sei. Bundeszahnärztekammer und KZBV gehen davon aus, dass es – zumindest im Rahmen der zu 100 Prozent vertragszahnärztlichen Versorgung – Unterschiede im Leistungsanspruch gesetzlich und privat versicherter Patienten gibt bzw. geben kann. Sie heben auch hervor, dass ein Vertragszahnarzt bei einer allein nach vertragszahnärztlichen Bestimmungen zu erbringenden Behandlung keinem darüber hinausgehenden Anspruch des Patienten auf einen etwaigen „privatzahnärztlichen Behandlungsstandard“ ausgesetzt werden dürfe.

Und so machen es Gerichte

Den Behandlungsmaßstab zu bewerten und im Einzelfall festzustellen, ist im Streitfall Aufgabe

Vortragsveranstaltungen zum Patientenrechtegesetz:
13. März: Templin
15. März Frankfurt/O.
Restplätze buchen unter:
0331-2977-336

Das Bürgerliche Gesetzbuch wird um einen Abschnitt ergänzt. Darin ist der Behandlungsvertrag als neuer Vertragstyp enthalten, der das Verhältnis zwischen Arzt und Patient regeln soll.

der Gerichte. Bisher ist allerdings bei den mit allen Arten von Arzthaftungsfällen betrauten Zivilgerichten nur ein geringer Wille zur Differenzierung beim Behandlungsmaßstab, anknüpfend an die Art der Krankenversicherung der Patienten, zu erkennen. Dies liegt nicht zuletzt an den zahnärztlichen Sachverständigen, die ihrer Prüfung des „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ häufig ausschließlich privat Zahnärztliche Maßstäbe zugrunde legen. Viele Sachverständige gehen davon aus, dass allein zahnärztliche Leistungen, die nach der GOZ abrechenbar sind, den „allgemein anerkannten fachlichen Standard“ definieren. Und dass es somit nur einen einzigen allgemeingültigen Behandlungsmaßstab für die jeweilige Behandlung geben könne. Hier sind vor allem die Rechtsanwälte der Zahnärzte gefordert, das Gericht auf die den Leistungsanspruch des GKV-Patienten beschränkenden Rechtsnormen hinzuweisen und eine entsprechende Berücksichtigung dessen, was der Vertragszahnarzt erbringen darf, auch vom Gutachter einzufordern. Ob der Nebensatz des oben genannten § 630a Abs. 2, „soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ für die genannten Fälle die Lösung sein kann, darf bezweifelt werden. Denn dies setzt ja gerade voraus, dass Zahnarzt und Patient den im einzelnen Behandlungsfall geltenden Maßstab einvernehmlich definiert haben und darüber hinaus eine Vereinbarung treffen, dass von diesem Maßstab abgewichen werden soll. In den genannten Fällen, in denen ausschließlich eine Behandlung im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung – also ohne Zahlung oder sonstige Eigenleistungen – durchgeführt werden soll, besteht nun gerade nicht der Wille der Vertragsparteien, „nach oben“ oder „nach unten“ vom Behandlungsmaßstab abzuweichen. Fazit: Die Gerichte werden auch künftig um die Definition des im jeweiligen Behandlungsfall geltenden Behandlungsmaßstabs nicht herumkommen.

Wie geht man in der Praxis damit um?

Behandlungsverträge mit gesetzlich versicherten Patienten sind häufig „gemischte Verträge“. Je nachdem, ob der Patient Kostener-

stattung nach § 13 Abs. 2 SGB V vereinbart oder einen Wahltarif nach § 53 IV SGB V hat, ob er für Zahnersatz und Kronen einen Festzuschuss erhält, Mehrkosten für einen gleichartigen Zahnersatz zu tragen hat, oder wegen einer andersartigen Versorgung ohnehin alle Kosten abzüglich der Festzuschüsse selbst trägt, sind die Behandlungsverträge sehr unterschiedlich. Das gilt ebenso für den jeweiligen Behandlungsmaßstab – und im Prinzip gilt auch hier für dessen Feststellung das oben Gesagte, nämlich: der Leistungsinhalt bestimmt den Leistungsmaßstab und damit auch den jeweiligen „allgemein anerkannten fachlichen Standard“, an dem die Frage der „lege-artis-Behandlung“ im Streitfall zu messen ist. Hier genau aufzupassen, welche konkrete Behandlungsleistung streitig ist, eine GOZ-Leistung oder eine vertragszahnärztlich regulierte, ist wieder die herausfordernde Aufgabe des Anwalts. Man kann also bereits hier feststellen: Mit dem neuen Gesetz wird es für den Zahnarzt nicht einfacher.

Informationspflichten - Mitwirkung der Vertragsparteien

§ 630c enthält eine ganze Reihe problematischer Vorschriften, mit denen der Zahnarzt sich auseinandersetzen muss. Die geringste Auswirkung hat dabei noch Absatz 1, der lediglich statuiert, dass „Behandelnder und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken“ sollen. § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB verpflichtet des Weiteren den Zahnarzt, dem Patienten die „wesentlichen Umstände“ der Therapie und das vom Patienten zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs zu beachtende Verhalten zu erläutern. Die Informationspflicht bezieht sich insbesondere auf „die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ Diese Information schuldet der Zahnarzt dem Patienten „in verständlicher Weise, zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf“. Mit dieser Regelung setzt der Gesetzgeber die Rechtsprechung der Zivilgerichte zur sog. „therapeutischen Aufklärung“ bzw. zur „Sicherungsaufklärung“ auf Gesetzesebene um.

Wichtig zu wissen ist, dass bisher die Gerichte und nun auch der Gesetzgeber einen Verstoß gegen diese Informationspflicht als Behandlungsfehler – und nicht als Aufklärungsfehler – werten und damit grundsätzlich dem Patienten die Beweislast für den Verstoß auferlegen. Wie die später geregelte Dokumentationspflicht zeigt, ist es jedoch dringend erforderlich, jede dieser „Informationen“ sorgfältig in der Patientenakte zu dokumentieren. Hierauf wird an späterer Stelle noch näher eingegangen.

Neu: Offenbarungspflicht für Behandlungsfehler

Für jeden Zahnarzt ungeheuerlich ist die neu formulierte Forderung des Gesetzgebers in § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB, dem Patienten eigene oder fremde Behandlungsfehler zu offenbaren. Im Gesetz heißt es wie folgt: „Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“ Weiter bestimmt Abs. 2 Satz 3: „Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Abs. 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.“ Diese Vorschrift ist ebenso überraschend wie problematisch. Spontan stellen sich Fragen, wie: Was soll der Zahnarzt im Einzelfall unter „Umständen, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“ verstehen? Was bedeutet „auf Nachfrage“ des Patienten? Wann soll hierüber „ohne Nachfrage“, aber „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ informiert werden? Welche „gesundheitlichen Gefahren“ sind im Rahmen einer Zahnbehandlung überhaupt gemeint? Wie verhält es sich mit der Pflicht zur Selbstbeziehung, wenn der Zahnarzt objektiv erkennbare „Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“ selbst nicht erkennt und deshalb darüber nicht „informiert“, soll er dann trotzdem haften?

Problematisch ist diese Fehleroffenbarungspflicht auch deshalb, weil vom Zahnarzt hiermit weit mehr verlangt wird, als § 630c Abs. 2 BGB im Rahmen der therapeutischen Aufklärung bzw. Information fordert. Zur Beurteilung seiner eventuellen „Selbstbeziehungspflicht“ wird der Zahnarzt nun nämlich auch gezwungen, „Umstände“ des Behandlungsverhältnisses zu bewerten und zugleich festzustellen, ob diese einen Sorgfaltspflichtverstoß oder einen Behandlungsfehler begründen könnten. Ein äußerst komplexes und unklares Unterfangen, dass weder dem Behandlungsauftrag des Patienten entspricht, noch dem vom Gesetzgeber gewünschten Vertrauensverhältnis in irgendeiner Weise dienlich sein wird.

Kritik von Bundeszahnärztekammer und KZBV

Die Bundeszahnärztekammer und die KZBV haben wie auch die Bundesärztekammer und die KBV die neue Fehleroffenbarungspflicht in ihren Stellungnahmen zum Gesetzentwurf stark kritisiert. Sie lehnen diese Verpflichtung übereinstimmend als völlig unverhältnismäßig ab und sehen ihre Durchführung äußerst problematisch. Insbesondere verweisen sie auf den im Strafrecht geltenden Grundsatz „Nemo tenetur se ipsum accusare“, wonach niemand verpflichtet ist, sich selbst zu beschuldigen. Es sei nicht ersichtlich, weshalb dieser Grundsatz im zivilrechtlichen Behandlungsverhältnis nicht gelten solle. Den Gesetzgeber hat die berechtigte Kritik nicht beeindruckt. Seine Bezugnahme auf die fehlende Verwendbarkeit dieser „Information“ im Straf- oder Bußgeldverfahren greift nach Ansicht aller Kritiker jedoch zu kurz, denn es muss in der Tat befürchtet werden, dass eine solche Selbstbeziehung zivilrechtlich, also in einem Zahnarzthaftungsprozess als Anerkenntnis des Zahnarztes gewertet werden wird. Und spätestens dann wird sich die Frage stellen, ob der nemo-tenetur-Grundsatz aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht auch im Zivilrecht gelten muss. ●

Die nächste Folge erscheint in Ausgabe 2/2013 des Zahnärzteblatts.

Niemand ist verpflichtet sich selbst zu beschuldigen heißt es im Strafrecht. Die Fehleroffenbarungspflicht fordert das Gegenteil.

Seit einem Jahr ist das Portal „Z-QMS“ online

Ein Jahr nach der Umstellung von der CD-ROM auf das Internetportal des von Zahnärzten für Zahnärzte entwickelten Qualitätsmanagementsystems Z-QMS kann eine positiv zu betrachtene Bilanz gezogen werden.



ZA Thomas Schwierzy,
Vorstandsmitglied
der LZÄKB

Autor: ZA Thomas Schwierzy,
Strausberg

Seit dem 2. Januar vergangenen Jahres kann sich jedes Mitglied der Landeszahnärztekammer Brandenburg im Internetportal des Zahnärztlichen QualitätsManagementSystems (Z-QMS) registrieren lassen, um es kostenfrei zu nutzen. Nach einem Jahr Laufzeit verzeichnete die LZÄKB erfreulicherweise bereits 501 registrierte Benutzer. An dem gemeinschaftlichen Z-QMS-Projekt sind insgesamt sieben Landeszahnärztekammern beteiligt.

System wird beständig weiterentwickelt

Jährlich findet im Frühjahr ein sogenanntes Partnerkammertreffen statt. Dieses Treffen dient einerseits dem Erfahrungsaustausch der Kammern untereinander, andererseits werden dort Möglichkeiten zur Optimierung des Systems besprochen. Darüber hinaus gibt es jeden Sommer eine Klausurtagung der Entwick-

Bildschirmabdruck
aus dem Z-QMS
zum Thema
„Feedback“

lerkammern bzw. der Projektgruppe Z-QMS, bestehend aus Vertretern der Kammern Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Brandenburg. Gemeinschaftlich wird dort ein Konzept für das jährliche Update erarbeitet. Alle drei Z-QMS-Bereiche – Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – werden auf ihre Aktualität hin überprüft, erweitert und gegebenenfalls korrigiert. Weiterhin werden auch Funktionsoptimierungen und die Anpassung der Funktionen im Zuge der sich stetig wandelnden Anforderungen durch neue Endgeräte – wie Tablett-Computer – besprochen.

Sollten Sie Anregungen zum Z-QMS-Portal haben, können Sie uns Ihre Kritik über die Funktion „Feedback“ innerhalb der Rubrik „Vertragsmappe“ im Z-QMS-Internetportal mitteilen (siehe Abbildung). Wir freuen uns jederzeit über Rückmeldungen, damit das Portal praxisorientiert weiterentwickelt werden kann.

Tägliche Aktualisierungen möglich

Sowohl das Service-Portal als auch die Vertragsmappe sind länderspezifische Abschnitte einer jeden einzelnen (Landes)Zahnärztekammer. Über eine spezielle Software ist es uns möglich, die Bereiche täglich zu aktualisieren bzw. zu erweitern. Insbesondere ist hier auf das Service-Portal „GOZ“, welches im vergangenen Jahr komplett neu aufgebaut wurde, hinzuweisen. Seit Inkrafttreten der GOZ am 1. Januar 2012 erarbeiteten das Referat und der GOZ-Ausschuss zahlreiche Informationsblätter, Formulare und Hinweise zu den neuen Abrechnungsmodalitäten.

Der Bereich Service-Portal „Zahnärztliche Berufsausübung“ wurde zum Beginn dieses Jahres neu strukturiert. Sie finden nunmehr in der Unternavigation des Menüs ausführliche Fakten zu folgenden Themen:

| Ihre Ansprechpartner | Erreichbarkeit | | Telefon/Fax |
|---|----------------|---------------|---|
| | Wenigfügig | Nachmittags | |
| Christina Lohse Zahnärztliche Berufsausübung | 9:00 - 12:00 | 13:00 - 18:00 | Tel.: 0354 3814327 Fax: 0354 3814348 |

- Arbeitsschutz
- Informationen für Praxisbetreiber
- BG-Vorschriften, Regeln, Informationen und Technische Regeln
- Hygiene / Infektionsprävention
- Medizinprodukte / Druckbehälter
- Musterformulare / Informationsblätter
- Stellungnahmen des AKDI

Der neu eingeführte Menüpunkt „Informationen für Praxisbetreiber“ in der Unternavigation vom Hauptmenü „Zahnärztliche Berufsausübung“ ist auch auf der Internetseite der Landes Zahnärztekammer Brandenburg unter: www.lzkb.de zu finden. Er enthält gebündelte Angaben zu den Regelungen der Praxisabfal-

lentsorgung, ein Verzeichnis über die Trinkwasseruntersuchungsstellen des Landes Brandenburg, die Anzeige für bauartzugelassene Abscheideranlagen sowie die Adressen der unteren Wasserbehörden des Landes Brandenburg.

An dieser Stelle möchten wir nochmals auf die neue RKI-Hygienerichtlinie vom Oktober 2012 verweisen. Die wichtigsten Hinweise zur Richtlinie wurden Ihnen bereits in der ZBB-Ausgabe Nr. 6/2012 mitgeteilt. Sie finden die Richtlinie und die entsprechenden Anlagen im Internet unter www.z-qms.de, Bereich Service-Portal >> Zahnärztliche Berufsausübung >> Hygiene und Infektionsprävention. ●

Warnung vor Verschleiß am Röntgensystem Crystal

(ZBB) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) warnt vor einem besonderen mechanischem Verschleiß des RG1 Crystal Röntgensystems. Im Land Brandenburg sind diese Geräte nach unserer Kenntnis nicht in Betrieb. Aber beim Kauf eines gebrauchten Gerätes sollte diese Information unbedingt beachtet werden. Hier der Wortlaut der Information vom 23. Januar 2013 des BfArM:

„Das Vorkommnis betrifft das Schwenkbügelstativ des RG1 Crystal Röntgensystems vom Hersteller XCAN AG (CH), der ohne Rechtsnachfolger in Konkurs gegangen ist. Das Vorkommnis wurde von der Firma MTS Maschinenbau AG in Bilten (CH) untersucht, die im Zeitraum 2005 bis 2010 Zulieferer der mechanischen Stative war. Die Fehleranalyse ergab, dass die Fallbremse (Safety Catch) bei einem Seilriss den Querarm nicht aufhält und dieser zu Boden fällt. Das Seil ist ein Verschleißteil und sollte laut Herstellerangaben alle zehn Jahre getauscht werden. Die MTS Maschinenbau AG hat festgestellt, dass sich ein Seilriss bei intensiver Nutzung auch vor Erreichen der zehn Jahre ereignen kann und empfiehlt von jetzt ab, einen Seilwechsel **alle 80.000 Aufnahmen** oder bei Erreichen von **zehn Betriebsjahren** durchführen zu lassen. Die Fallbremse soll bei einem Seilriss das Herabfallen des Querarms

verhindern, was im vorliegenden Fall nicht funktioniert hat. Die MTS Maschinenbau AG vermutet einen Zusammenhang zur Bremskraft der Betriebsbremse (Scheibenbremse), die die vertikale Position des Querarms im Betrieb sichert. Eine zu hohe Bremskraft führt unter bestimmten Bedingungen, wenn zum Beispiel der Seilriss hinter der Scheibenbremse eintritt, zur verzögerten/schleichenden Entlastung des Zugseils, wodurch die Fallbremsplatte zu wenig Schwung hat, um sich auf der Vertikalschiene einzukerben. Da die Fallbremse (Safety Catch) bei älteren baugleichen Stativen mit kleiner dimensionierter Betriebsbremse im Falle eines Seilrisses bisher immer einwandfrei funktioniert hat, wurde entschieden, die Bremskraft auf die des alten Bremsenmodells zu reduzieren.

Die Firma MTS Maschinenbau hat alle ihr bekannten Kunden über die neuen Austauschintervalle für das Zugseil und die notwendige Justierung der vertikalen Scheibenbremse auf eine Bremskraft <300N informiert und bietet Schulungen für die Servicearbeiten an.

Das BfArM hält auf Basis der vorliegenden Informationen eine zeitnahe Umsetzung der von der MTS Maschinenbau empfohlenen Maßnahmen weiterhin für dringend erforderlich. ●



CRYSTAL LT201 –
Orthoxcan / XCAN
AG

Delegation kontra Substitution am Stuhl

Wie weit geht die Delegation zahnärztlicher Leistungen, die Übertragung von Zuständigkeiten? Und wann beginnt die Leistung einer Praxismitarbeiterin eine „Ersatzleistung“ für den Zahnarzt zu sein? Eine grundsätzliche Positionierung.



Dr. Thomas Herzog,
Vorstandsmitglied
der LZÄKB

Autor: Dr. Thomas Herzog
Forst (Lausitz)

Während vor 30 Jahren noch die Reparatur von Zahnschäden die Hauptaufgabe der Zahnheilkunde war, setzte danach zunehmend ein Umdenken, ein Paradigmenwechsel ein: Mehr Prävention und dadurch weniger Restauration. Es entwickelte sich bei den Patienten und den Zahnärzten immer mehr ein Gesundheitsbewusstsein für die Pflege des Kauorgans und zur Vorbeugung von Zahn- und Parodontalerkrankungen. Damit stieg auch die Nachfrage nach professioneller Zahnreinigung.

Delegation bei entsprechender Aus- und Fortbildung möglich

Dieser gestiegene Bedarf ist durch den Praxisinhaber kaum allein zu schaffen und muss zunehmend an qualifiziertes Praxispersonal delegiert werden. Die Kammer unterstützt uns mit entsprechenden Fortbildungsangeboten bei der Qualifizierung unserer Mitarbeiter zur Übernahme delegierbarer Leistungen. Mit dem Überreichen der Dokumente des Berufsabschlusses ist noch lange nicht das Ende der beruflichen Möglichkeiten unseres Fachpersonals erreicht. Die ZFA haben die Möglichkeit, innerhalb der beruflichen Aufstiegsfortbildung sich zur ZMV, ZMP oder DH zu qualifizieren. Dazu steht ihnen beispielsweise das Philipp-Pfaff-Institut in Berlin zur Verfügung. Diese gemeinsame Fort- und Weiterbildungseinrich-

tung unserer Kammer und der Kammer Berlin ist das erste Institut in Deutschland, das eine ISO-Zertifizierung erhielt. Die Abschlüsse des Pfaff-Institutes werden bundesweit anerkannt.

Es gibt sehr aggressive Mitbewerber auf dem Markt, welche ZMP- und DH-Kurse billiger und ähnlich einer Fernschule anbieten. Die Kammern sind durch das Berufsbildungsgesetz gezwungen, die Absolventinnen dieser Kurse ebenfalls zu prüfen. Sicher wird sich zeigen, dass Qualität sich durchsetzt und nicht nur der Preis eines Kurses das entscheidende Kriterium ist.

Wir haben bei der Delegation von Prophylaxeaufgaben im Zahnheilkundengesetz eine sichere rechtliche Grundlage. Der gemeinsame Bundeskonsens für Zahnmedizinische Fachangestellte wurde im Jahre 2008 durch den liberaleren Einsatzrahmen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) abgelöst. Dieser Einsatzrahmen ist als Kommentar zum Gesetz zu verstehen, welcher den Kollegen in den Praxen die Arbeit erleichtern soll. Wir haben den Einsatzrahmen für unseren Kammerbereich so gestaltet, dass er für alle Kolleginnen und Kollegen eine unkomplizierte Hilfe darstellt.

Zu beachten gilt jedoch, dass eine Delegation jeglicher zahnmedizinischer Leistungen an Auszubildende nicht möglich ist. Die Gesetzlichkeiten verbieten dies ausdrücklich; solche Leistungen wären außerdem nicht ab-

Quellen:

- ZA Hans-Joachim Beier: Vortrag Tagung DH der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe am 23. Januar 2013;
Dr. med. Klaus Erler: „Delegation und Substitution“, Zahnärzteblatt Sachsen 01/13; Einsatzrahmen der BZÄK für ZFA vom 2. April 2008
Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundengesetz) vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), zuletzt geändert durch Artikel 33 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)



rechnungsfähig. Dieses Verbot ist keine Willkürmaßnahme des Gesetzgebers, sondern dient der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patienten. Aber nach dem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung zur ZFA steht einer Qualifizierung unserer Mitarbeiter für delegierbare Leistungen nichts mehr im Wege. Prinzipiell ist die Qualifizierung in jeder Praxis möglich, ein Fortbildungsinstitut garantiert in der Regel jedoch ein höheres Niveau der Aufstiegsfortbildung.

Gewarnt wird davor, Aufgaben an Mitarbeiter zu delegieren, für die sie nicht ausgebildet sind. Der Praxisinhaber ist voll verantwortlich für die ordnungsgemäße Ausführung der delegierten Leistung, für die Qualität und den Erfolg oder Misserfolg!

Substitution durch Nichtzahnärzte wird abgelehnt

Hier ist im engeren Sinne die **selbständige** Durchführung von zahnärztlichen Leistungen durch andere Personen als Zahnärzte zu verstehen. Die Politik hat angekündigt, dass sie die Substitution für einen Beitrag zur Lösung

der finanziellen Engpässe im Gesundheitswesen hält, auch im zahnärztlichen Bereich. Substitution wird für die Politik aber umso unattraktiver, je höher die Qualifikation der Person ist, die sie ausführen soll. Ein Hochqualifizierter hat natürlich einen höheren Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen. Damit minimiert sich der gewünschte Einspareffekt.

Eine Substitution zahnärztlicher Leistungen durch Nichtzahnärzte wie DH ist weder erforderlich noch medizinisch vertretbar und wird von den Länderzahnärztekammern und der BZÄK abgelehnt. Diagnose und Therapie gehörten in die Hand der Heilberufe. Bestrebungen der Installation einer Bachelor-DH werden in diesem Zusammenhang sehr kritisch betrachtet.

Bei selbstständiger Berufsausübung am Behandlungsstuhl würde ein Nichtzahnarzt sehr schnell an die Grenzen seiner zulässigen Betätigung stoßen: Injektionen, Aufklappungen, Lappenbildung, Operationen oder Extraktionen sind nach der derzeitigen Fassung des Zahnheilkundegesetzes nur approbierten Zahnärzten vorbehalten. ☹

Bildungsmessen im Land erfolgreich gestartet

(ZBB) Bereits zum zehnten Mal öffneten sich Anfang dieses Jahres die Türen zur Bildungsmesse „IMPULS“ in Cottbus. Es ist stets die erste und gleichzeitig auch die größte Messe ihrer Art im Land. 151 Aussteller beteiligten sich an der Messe. Die LZÄKB gehört von der ersten Messe an zum Stamm der Aussteller, um für den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten zu werben. In diesem Jahr konnten besonders viele interessierte Schüler, Eltern, Lehrer und Multiplikatoren von Agenturen am Stand der Kammer beraten werden. Insgesamt wurden über 5.500 Besucher gezählt.

Die nächsten Bildungsmessen mit Beteiligung der LZÄKB finden am 23. März in Potsdam sowie am 22./23. Mai in Frankfurt (Oder) statt. Ort und Zeiten finden Sie unter: www.lzkb.de >> Kammer >> Bezirksstellen >> Termine. ☹



Mehr Fotos zur Bildungsmesse in Cottbus finden Sie unter: www.lzkb.de >> Archiv >> Fotogalerie.

Wettbewerb um die besten Azubis



und Eon warben auch kleinere Unternehmen für Ausbildungsplätze. Viele Jugendliche – sie kamen häufig in Begleitung der Eltern – stellten gezielte Fragen nach dem späteren Berufsalltag, Karrierechancen und Entlohnung. Für zahnmedizinische Berufe interessierten sich Mädchen und Jungen gleichermaßen, wobei Nachfragen nach Assistenzberufen hauptsächlich von Mädchen kamen. Männliche Besucher erkundigten sich eher nach Ausbildungsmöglichkeiten im Zahntechnikergewerbe. Die Messe zeigte: Der Wettbewerb um die besten Azubis ist in vollem Gange, doch die Anforderungen an die Ausbildung haben sich grundlegend verändert. Ging es vor zehn Jahren noch darum, überhaupt einen Ausbildungsplatz zu ergattern, suchen die jungen Leute heute gezielt nach einem Beruf, der zu ihnen passt und in dem sie sich verwirklichen können – eine Tatsache, die jeder Arbeitgeber bei der Suche nach qualifiziertem Nachwuchs beherzigen sollte. ☹

Dr. Bundschuh empfahl ratsuchenden Schülern ein Schnupper-Praktikum.

(ZBB) Spätestens in der zehnten Klasse sollten Schüler ihre Berufswahl getroffen haben. Wer dann noch keinen Plan hat, ist froh über Beratungsmöglichkeiten, wie auf der Ausbildungsmesse in Teltow, die am 26. Januar bereits zum sechsten Mal im dortigen Oberstufenzentrum stattfand. Alle namhaften Arbeitgeber der Region waren vertreten. Neben Bundeswehr, Telekom

ANZEIGE

zeit für wesentliches [dentisratio]

Unser erfahrenes [dentisratio]-Team erstellt für Ihre Praxis Heil- und Kostenpläne und/oder Liquidationen (GOZ/BEMA)

[dentisratio] unterstützt Ihr Team als Vertretung bei Krankheit oder Mutterschutz sowie in Spitzenzeiten in allen Abrechnungsfragen.

[dentisratio] schult das gesamte Team in allen wichtigen Fragen der Dokumentation und der Abrechnung.

[dentisratio] berät und unterstützt Ihre Praxis beim Umstieg von der Karteikarte in die digitale Praxis.

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und Anforderungen. [dentisratio] ist bereit mehr zu leisten, als Sie erwarten.

**dentisratio GmbH David-Gilly-Str. 1 14469 Potsdam
Tel. 0331 979 155 39 Fax 0331 979 155 47
Mail info@dentisratio.de www.dentisratio.de**

Copyright by 123RF Ltd.

GOZ 2012 im Detail – Teil 5

In dieser Ausgabe folgen die TOP-10-Fragen aus der GOZ-Sprechstunde bzw. dem GOZ-Referat zum Abschnitt G „Kieferorthopädische Leistungen“ und Abschnitt H „Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen“ der GOZ.



Dr. Heike Lucht-Geuther, Vorstandsmitglied der LZÄKB und Vorsitzende des GOZ-Ausschusses

Autorin: Dr. Heike Lucht-Geuther, Hennigsdorf

Frage 1: Ist die adhäsive Befestigung eines Klebebrackets Inhalt der GOZ-Position 6100 oder kann hier zusätzlich die GOZ-Position 2197 berechnet werden?

Die adhäsive Befestigung ist zusätzlich berechenbar. Brackets können mittels Zementen (nicht konditioniert) geklebt oder adhäsiv eingesetzt werden. Die adhäsive Befestigung ist eine mikromechanische Verankerung mit einem adhäsiv befestigungsfähigen Komposite. Dazu müssen Oberflächen konditioniert, also retentiv verändert werden. Da ein Bracket auch nicht konditioniert zementiert werden könnte, ist davon auszugehen, dass der Mehraufwand für die adhäsive Befestigung eine selbständige Leistung darstellt und gesondert berechnungsfähig ist. Die Maßnahmen zur Konditionierung und adhäsiven Verankerung sind hier also nicht mit der Gebühr 6100 abgegolten. Im BZÄK-Kommentar (Stand 21. September 2012) liest sich der Leistungstext für die Position 6100 wie folgt: „Die Leistung 6100 umfasst das Positionieren, die Eingliederung des Brackets und die Überschussentfernung. Die adhäsive Befestigung ... ist von der Leistungsbeschreibung nicht umfasst.“ Die Nummer 2197 kann deshalb neben der Nummer 6100 berechnet werden, wenn die Klebebrackets adhäsiv befestigt werden.

Frage 2: Welche Möglichkeit der Berechnung gibt es für einen Kleberetainer?

Der Retainer kann gesondert nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Nr. 2698 (Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer) berechnet werden.

Frage 3: Wie berechnet man die Entfernung eines Kleberetainers?

Für die Entfernung des Retainers kann die GOÄ-Nr. 2702 (Wiederanbringung einer gelösten Apparatur, ..., auch Entfernung von Schienen) berechnet werden.

Frage 4: Die GOZ 2012 sieht nur „Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten ...“ vor. Welche Möglichkeit der Berechnung gibt es bei Wiederherstellungsmaßnahmen an festsitzenden kieferorthopädischen Geräten/Apparaturen?

Wiederherstellungsmaßnahmen an festsitzenden KFO-Geräten werden analog nach § 6 Absatz 1 GOZ berechnet.

Frage 5: Wie werden Schlafapnoe- bzw. Schnarchschiene berechnet?

Diese Leistungen sind in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen. Die Berechnung erfolgt analog nach § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (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.



Frage 6: Ist im Zusammenhang mit der Eingliederung der semipermanenten Schiene (GOZ-Position 7070) die GOZ-Position 2197 für die adhäsive Befestigung berechnungsfähig?

Die adhäsive Befestigung nach GOZ-Nummer 2197 ist zusätzlich je Interdentalraum berechnungsfähig. Hier noch einmal der BZÄK-Kommentar zur Leistungsbeschreibung der Nummer 7070: „Die Anwendung der Ätztechnik ist obligatorisch. Die Leistungsnummer wird je fixiertem Interdentalraum berechnet. Weitere Maßnahmen zur adhäsiven Befestigung im Sinne eines Konditionierens können zusätzlich berechnet werden.“

Frage 7: Ist die dreimonatige Tragezeit bei einem Langzeitprovisorium (GOZ-Positionen 7080/7090) Pflicht? Wie erfolgt die Berechnung einer nicht abgeschlossenen Leistungserbringung nach diesen Nummern?

Die Abrechnungsbestimmungen sehen vor, dass es sich um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt. Wenn die Tragezeit weniger als drei Monate beträgt, sind anstelle der Leistungen 7080/7090 die GOZ-Nummern:

- 2260 (Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung),
- 2270 (Provisorium im indirekten Verfahren mit Abformung) oder
- 5120 (provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn) und
- 5140 (provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Spanne) berechnungsfähig.

Nur wenn Gründe für eine kürzere Tragedauer vorliegen, die der Zahnarzt nicht zu verantworten hat, kann die Berechnung des Langzeitprovisoriums weiterhin nach Nummer 7080/7090 erfolgen. Solche Gründe könnten bei einer Befundveränderung beispielsweise nach Unfall, bei Tod des Patienten oder bei Praxiswechsel vorliegen.

Mit den Abrechnungsbestimmungen ist die Berechnung von Teilleistungen neben den Nummern 7080 und 7090 ausdrücklich ausgeschlossen. Im Einzelfall können jedoch Behandlungen mit dem Ziel der Eingliederung eines laborgefertigten Langzeitprovisoriums

nicht zu Ende geführt werden. Laut BZÄK-Kommentar ist für diese Fälle die Berechnung nach den Nummern 2230, 2240, 5050, 5060 möglich – also die Berechnung der Teilleistungen für den später geplanten definitiven Zahnersatz: „Für den Fall einer nicht abgeschlossenen Leistungserbringung nach dieser Nummer (7080) sind bereits erbrachte Teilleistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 und 5060 berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich ist, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung

aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.“ „Für den Fall einer nicht abgeschlossenen Leistungserbringung“ (nach Nummer 7090) „sind bereits erbrachte Teilleistungen analog berechnungsfähig.“

Frage 8: Welche Berechnungsmöglichkeiten gibt es für die Anwendung eines Aqualizers?

Der Aqualizer wird regulär nach der Gebührennummer 7000 berechnet.

Frage 9: Können Strahlenschutzschienen, die bei der Bestrahlung von Tumorpatienten zum Schutz der Schleimhäute Anwendung finden, mit der Position 7000 berechnet werden oder erfolgt gemäß § 6 (1) GOZ die Analogberechnung?

Es handelt sich um Schienen, die nicht als Aufbissbehelf dienen. Deshalb erfolgt die Analogberechnung gemäß § 6 (1) GOZ. BZÄK-Kommentierung: „Strahlenschutzschienen, die durch Isolierung von Metallstrukturen im Mund zur Vermeidung von Streustrahlungsschäden an Schleimhäuten bei der Bestrahlung von Tumorpatienten dienen, sind analog zu berechnen.“

Frage 10: Vorausgesetzt, ein Langzeitprovisorium nach GOZ-Position 7080 wird adhäsiv befestigt – besteht dann auch die zusätzliche Berechnungsmöglichkeit der GOZ-Position 2197?

Ja. Die adhäsive Befestigung nach Nummer 2197 ist eine zusätzlich berechnungsfähige Leistung. ●



Fragen und Antworten zur Abrechnung

„Die meisten Menschen wenden mehr Zeit und Kraft daran, um die Probleme herumzureden, als sie anzupacken.“

Henry Ford

Autoren: Rainer Linke,
Anke Kowalski

Unsere Zahnärzte im Land Brandenburg gehören zu den Menschen, die Zeit und Kraft sparen, da um Abrechnungsfragen nicht lange herumgeredet wird, sondern die Probleme bei der vertragszahnärztlichen Abrechnung an uns, die KZV Land Brandenburg, zur Klärung weitergegeben werden; ...und das ist auch gut so, denn so haben alle etwas davon!!! Auch in diesem Jahr veröffentlichen wir in dieser Rubrik des Zahnärzteblattes Ihre häufigsten, Ihre interessantesten und Ihre originellsten Fragen aus dem Praxisalltag und geben gleichlautend unsere Antworten bekannt.

Medikamentöse Behandlung einer Dentitio difficilis

Frage: Welche Geb.-Nr. ist ansatzfähig, wenn eine Dentitio difficilis rein medikamentös behandelt wird; Geb.-Nr. 38 (N) oder Geb.-Nr. 105 (Mu)?

Antwort: Da die Abrechnung der Geb.-Nr. 38 entsprechend dem Leistungsinhalt dieser Gebühr eine Nachbehandlung nach einem chirurgischen Eingriff (nicht im Rahmen der Sofortversorgung der Wunde, sondern als Behandlung in gesonderter Sitzung) voraussetzt, ist wegen der in diesem konkreten Fall nicht vorausgegangenen chirurgischen Behandlung die Geb.-Nr. 38 nicht ansatzfähig. Wird hingegen beispielsweise nach einer Inzision oder Exzision im Zusammenhang mit einer Dentitio difficilis eine medikamentöse Nachbehandlung der Wunde durch Einbringen desinfizierender bzw. die Wundheilung fördernder Substanzen vorgenommen, so wird der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 38 erfüllt.

Fazit: Wird eine Dentitio difficilis rein medikamentös behandelt, so stellt dies eine lokale

medikamentöse Mundbehandlung nach der Geb.-Nr. 105 (Mu) dar.

Entfernung harter Beläge am Implantat

Frage: Kann die Entfernung harter Beläge an einem Implantat nach der Geb.-Nr. 107 (Zst) abgerechnet werden?

Antwort: Ausgehend davon, dass der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 107 als „Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung“ definiert ist, kommt man zu dem Schluss, dass diese Leistung auch wirklich nur für die Beseitigung harter Beläge an natürlichen Zähnen zum Ansatz kommen darf. Eine dahingehende Ausnahmeregelung wurde mit dem BSG-Urteil vom 21.06.2011 (AZ: B1KR 17/10 R) entschieden. Nach diesem Urteil haben Versicherte gegen ihre Krankenkasse dann den Anspruch auf die Entfernung harter Beläge von im Mund verbleibender Zahnimplantate, wenn die Implantatversorgung selbst zu Lasten der Krankenkasse erfolgte. Dies wiederum ist nur dann gegeben, wenn es sich um Ausnahmeindikationen gem. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V (z. B. bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten, bei generalisierter Nichtanlage von Zähnen u. s. w.) handelt.

Fazit: Grundsätzlich ist die Entfernung harter Beläge von Implantaten nicht nach der Geb.-Nr. 107 ansatzfähig.

Sonderfall: Ausschließlich Patienten mit der Ausnahmeindikation nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V haben Anspruch auf diese Leistung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.*

Wiedereingliederung einer Brücke

Frage: Eine vestibulär verblendete Brücke von 32 – 34 und die vestibulär verblendete Krone

*Bezogen auf die wenigen Versicherten mit Ausnahmeindikationen, welche in den Allgemeinen Behandlungsrichtlinien, Teil B, Abschnitt VII beschrieben sind, besteht nach dem Gesetzgeber der Anspruch, implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung zu erhalten. Dies gilt aber nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist.

31, welche mit der Brücke verblockt ist, sollen rezementiert werden. Welche BEMA-Leistungen kommen zum Ansatz?

Komposit-Vollverblendung bei feststehendem Zahnersatz und bei Sekundärteleskopen

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| B | | | | | | | | | k | k | b | k | | | | f |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |

a) Geb.-Nr. 95 b (Wiedereinsetzen einer Brücke; mehr als zwei Anker)

oder

b) Geb.-Nr. 95 a (Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern) sowie Geb.-Nr. 24 a (Wiedereinsetzen einer Krone)?

Antwort: Die zur Stabilisierung vorgenommene Verblockung der Kronen 31 mit 32 führt auf keinen Fall dazu, dass die Krone 31 als Brückenanker gezählt wird. Sie wird rein abrechnungstechnisch als Einzelkrone gesehen und demzufolge auch als solche abgerechnet (seit der ZE-Richtlinienänderung vom 01.01.2004 existiert kein verbindliches Verblockungszeichen mehr). Somit ist für diese Regelversorgung die Abrechnungsvariante b) korrekt: 1 x Geb.-Nr. 95 a (32-34); 1 x Geb.-Nr. 24 a (31).

Fazit: Für Brückenanker, die nicht lückenangrenzend sind, wird die Wiedereingliederung nach der Geb.-Nr. 24 a abgerechnet.

Ausnahme: richtlinienkonforme Freidendbrücke; wie z. B. Rezementierung der Brücke 23-25.

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | k | k | b | | | | |
| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |

Hier findet die Festzuschuss-Richtlinie B.2. mit dem folgenden Satz Anwendung: „Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das Gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freidendbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.“ Demzufolge wird bei der Rezementierung dieser Freidendbrücke nur die Geb.-Nr. 95 a abgerechnet, da die Krone 23 hier zur Brücke zählt und nicht als Einzelkrone zu sehen ist.

und Sekundärteil von Teleskopkronen), wenn diese Verblendungen über den vestibulären Bereich hinausgehen?

Antwort:

Bei feststehendem Zahnersatz: Ausgehend davon, dass sowohl der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 20 b und 91 b als auch die ZE-Richtlinie 20 nur die vestibulären Verblendungen als Regelversorgung definieren, wurde die Frage nach der Bezuschussungsfähigkeit einer Vollverblendung bei feststehendem Zahnersatz in der Sitzung der Clearing-Stelle Festzuschüsse am 27.04.2005 aufgegriffen und im Einvernehmen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV wie folgt entschieden: „Die Partner im Gemeinsamen Bundesausschuss haben Vollverblendungen mit Komposit oder Kunststoff bei feststehendem Zahnersatz nicht als anerkannte Methode bezeichnet. Vor diesem Hintergrund stellen Komposit-Vollverblendungen bei feststehendem Zahnersatz in der Regel eine Leistung dar, für die **keine Befunde für Festzuschüsse zum Ansatz kommen.**“

Bei Sekundärteleskopen: Da die Verblendung von Außenteleskopen nicht als Keramik-Verblendung erfolgt (weil diese den beim Einsetzen und Herausnehmen entstehenden Spannungen durch Verkanten nicht standhält), sondern als Komposit/Kunststoff-Verblendung gefertigt wird, kam es zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV in der o. g. Sitzung zu nachstehender Feststellung: „Bei kombiniertem Zahnersatz ist jedoch eine Vollverblendung der Sekundärteleskope mit Komposit oder Kunststoff statthaft; es **handelt sich in diesem Fall um gleichartigen Zahnersatz.**“



Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender
des Vorstandes der
KZVLB



Anke Kowalski
Stellv. Abteilungs-
leiterin
Abrechnung

(Die Befundangabe in beiden Beispielen dient lediglich der Veranschaulichung!).



Patricia Scholz, Dr. Ute Scholz-Scheffler, Dr. Constanze Scholz in ihrer Potsdamer Praxis

Familienpraxis mit Zahnarzt-Gen

Dr. Ute Scholz-Scheffler ist sich sicher: Das Zahnarzt-Gen existiert. Obwohl sie nie darauf gedrungen hat, haben ihre Töchter den Zahnarztberuf gewählt, so dass alle heute gemeinsam in einer Praxis arbeiten können – und das sehr genießen.

(ZBB) Sie arbeiten Zimmer an Zimmer und müssen viele Entscheidungen gemeinsam treffen. Wie das klappt, drei Frauen, und noch dazu Mutter und Töchter, in einer Zahnarztpraxis? Es gibt Kollegen, die sich diese Zusammenarbeit nur konfliktreich vorstellen können, aber Dr. Ute Scholz-Scheffler, Dr. Constanze Scholz und Zahnärztin Patricia Scholz, die noch an ihrer Promotion arbeitet, könnten sich keine bessere Konstellation wünschen.

Glücklich und zufrieden in der Praxis in der Hebbelstraße neben- und miteinander zu arbeiten, ist jedoch keineswegs gleichbedeutend mit Dauerharmonie. Nicht immer vertreten die Medizinerinnen die gleiche Meinung - dafür sind die drei viel zu starke Persönlichkeiten. Doch genau deshalb wird gesagt, was gesagt werden muss - sehr direkt geht es dabei zu - um sich im Anschluss schnell wieder zu vertragen. Ihre Devise: Behandle jeden so, wie du selbst behandelt werden möchtest, gilt nicht nur für die Patienten und die 15 Mitarbeiterinnen - auch sie selbst nehmen sich nicht davon aus.

Seit 34 Jahren ist Dr. Ute Scholz-Scheffler im Beruf. Vor sechs Jahren gründete sie mit Tochter Constanze die Gemeinschaftspraxis und im letzten Sommer stieß die jüngere Tochter Patricia hinzu, um ihre Assistenzzeit zu absolvieren. Auch sie wird in der Praxis bleiben.

Keine der beiden Töchter hat Dr. Ute Scholz-Scheffler in ihrer Berufswahl beeinflusst, und es gab auch Zeiten, in denen die beiden mit anderen Berufen liebäugelten. Doch sie erlebten ihre Mutter seit ihrer Kindheit als Vollblut Zahnärztin, die in ihrer Arbeit aufging und abends besonders zufrieden war, wenn sie viel geschafft hatte. Vielleicht fanden auch sie deshalb den Weg in die Zahnmedizin, ihre Mutter jedenfalls war froh darüber.

Den Anstrengungen ihres Berufes begegnete Dr. Scholz-Scheffler zeitlebens mit Sport. Sie formuliert es so: „Sport ist das positive Gegengewicht zu einem anspruchsvollen Beruf“. Die Frau, deren Körperhaltung noch immer intensives Training verrät, brachte es in ihrer

Jugend als Leichtathletin bis zur Spartakiade. Als später Zahnmedizin und Familie mehr und mehr Raum einnahmen, musste sie ihre sportliche Betätigung anpassen und begann in einer Aerobic-Gruppe in ihrem Heimatort Potsdam-Rehbrücke zu trainieren, deren Leitung sie bald übernahm. Sie schmunzelt: Seit fast 30 Jahren bin ich dort jeden Mittwoch die „Vorturnerin“ und darf keinen Termin versäumen, weil über 20 Frauen sich auf mich verlassen.

Mit dem Sport, allerdings dem Tanzsport, hält es auch Tochter Dr. Constanze Scholz. Einen großen Teil ihrer Freizeit verbringt sie mit ihrem anstrengenden Hobby Hip-Hop auf dem Tanzparkett und hat es mit ihrer Formation schon mehrfach bis zum Weltmeistertitel gebracht.

Die Dritte im Bunde, Tochter Patricia Scholz, ist das musikalische Talent der Familie. Sie spielte Schlagzeug in verschiedenen Bands.

In der Praxis versucht die Chefin derzeit noch, ihren Töchtern so weit wie möglich den Rücken freizuhalten. Nach wie vor geht jede Karteikarte und jede Abrechnung durch ihre Hand. Die Jungen sollen sich auf das Zahnärztliche konzentrieren können. Doch sie beginnt Verantwortung abzugeben. Langsam, so ist es geplant, wird sie sich in den kommenden Jahren aus dem Praxialtag zurückziehen.

So sehr sie ihr Familienunternehmen auch lieben - eines Tages werden die beiden jungen Scholz-Frauen die Praxis als Gemeinschaftspraxis führen. Die vielen brandenburgischen Zahnarztpraxen, in denen ein Generationswechsel ansteht, ermutigen die Zahnärztinnen, den gemeinsamen Schritt zu wagen. Sie sind überzeugt: Es braucht lediglich eine Portion Toleranz, dann bietet die Familienpraxis die schönste Form des Arbeitens. Oder liegt es vielleicht doch am Zahnarzt-Gen? ●

Dr. Ute Scholz-Scheffler ist auch standespolitisch aktiv: Sie leitet den Prüfungsausschuss für Zahnmedizinische Fachangestellte der Landes Zahnärztekammer

Zeit für Fortbildung und Gedankenaustausch

1. Schwedter Zahnärztesymposium im Herbst 2012 fand großen Anklang – Der Zahnärzterein Schwedt e. V. organisierte überregionales wissenschaftliches Symposium zur Endodontie, Implantatprothetik und zum Praxismanagement



Dr. Michael Stumpf ist Mitglied der Vertreterversammlung der KZVLB

Autor: Dr. Michael Stumpf, Schwedt/Oder

Nach mehreren kleineren erfolgreichen regionalen Fortbildungsveranstaltungen hatte sich der Zahnärzterein Schwedt e. V. das ehrgeizige Ziel gesetzt, ein überregionales wissenschaftliches Symposium auf die Beine zu stellen. Damit möchte der Verein seinen Grundanliegen, der Förderung des kollegialen Miteinanders und der Sicherung einer hochqualitativen Zahnmedizin, Rechnung tragen. 85 Kollegen, vor allem aus dem Land Brandenburg, aber auch aus Berlin und Mecklenburg-Vorpommern, trafen sich Ende Oktober in der Aula des Carl-Friedrich-Gauß-Gymnasiums Schwedt. Umrahmt wurde das Symposium von einer Ausstellung der Dental- und Pharmaindustrie sowie einer Präsentation der lokalen Dentallabore.

Die Tagung eröffneten die Vorsitzende des Vereins, Dr. Hannelore Hoppe, und der Leiter des wissenschaftlichen Programms, Dr. Rüdiger Jähnichen. Die Wertschätzung, die die Arbeit des Vereins mittlerweile in Schwedt und der Region genießt, kam in den Grußworten des stellvertretenden Bürgermeisters der Stadt, Lutz Herrmann, zum Ausdruck. Anschließend boten Schüler der Musik- und Kunstschule Schwedt einen stimmungsvollen musikalischen Auftakt.

85 Kollegen folgten der Einladung zum ersten Symposium des Zahnärztereines Schwedt e. V.

Den ersten wissenschaftlichen Vortrag zum Thema „**Möglichkeiten und Grenzen in der Endodontie**“ übernahm PD Dr. Heike Steffen von der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald. In ihrem sehr anschaulichen und mit praxisnahen Bildern hinterlegten Vortrag erläuterte sie umfassend die Indikationen, Erfolgsaussichten und Risiken einer primären Wurzelbehandlung, der orthograden Revision und der WSR. Aus verschiedenen Blickwinkeln stellte sie unter anderem die Bedeutung und Anwendung der Desinfektion des Wurzelkanals, Fragen zur prothetischen Belastbarkeit des wurzelbehandelten Zahnes sowie zu Ursachen und der Vermeidung eines endodontischen Misserfolges dar.

Nahtlos schloss sich daran der Vortrag von PD Dr. Thomas Mundt, Greifswald an. Das Thema „**Implantat-prothetische Planung und Versorgung im teilbezahnten Kiefer**“ gestaltete er durch die Präsentation zahlreicher Patientenfälle sehr praxisbezogen. Nachdem er ausführlich die Bedeutung und Durchführung einer exakten prothetischen Planung beschrieb, zeigte er daran anschließend auf, wie unter Berücksichtigung des Knochenangebotes, des Allgemeinzustandes des Patienten, aber auch aus finanzieller Sicht eine jeweils individuelle Behandlung des Patienten erfolgen kann. Festsitzender Zahnersatz, Pfeilervermehrung im teilbezahnten Kiefer mit Neuplanung von Zahnersatz

oder Ergänzungsimplantate unter Beibehaltung des vorhandenen Zahnersatzes? Auf all diese Fragen bekamen die Zuhörer einen kompetenten Überblick und Tipps, die sich sofort in der Praxis umsetzen ließen.



Um den Kollegen in einem sich permanent verändernden beruflichen Umfeld Unterstützung zu geben, wurde Dr. Bernd Hartmann, ieQ-health GmbH Münster, nach Schwedt eingeladen. Er verdeutlichte in seinem Vortrag **„Die erfolgreiche Zahnarztpraxis – Mit professionellem Marketing Patienten begeistern und binden“**, welchen Stellenwert Kommunikation und Marketing haben. Nach welchen Kriterien entscheidet sich ein Patient für eine Praxis, was bedeutet Wettbewerb für eine Zahnarztpraxis? Interessant waren seine Ausführungen hinsichtlich einer sich verändernden „Patientenstruktur“: dem durch Internet und Printmedien vorinformierten Patienten. Jeder Teilnehmer erfuhr, wie er seine Praxisstruktur darauf einstellen und optimieren kann.

Mit dem Thema **„Komplikationen und Misserfolge in der Implantatprothetik“** aus der Sicht eines niedergelassenen Oralchirurgen beschäftigte sich Dr. Jan Spiekermann aus Chemnitz. Ausführlich und umfangreich bebildert, erläuterte er die Herangehensweisen bei Planung, Interimsversorgung, Implantation, prothetischer Versorgung und Nachsorge. Er beschrieb unter anderem das Thema des Zeitpunktes der Extraktion in Bezug auf die folgende Implantation und stellte dar, welche Komplikationen aus anatomischer und technischer Sicht auftreten und wie diese vermieden werden können.

Statt Referat eher Dialog

Den abschließenden Vortrag gestaltete RA Christoph Sorek aus Meißen. Mit seinem Thema **„Juristische Kunstfehler und wie vermeide ich sie“**, fand er einen großen Anklang bei den Teilnehmern. Sein Angebot, schon während des Vortrages Fragen zu stellen und bestimmte Probleme zu diskutieren, wurde rege angenommen. Es entwickelte sich eine interessante Mischung aus Vortrag und Dialog mit vielen sachdienlichen Hinweisen, die sicherlich in vielen Praxen Umsetzung finden werden. Die Darstellung der Thematik ließ die immense Bedeutung einer exakten Dokumentation in der Praxis für alle nochmals eindringlich deutlich werden.



Kollegialer Austausch und Zusammenarbeit

Rund um das Symposium wurde die Zeit genutzt, um zahlreiche intensive und sehr kollegiale Gespräche zu führen. Interessant war für viele Teilnehmer, welche Intention der Zahnärzterverein Schwedt hat. Die Mitglieder des Vereines zeigten, wie Kollegen mit eigenen Praxen und eigenen wirtschaftlichen Interessen gut zusammenarbeiten können und wie davon jede Praxis profitieren kann.

Der Zahnärzterverein Schwedt sieht gerade in Anbetracht der sich verändernden berufspolitischen und demografischen Konditionen in der Förderung des kollegialen Austausches und der Zusammenarbeit eine wesentliche Grundlage, um den Zahnarztpraxen im Lande auch in Zukunft eine gesunde wirtschaftliche Basis zu bieten. Kooperierende kollegiale Beziehungen auf möglichst breiter Basis sind für die Zukunft ein gutes Konzept, um Strukturen zu begegnen, die gegenüber flächendeckenden Selektivverträgen anfällig sind.

Dahingehend empfing der Verein von den Teilnehmern des Symposiums eine sehr große positive Resonanz. Zahlreiche Kollegen brachten zum Ausdruck, dass sie gern wiederkommen würden. Das gelungene wissenschaftliche Programm, die insgesamt lockere und kollegiale Atmosphäre fanden bei den Teilnehmern des Symposiums großen Anklang. Die zahlreichen positiven Bewertungen sind für unseren Verein Ansporn, um für das Jahr 2013 eine Neuauflage eines Symposiums von und für Kollegen zu organisieren. Die Mitglieder des Zahnärztervereins Schwedt bedanken sich bei allen Teilnehmern für das rege Interesse. ●

PD Dr. Thomas Mundt und PD Dr. Heike Steffen stellten sich zum Teil gemeinsam den Fragen aus dem Auditorium

Mitarbeiter der Körperschaften stellen sich vor

Für einen „Blick hinter die Kulissen“ stellen sich die Mitarbeiter von KZVLB und LZÄKB vor. Dieses Mal: Die Kolleginnen der Haushalts- und Finanzabteilung sowie der Mitgliederverwaltung bei der Kammer.

(ZBB) Mit den Kolleginnen dieser beiden Abteilungen hat wirklich jeder Zahnarzt zu tun.

Mitgliederverwaltung

Egal, ob direkt von der Universität oder durch einen Umzug ins Land kommend – alle melden sich als erstes bei der Mitgliederverwaltung an. **Inga Schulz** nimmt die Daten entsprechend der Meldeordnung der LZÄKB auf und pflegt sie in das Verwaltungsprogramm ein. Monatlich informiert Inga Schulz, die seit Anfang 2006 die Mitgliederverwaltung betreut, die Bezirksstellen und die Bundeszahnärztekammer über Veränderungen. Außerdem erhält der Verlag Deutscher Ärzte monatlich einen Adressensatz für das Versenden der „Zahnärztlichen Mitteilungen“.

Darüber hinaus pflegt Inga Schulz im Internet die Job- und Praxisbörse sowie den Zahnarzt-Suchdienst einschließlich der E-Mail-Adressen. Die Meldungen für Tätigkeitsschwerpunkte und Spezialisierungen werden von ihr im Verwaltungssystem und im Internet eingegeben.

Zum Aufgabengebiet von Inga Schulz gehört außerdem die Weiterbildung. Sie betreut sowohl die zur Weiterbildung ermächtigten Zahnärzte als auch die Weiterbildungsassistenten sowie die jeweiligen Prüfungsausschüsse.

Haushalt- und Finanzabteilung

Wenn es um Beitragsangelegenheiten der Mitglieder der Kammer geht, dann arbeitet Inga Schulz ganz eng mit den beiden Kolleginnen der Haushalt- und Finanzabteilung, Abteilungsleiterin **Anita Franz** und Mitarbeiterin **Helga Köhler**, zusammen. Hier in dieser Abteilung werden die Beitragsbescheide ausgestellt und die Geldeingänge überprüft. Die Mitgliedsbeiträge bilden letztendlich die Grundlage für die Arbeit der Kammer.

Anita Franz obliegt die Haushaltsplanung einschließlich des Jahresabschlusses. Sie ist damit erste Ansprechpartnerin, wenn die jährliche Wirtschaftsprüfung der Bundeszahnärztekammer die verhältnismäßige Verwendung der Mittel überprüft. Über ihren Tisch gehen ebenso sämtliche Gehalts- und Personalabrechnungen. Die Diplom-Betriebswirtin bringt seit März 2008 ihre Erfahrungen ein.

Seit April 1991 arbeitet **Helga Köhler** in dieser Abteilung. Sie kümmert sich unter anderem um den gesamten Bankverkehr, der seit einigen Jahren komplett elektronisch läuft. Innerhalb des Rechnungswesens landen alle Rechnungen auf ihrem Tisch zur Prüfung, zum Begleichen und Ablegen. Helga Köhler führt darüber hinaus den Inventarbereich der Kammer. ☹

v.l.n.r.:

Anita Franz, Tel.
0355 381 48-16
af Franz@lzkb.de

Helga Köhler, Tel.
0355 381 48-17
hkoehler@lzkb.de

Inga Schulz, Tel.
0355 381 48-14
ischulz@lzkb.de



Berliner Vorstand fast komplett wiedergewählt

(PM) Im Rahmen der konstituierenden Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin vom 31. Januar wurde der bisherige Vorstand – bis auf eine Position – nicht nur in den Personen, sondern auch in den Ämtern wiedergewählt: Dr. Wolfgang Schmiedel (Verband der Zahnärzte von Berlin) wird auch in der neuen Legislaturperiode die Interessen der Berliner Zahnärzte vertreten, Dr. Michael Dreyer (Freier Verband Deutscher Zahnärzte) steht ihm erneut als Vizepräsident zur Seite. Der Bereich Schlichtung und Berufsrecht bleibt Aufgabengebiet von Dr. Dietmar Kuhn (Verband der Zahnärzte von Berlin), für GOZ zuständig bleibt Dr. Helmut Kesler (Verband der Zahnärzte von Berlin), die Zahnärztliche Fort- und Weiterbildung leitet auch in der neuen Legislaturperiode ZÄ Juliane Gnoth (Freier Verband Deutscher Zahnärzte), und für das Referat Zahnärztliche Berufsausübung ist erneut Dr. Karsten Heegewaldt (Verband der Zahnärzte von Berlin) Ansprechpartner für die Kollegen sowie viele Bereiche der zuständigen Aufsicht.



Neu im Vorstand ist Dr. Detlef Förster (Verband der Zahnärzte von Berlin), der die Aufgaben des ZFA-Referates von ZA Ingmar Dobberstein übernimmt, welcher für eine Wiederwahl nicht mehr zur Verfügung stand.

„Wir bedanken uns bei allen Kolleginnen und Kollegen für das motivierende Votum, das uns ermöglicht, die in den vergangenen Jahren aufgebauten hervorragenden Kontakte zu Behörden, Politikern und vielfältigen Organisationen weiter auszubauen und zu vertiefen“, sagte Dr. Wolfgang Schmiedel nach der Wahl. ☹

Der neue Vorstand der Zahnärztekammer Berlin (v.l.): Dr. Michael Dreyer (Vizepräsident), Dr. Dietmar Kuhn, ZÄ Juliane Gnoth, Dr. Helmut Kesler, Dr. Wolfgang Schmiedel (Präsident), Dr. Detlef Förster, Dr. Karsten Heegewaldt.

Dr. Udo Wolter wieder Präsident der Ärztekammer

(PM) Die Kammerversammlung der Landesärztekammer Brandenburg hat auf ihrer konstituierenden Sitzung Mitte November 2012 den bisherigen Kammerpräsidenten Dr. Udo Wolter in seinem Amt bestätigt. Der Unfallchirurg und Orthopäde aus Neuruppin erhielt 67 der 78 abgegebenen Stimmen. Neuer Vizepräsident ist Prof. Dr. Ulrich Schwantes. Der Allgemeinmediziner aus Oberkrämer erhielt 41 Stimmen. Er tritt an die Stelle von Elke Köhler, die sich nicht mehr zur Wahl stellte. Dr. Udo Wolter wertete seine Wiederwahl als klare Bestätigung des bisherigen Kurses der Lan-



desärztekammer. Nun gelte es, gemeinsam gesundheitspolitische Akzente zu setzen. „In den nächsten Jahren werden wichtige Weichen gestellt, etwa im Kampf gegen den zunehmenden Ärztemangel oder auch beim Aufbau einer eigenen medizinischen Fakultät im Land.“ ☹

Der neue Vorstand der Landesärztekammer Brandenburg (hinten v. l.): Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Dr. Jürgen Fischer, Dr. Hanjo Pohle, Prof. Dr. Ulrich Schwantes (vorne v. l.) Dipl.-Med. Hubertus Kruse, Dr. Renate Schuster, Dipl.-Med. Sigrid Schwark, Dr. Udo Wolter



Wer eine Kanone abfeuern möchte, muss eine besondere Prüfung ablegen – Andreas Pawandenat hat als einer der wenigen Schützen im Verein diese Berechtigung.

Der Mann mit Faible für Tradition und Technik

Andreas Pawandenat liebt Motorradfahren und Sportschießen. Wann immer es ihm die Zeit erlaubt, greift der Zahnarzt aus Wandlitz zu den Präzisionswaffen oder setzt sich auf seinen Chopper – für ihn der perfekte Ausgleich zur Arbeit am Zahnarztstuhl.

Autorin: Anja Saller,
4iMEDIA

Ein Motorradkalender im Behandlungszimmer – das ist das Einzige, das Zahnarzt Andreas Pawandenat in seiner Praxis von seinen Hobbys zeigt. Dass der 50-Jährige aus Wandlitz aber begeisterter Chopper- sowie Heinkel-Roller-Fahrer sowie darüber hinaus ambitionierter Schütze ist, wissen trotzdem die meisten aus seinem Ort. „So etwas bleibt nicht geheim“, meint der Zahnmediziner. Gern setzt er sich auf eines seiner motorisierten Zweiräder, wenn es das Wetter denn erlaubt. Speziell der alte Heinkel-Roller mit seiner Handschaltung und dem Dynastarter hat es dem Wandlitzer angetan. Eigentlich schon ausrangiert von seinem Gartennachbarn, nahm er sich vor Jahren dem Vier-Takt-Zweirad an und restaurierte es zu einem Schmuckstück, so dass es jetzt als Alltagsfahrzeug genutzt werden kann.

Nicht weniger Freude hat Andreas Pawandenat an seiner Suzuki Intruder VS 1400 – liebevoll „Trude“ genannt –, mit der er schon die eine oder andere größere Tour unternommen hat.

„Erst letztes Jahr war ich mit anderen Motorradfans im Harz unterwegs. Eine schöne Gelegenheit, sich mal den Wind um die Nase wehen zu lassen“, erzählt der gebürtige Forster. Nach der Arbeit beziehungsweise an den Wochenenden ab und zu die Seele baumeln zu lassen, das gehört für den Zahnmediziner einfach dazu.

Mit ruhiger Hand an der Zündung

Gelegenheit dazu hat Andreas Pawandenat auch bei seinem zweiten Hobby, dem Sportschießen. „Als ich 1993 in Wandlitz meine Praxis gründete, suchte ich nach Anschluss im Ort. Ich trat in den hier ansässigen Schützenverein ein, um Kontakte zu knüpfen“, blickt der begeisterte Schütze zurück. Sein Interesse an technischen Dingen, gepaart mit dem Ehrgeiz, sich in neue oder auch historische technologische Feinheiten hineinzudenken, bildeten den Antrieb auch für das Schießen. Im Vordergrund steht für ihn nicht nur der treffsichere Schuss selbst, sondern der Spaß daran, seine individuellen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen. „Präzision ist ungeheuer wichtig. Das für mich Reizvolle ist das Schießen mit alten Vorderla-



dem. Also mit Waffen, die mit Pulver und Blei geladen werden, per Steinschloss oder Perkussionszündung zünden und mit viel Rauch den Schuss auslösen.“ Hierfür erforderlich sind eine ruhige Hand und ein sicheres Auge – Eigenschaften, die auch für den Zahnarztberuf wichtig sind. Präzisionswaffen sind die Favoriten des Sportschützen. In erster Linie haben es ihm Repliken historischer Waffen angetan. So ist Andreas Pawandenat im Besitz eines Scheibengewehrs, welches er selbst zusammengebaut hat und dabei sein Wissen und Können in den Bereichen Metall- und Holzverarbeitung unter Beweis stellen konnte.

„Das Schützenwesen entstand bereits vor mehr als einem Jahrhundert und hat somit eine lange Geschichte. Dass die Waffen damals von begnadeten Handwerkern und ohne große technische Hilfsmittel hergestellt wurden, fasziniert mich. Diese wunderbare Tradition war eigentlich der Startschuss für die Leidenschaft zu diesem Hobby“, meint der Zahnarzt, der sich alle ein bis zwei Monate am Wochenende dafür ein wenig Zeit nimmt. Auf die Unterstützung seiner Familie kann der Familienvater dabei zählen. Seinen Sohn hat er mit der Liebe für technische Details schon angesteckt und so gehen beide hin und wieder gemeinsam diesen Hobbys nach.

Auch an Wettkämpfen nimmt er gemeinsam mit den anderen Vereinsmitgliedern teil. In

stilechter Traditionskleidung statt in Jeans und T-Shirt kämpfen die Sportschützen um Pokale – und natürlich die sportliche Ehre. Bei besonderen Jubiläen oder Veranstaltungen in der Gemeinde dürfen er und sein Verein auch nicht fehlen. Mit Vorderladekanone und Standböhlern „kracht“ es dann gewaltig in Wandlitz und Umgebung – eine alte Tradition des bürgerlichen Schützenwesens.

Einmal Schütze – immer Schütze

Was diese Sportart so besonders macht und sie von anderen unterscheidet, liegt für den Zahnarzt, der ursprünglich einmal Archäologie studieren oder Berufsoffizier werden sollte, klar auf der Hand. „Es gibt keine Altersbeschränkung. Das heißt, ich kann, anders als ein Fußballer, auch als Senior noch erfolgreicher Schütze sein. Abgesehen davon ist Fußball zu gefährlich für die Knochen“, lacht der handwerklich versierte Zahnarzt. Und dann ist da ja auch noch seine „Trude“, die ihn mit ihren PS auf Trab hält und den Biker durch wunderschöne Landschaften und auf kurvenreiche Straßen führt. Wenn er aber nicht in der eigenen Praxis steht, mit seinen Präzisionswaffen schießt oder den Bikes unterwegs ist, dann, ja dann, wartet der heimische Garten auf ihn. Und auch das macht er gern und mit der gleichen Präzision wie seinen Sport, der Mann mit dem „Hang zur Ruhe, auch wenn es dabei manchmal etwas laut zugeht“.

Vielfältiger Ausgleich zum Zahnarztstuhl: Mal greift Andreas Pawandenat zur „Büchse“, mal zur „Trude“.

Schwester Fabian ist jetzt Kollegin

2004 fuhren Zahnarzt Raimar Köster und seine Frau, angesteckt von einem Bericht im Zahnärzteblatt, das erste Mal zu einem Hilfseinsatz nach Kenia. Dort lernten sie eine junge Nonne kennen, die sie unterstützten, einen Traum zu erfüllen.



Raimar Köster ist seit 2004 in der Zahnarztthilfe Kenya aktiv

Autor: Raimar Köster,
Bergholz-Rehbrücke

Unsere Ankunft in Kisumu am Victoriasee war genau an dem Tag, an dem Portugal Fußball-europameister wurde. Im Flugzeug wurde natürlich nicht darüber informiert, doch auf dem Flugplatz – wir hatten eine sehr lange Wartezeit bis zur Abholung – hörte ich am „Tower“ Wortfetzen einer Übertragung. Ich betrat ohne weiteres den Kontrollraum – alles war damals noch sehr freizügig in Afrika – durfte mich setzen, um mitzuhören und kam sofort mit allen Mitarbeitern ins Gespräch, nicht nur über Fußball.

So erlebte ich sofort die ungezwungene Gastfreundschaft und Hilfsbereitschaft, die sich dann ununterbrochen fortsetzte. „Höhepunkt“ dieser „Zuneigung“ war dann natürlich der Einsatz selbst. Wir lernten Sr. Fabian kennen, eine junge Nonne, stets freundlich, sehr zielbewusst und – was recht selten dort anzutreffen war – pünktlich und absolut zuverlässig. Die afrikanischen Damen (ich habe nur wenige Männer in Kenia arbeiten sehen...), mit denen ich zusammenarbeiten sollte, waren zunächst ziemlich

misstrauisch, vor allem Fabian: Wie wird er sein? Mischt seine Frau sich in unsere Arbeit? Versteht er uns überhaupt rein sprachlich?

Nun, nach wenigen Tagen waren wir ein Herz und eine Seele, und auch Fabian lächelte häufiger. Geduldig versuchte sie, uns die af-

rikanische Mentalität näherzubringen (immerhin bin ich Preuße!). Es entwickelte sich eine Freundschaft, die dann spätestens im folgenden Jahr tiefer wurde, als die argwöhnische Sr. Fabian von unserer Ehrlichkeit überzeugt war. Was haben die afrikanischen Völker nicht auch alles erdulden müssen in den langen Jahren des Kolonialismus! So aber wurde Fabian nicht nur für mich zur zuverlässigen Stütze.

Da die anderen Kolleginnen und Kollegen das auch so sahen, machten wir und ihr Orden uns stark, Sr. Fabian zum Studium der Zahnmedizin zu schicken. 2007 war es dann soweit: In Kampala in Uganda wurde sie feierlich immatrikuliert. Es war ein harter Kampf, doch Fabians Eifer erlahmte nicht. Die ständig steigenden Kosten wurden von vielen Spendern „erträglicher“ gemacht, so auch von unserer KZV, die Fabian 2009 auf einem Deutschlandbesuch kennenlernte. So ist es ihr und mir ein ganz besonderes Bedürfnis, uns noch einmal herzlich zu bedanken. Im vergangenen Frühjahr sollte die feierliche Exmatrikulation in Kampala erfolgen, doch urplötzlich, ohne Angabe von Gründen (ich vermute finanzielle, waren wir doch „Devisenbringer“) wurde ein volles Semester angehängt nach dem Motto: „Friss oder stirb!“. Wir fraßen, und so erhielt unsere Fabian Ende letzten Jahres die ersehnte Approbation als Zahnärztin. Damit ist ein großes Ziel unseres Einsatzgedankens in Kenia realisiert worden: Hilfe zur Selbsthilfe. Dr. Fabian übernimmt nunmehr die fachliche und organisatorische Verantwortung in unserem riesigen Einsatzgebiet in Nordwest-Kenia. Ich bin als ihr Betreuer natürlich besonders stolz auf sie, hat sie doch unter relativ bescheidenen Umständen eines der hervorragendsten Abschlussergebnisse erzielt. Bald werden meine Frau und ich wieder nach Kenia fahren, um vor Ort zu erleben, was uns gemeinsam gelungen ist. ☹



Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag

... und wünschen allen Zahnärztinnen und Zahnärzten, die in den Monaten März und April ihren Ehrentag feiern, beste Gesundheit, Freude am Leben sowie vergnügliche Stunden mit Familie und guten Freunden. Alles Gute insbesondere ... *

im Monat März

zum 88. am 6. März

Dr. med. dent. Wolfgang Jahn
aus Lindow

zum 88. am 8. März

Dr. med. dent. Horst Gehrke
aus Eisenhüttenstadt

zum 87. am 19. März

SR Franziska Graßmann
aus Herzberg

zum 87. am 20. März

Zahnärztin Margarete
Pittelkow aus Lehnin

zum 87. am 24. März

Zahnärztin Ursula Eckerle
aus Glienicke

zum 86. am 23. März

Dr. med. dent. Heinrich
Rheinländer aus Prenzlau

zum 86. am 26. März

SR Dr. med. dent. Michael
Pincus aus Panketal

zum 85. am 10. März

MR Dr. med. dent. Horst
Schmidt aus Frankfurt (Oder)

zum 85. am 17. März

Dr. med. dent. Dorothea Jörß
aus Kyritz

zum 84. am 25. März

SR Lothar Günther
aus Schöneiche

zum 83. am 15. März

MR Dr. med. dent. Karl-Heinz
Arendt aus Eberswalde

zum 82. am 28. März

Dr. med. dent. Hansjürgen
Schöttner aus Frankfurt (O.)

zum 81. am 2. März

Dr. med. dent. Manfred
Schröter aus Templin

zum 81. am 17. März

Zahnärztin Waltraud Jacoby
aus Zepernick

zum 80. am 6. März

Dr. med. dent. Günter
Schröder aus Guben

zum 80. am 17. März

Dr. med. dent. Helmut
Paatsch aus Falkensee

zum 75. am 2. März

Dr. med. dent. Ulrich Wenzke
aus Michelsdorf

zum 75. am 17. März

Zahnärztin Rosemarie
Henning aus Joachimsthal

zum 75. am 22. März

Dr. med. dent. Christa Bettac
aus Siedichum OT Rießen

zum 75. am 22. März

Zahnärztin Charlotte Popp
aus Jüterbog

zum 70. am 8. März

Dr. med. Ingrid Manukowa
aus Potsdam

zum 70. am 17. März

Dr. med. dent. Johanna
Alpermann aus Potsdam

zum 70. am 17. März

Dr. med. dent. Klaus Markula
aus Cottbus

zum 70. am 17. März

Dr. med. dent. Dietlind
Petzold aus Zeesen

zum 70. am 19. März

Dr. med. Uwe Lenhard
aus Potsdam

zum 70. am 24. März

Dr. med. Frank Schubert
aus Brandenburg a.d.H.

zum 70. am

25. März

Dr. med. Dorothea Warnow aus
Schöneiche

zum 70. am

30. März

Dr. med. Anita
Heinrich aus
Werder (Havel)

zum 70. am

30. März

Zahnärztin Ingrid Schwedler
aus Glienicke

im Monat April

zum 91. am 6. April

Dr. med. dent. Hermann
Gleistein aus Stahnsdorf

zum 86. am 25. April

SR Dr. med. dent. Konrad Dö-
ring aus Bad Saarow-Pieskow

zum 83. am 21. April

SR Eugen Geyer
aus Brüssow

zum 75. am 10. April

Zahnärztin Rosamunde
Steinberg aus Lychen

zum 75. am 21. April

Dr. med. dent. Barbara Hoff-
mann aus Hohen Neuendorf

zum 75. am 22. April

Zahnarzt Horst Petersik
aus Brück

zum 75. am 29. April

Zahnarzt Peter Heidke
aus Werder (Havel)

zum 70. am 7. April

Dr. med. Günter Lippmann
aus Neupetershain

zum 70. am 7. April

Dr. med. Christoph Pieper
aus Dreetz

zum 70. am 11. April

Dr. med. dent. Eckart Müller
aus Tettau

zum 70. am 21. April

Dr. med. dent.
Dagmar Mallok aus
Brieskow-Finkenheerd

zum 70. am 23. April

Dr. med. Bernd Meier
aus Forst (Lausitz)

zum 70. am 26. April

Zahnärztin Anneliese Wiedau
aus Neu Fahrland

zum 70. am 27. April

Dipl.-Stom. Gerlinde Meusel
aus Erkner

zum 70. am 28. April

Zahnärztin Ute Krueger
aus Petershagen

zum 70. am 30. April

Dipl.-Med. Birgit Winkler
aus Altdöbern

zum 65. am 19. April

Dr. med. Gabriele Deutrich
aus Zühlsdorf

zum 65. am 29. April

Dipl.-Med. Iris Wrobel
aus Treuenbrietzen



* Zahnärzte, die keine Gratulation wünschen, wenden sich bitte spätestens drei Monate vorher an: Jana Zadow-Dorr, LZÄKB, Tel. 03 55 381 48-15.

Termin Kammerversammlung

Die nächste Kammerversammlung innerhalb der sechsten Legislaturperiode findet am:

Samstag, dem 23. März 2013

im Hotel Residenz am Motzener See, Töpchiner Straße 4 in 15741 Motzen statt.

Die Kammerversammlung beginnt um 10.00 Uhr und ist öffentlich. Gäste melden sich bitte vorab an bei der Geschäftsstelle der LZÄKB, Sabine Leipholz, Tel. 0355 38148-21, Fax: 38148-58 oder per E-Mail: sleipholz@lzkb.de.

Charité sucht Jubilare für „Goldenes Doktordiplom“



[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 dies zum dritten Mal in Folge innerhalb eines großen Festaktes im Kon-

zerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher

Kollegin und zu manchem Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den es zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576-018 oder -016. Oder Sie schreiben an:

Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Promotionsbüro
 Manuela Hirche
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
manuela.hirche@charite.de

Gemeldete Infektionskrankheiten im Land (Auswahl)

Die Übersicht stellt einen Auszug aller Fälle im Land Brandenburg dar.

Quelle:
 Abteilung
 Gesundheit im
 Landesamt für
 Umwelt, Gesundheit
 und Verbraucherschutz (LUGV)

| | Fälle im Dezember | Kumulativwert (02.01. bis 30.12.12)* |
|-----------------------------------|----------------------|---|
| Norovirus** | 506 | 5.595 |
| Rotavirus | 112 | 1.887 |
| Campylobacter | 98 | 2.131 |
| Keuchhusten | 68 | 1.493 |
| Windpocken | 52 | 585 |
| Lyme-Borreliose | 25 | 891 |
| Yersiniose | 9 | 110 |
| MRSA | 8 | 127 |
| Adenovirus (Keratokonjunktivitis) | 3 | 44 |
| Listeriose | 3 | 22 |
| Hantavirus (nicht hämorrhagisch) | 1 | 7 |
| Ornithose | 1 | 5 |
| Meningokokken | 1 | 4 |

* vorläufige Zahlen, Stand: 10.01.2013 (durch Nachmeldungen kann es Differenzen zwischen der Summe der Einzelmonate und dem aktuellen Kumulativwert geben)

** ausschließlich labordiagnostische Fälle

SIE HABEN FORMAT

UND WIR HABEN DIE GRÖSSE,
DIE ZU IHNEN PASST!

im Zahnärzteblatt Brandenburg

Kleinanzeigenteil

Mindestgröße: 43 mm Breite x 30 mm Höhe
2 Spalten: 90 mm Breite

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Private Gelegenheitsanzeigen: | je mm 1,40 € |
| Stellenangebote: | je mm 1,40 € |
| Stellengesuche: | je mm 1,20 € |
| Chiffregebühr: | 5,50 € |

| | |
|--|--------|
| Stellengesuche | 36,- € |
| Stellenangebote | 42,- € |
| Private Gelegenheitsanzeigen (Format: 43 mm breit x 30 mm hoch) | 42,- € |

| | |
|--|--------|
| Stellengesuche | 84,- € |
| Stellenangebote | 98,- € |
| Private Gelegenheitsanzeigen (Format: 43 mm breit x 70 mm hoch) | 98,- € |

| | |
|--|--------|
| Stellengesuche | 84,- € |
| Stellenangebote | 98,- € |
| Private Gelegenheitsanzeigen (Format: 90 mm breit x 30 mm hoch) | 98,- € |

Geschäftsanzeigen

| | |
|---|------------------------|
| 1/1 Seite (185 x 280 mm / 216 x 303 mm) 4-farbig | 1.268,- € 2.409,- € |
| 1/2 Seite quer (185 x 135 mm / 216 x 148 mm) 4-farbig | 698,- € 1.326,- € |
| 1/2 Seite hoch (90 x 270 mm / 118 x 303 mm**) 4-farbig | 698,- € 1.326,- € |
| 1/4 Seite quer (185 x 64 mm) 4-farbig | 384,- € 730,- € |
| 1/4 Seite hoch* (74 x 135 mm) 4-farbig | 384,- € 730,- € |
| 1/8 Seite* (74 x 65 mm) 4-farbig | 212,- € 403,- € |

* unter Textspalte; ** außen, neben Textspalte im red. Teil

Anzeigenschluss: am 20. des Vormonats
Druckunterlagen: am 25. des Vormonats

Anzeigen:

Samira Rummler
Telefon 030 - 761 80-663
Fax: 030 - 761 80 680
rummler@quintessenz.de

Zahnärzteblatt Brandenburg

HERAUSGEBER:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg,
Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam
Landes Zahnärztekammer Brandenburg,
Hausanschrift: Parzellenstraße 94, 03046 Cottbus
Postanschrift: Postfach 100722, 03007 Cottbus

FÜR DIE 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:

KZV LB: Rainer Linke, Dipl.-Stom. Sven Albrecht, Dr. Loretta Geserich
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:

Charité Berlin, Dr. Thomas Herzog, KZBV LZÄKB, Burghart Peter, Kerstin Olesch-Graupner, Christina Pöschel, Thilo Schmidt-Rogge, Dr. Ute Scholz, Sabrina Sokoloff, Dr. Matthias Stumpf, Sr. Fabian, Bettina Suchan, Jana Zadow-Dorr

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: Thomas Pricker
Vertrieb: Angela Köthe
Anzeigen: Samira Rummler

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 Landes Zahnärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten. Bezugsgebühr: jährlich 26,- € zzgl. Versandkosten Einzelheft 3,- €. Bestellungen werden vom Verlag entgegen genommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

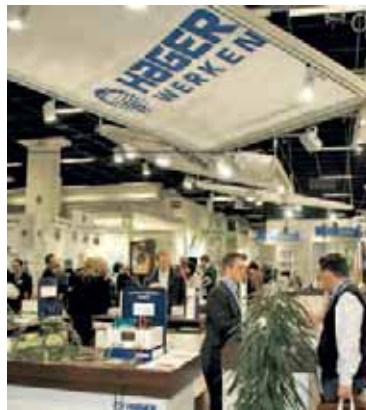
Ein Blick hinter die Kulissen

Die Geilert GmbH – Praxisspezialist für Innenausbau und Dentalzeilen – gewährt einen Blick hinter die Kulissen des Möbelbaus und bietet einen Einblick in das Handwerk und die unzähligen Materialwelten für den innovativen Praxisbau. Neben dem exklusivem Zutritt zu Materialbibliotheken, den Werkstätten und der Produktion sollen während eines **Werkerschautages am 1. und 2. März** vor allem praxisrelevante Vorträge zu Architektur, Marketing & PR sowie Design das Interesse wecken. Mit Fachreferaten wie „Praxis als Marke“, „Architektur in der Praxis“, „Die perfekte Praxisbeleuchtung“ oder „PR und andere Tricks“ sind viele Vorträge unmittelbar auf die Interessen von Praxisärzten abgestimmt. Ergänzend werden auch Themen wie das natürliche Wohnen mit Massivholz, neue High-Tech-Materialien und die Notwendigkeit nachhaltigen Umgangs mit Rohstoffen diskutiert. Mehr Informationen unter: www.werkerschautag.de oder: Geilert GmbH, OT Altenhof 27, 04703 Leisnig, Tel. 034321 62 20 00.



Viva Colonia – IDS 2013

Dem Spezialitätenanbieter Hager & Werken gelingt es erneut, auf der kommenden IDS spannende Highlights zu präsentieren, die die Arbeitsabläufe erleichtern sowie die Profitabilität in der Praxis verbessern können.



Entwicklungen wie den ImplantMarker, einem Implantatgesundheits-Schnelltest zur Früherkennung versteckter oraler Entzündungen und Risiko-Diagnose, werden erstmalig am Stand vorgestellt. Die Ultraschall- und Pulverstrahlgeräte Cavitron Plus und Jet Plus wurden um die Tap-On

Technologie erweitert. Diese vereinfacht die Bedienung und Komfort der Geräte. Neuen gesetzlichen Regularien wird ebenfalls Rechnung getragen. Ab Mai 2013 wird das Recapping von Nadeln in der Praxis untersagt. Daher erfolgt eine besondere Beratung zum Thema Vermeidung von Stichverletzungen in Kooperation mit dem Entsorgungsunternehmen enretec. Sämtliche Produkte lassen sich für Interessierte live in Halle 11.2 Stand P008/Q009 ausprobieren. Aktuelle Sonderangebote, Zugaben und Promotions sind immer einen Besuch am Hager & Werken Stand wert. www.hagerwerken.de

Kleinanzeigen

Stellenanzeigen

**Im Auftrag eines Mandanten:
Umsatzstarke GP (2 Behandler), 3 BHZ, Labor im Raum
CB/SPN Mitte 2013 zu verkaufen.**

Treuhand Hannover GmbH · Niederlassung Cottbus
Rudolf-Breitscheid-Straße 71, 03046 Cottbus
Tel. 0355 3805215, www.steuer-fachklinik.de



Praxiseinrichtungen

Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Behandlungszeilen

Klaus Jerosch GmbH

Tel. (030) 29 04 75 76
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24

www.jerosch.com



Verschiedenes

Studienplatz Medizin und Zahnmedizin

Studienberatung und NC-Seminare

Unser Ziel: Ohne ZVS schnell ins Studium (Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Biologie, Psychologie).
Vorbereitung für Auswahlgespräche und Medizinertest.

Info und Anmeldung:

Verein der NC-Studenten e. V. (VNC), Argelander Str. 50, 53115 Bonn, Tel.: **(0228) 215304**, Fax: (0228) 215900