

Zahnärzteblatt BRANDENBURG

OFFIZIELLES MITTEILUNGSBLATT FÜR DIE ZAHNÄRZTE IM LAND BRANDENBURG



Gefeiert

Die 100. Dentalhygienikerin schloss am Pfaff-Institut ihre Fortbildung ab S. 20

Genormt

DIN für Röntgendiagnostik überarbeitet – die wichtigsten Änderungen S. 32

Gefragt

Im Abrechnungsteil unter anderem Antworten zur Richtlinienkonformität S. 40

Was bewegt

Das Patientenrechtegesetz
im Fokus S. 42

Ein Baustein sozialer Kompetenz

Autor: Dr. Eberhard Steglich,
Guben

Der Mundgesundheit wird im deutschen Gesundheitssystem von fast allen Seiten ein hoher Stellenwert bescheinigt. Dabei ist jedoch eine Gruppe in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus geraten, zumal sie zahlenmäßig als Folge der demografischen Gesamtentwicklung einen großen Anteil der Gesamtbevölkerung ausmacht – der in der Regel ältere, aber vor allem immobile Patient. Diese Gruppe wird auch als Folge der Fortschritte im Gesundheitssektor weiter zunehmen und somit das Versorgungssystem vor neue Herausforderungen stellen.

Nun ist die aufsuchende Behandlung keine neue Erfindung der Sozialkassen und der Sozialpolitik. Schon immer haben Zahnärzte Hausbesuche durchgeführt. Sie waren ein Bestandteil der sozialen Kompetenz und der besonderen Verantwortung des Arztseins geschuldet. Hierbei war die Honorierung zunehmend nur ein symbolischer Betrag, der die realen Kosten nicht ansatzweise deckte. Durch die Einführung der neuen Zuschlagpositionen (BEMA § 171) wird hier eine kleine Lücke geschlossen. Dies wird die Probleme, die hier an-

stehen, nicht lösen, denn dazu bedarf es weiterer Konzepte und Mittel.

Doch nun ist es an den Zahnärzten, die sich daraus ergebenden Möglichkeiten im Sinne der Patienten zu nutzen und zu entwickeln. Hier muss für jeden individuellen Fall ein eigenes Versorgungskonzept erstellt werden. Augenmaß und medizinisch-ethische Verantwortung gegenüber dem Einzelnen, aber auch der Gesellschaft sind wichtige Aspekte, damit sich hier eine nachhaltige Entwicklung einstellen kann. Der damit eingeleitete verstärkte Zugang eines großen Teils von Patienten (ca. 2,3 Millionen Menschen in stationärer und häuslicher Pflege) zu mehr Prävention und Therapie wird zwangsläufig auch zu Leistungsausweitungen führen.

Weitergehende Konzepte können aber nur in einem Gesamtkonsens von Gesellschaft, Sozialkassen, Pflegekräften, Familienangehörigen, Ärzten und Zahnärzten gestaltet werden. Es gibt auch keinen goldenen Weg, der alle Probleme lösen kann. Hier bedarf es einer Vielzahl von Möglichkeiten und eine breite Mitwirkung aller Beteiligten. Nur so kann ein sinnvoller Standard erreicht und gehalten werden. ●



Dr. Eberhard Steglich,
Vorsitzender des
Vorstands der KZVLB



Etwa 2,3 Millionen
Menschen benötigen
stationäre oder
häusliche Pflege



Seite 14 – Erstmals Daten zu den jüngsten Kindern
 Unter Mitarbeit der beiden brandenburgischen Zahnärzte Dr. Gudrun Rojas und Martin Deichsel begleitete das Universitätsklinikum Jena landesweite zahnärztliche Untersuchungen von Kindern im Alter von null bis drei Jahren. Im Ergebnis des Projektes liegen erstmals Daten für die Altersgruppe der 13 bis 36 Monate alten Kinder zur frühkindlichen Karies im Vergleich zum Gesundheitsverhalten und Sozialstatus der Eltern vor. Mit den vorliegenden Daten können Präventionsprogramme ergänzt sowie standespolitische Forderungen untermauert werden.



Seite 6 – Die Kammerversammlung tagte turnusmäßig und entlastete unter anderem den Vorstand für 2012



Seite 12 – Seit fast 20 Jahren kompetenter Partner für Ratsuchende: Die Patientenberatung der KZVLB

<p>Die Seite 3</p> <p>EIN Baustein sozialer Kompetenz</p>	3
<p>Berufspolitik</p> <p>AUFGABEN der Kammer steigen beständig</p> <p>VV-VORSITZENDE tagten in Berlin</p> <p>PATIENTENBERATUNG als kompetenter Partner</p> <p>ERSTMALS Daten zu den jüngsten Kindern</p> <p>RISIKOGRUPPEN erreichen, aber wie?</p> <p>ZAHNRAT bleibt eine Zeitschrift für Patienten</p> <p>NEUZULASSUNGEN im Land Brandenburg</p>	6 10 12 14 16 18 18
<p>Fortbildung</p> <p>PFAFF: Die 100. Dentalhygienikerin verabschiedet</p> <p>EINLADUNG zum nächsten Arbeitskreis Behindertenbehandlung</p> <p>PFLGESITUATION bei Schwerstpflegebedürftigen</p>	20 22 22
<p>Praxis</p> <p>GUTE Mitarbeiterführung dank Coaching</p> <p>„LEIDIGES“ Thema: Standardarbeitsanweisungen</p> <p>DIN für Röntgendiagnostik überarbeitet</p> <p>GEMELDETE Infektionskrankheiten im Land (Auswahl)</p> <p>ELEKTRONISCHER Versand von Röntgenbildern</p>	26 28 32 33 34



Seite 16 – Wie können Zahnärzte die Risikogruppen am besten erreichen? Die Öffentlichkeitsarbeiter berieten sich.



Seite 22 – Konzept zur Zahn- und Mundgesundheit bei Schwerpflegebedürftigen vorgestellt



Seite 18 – Das Redaktionsteam der Patientenzeitschrift ZahnRat einigte sich auf grundlegende Prinzipien



Seite 42 – Teil 2 des Beitrages von Rechtsanwältin Sabrina Sokoloff zum neuen Patientenrechtegesetz

Privates Gebührenrecht	
ÜBER den Umgang mit dem Gebührenfaktor	36
VORGESTELLT: Der Bereich der GOZ im Internet-Portal von „Z-QMS“	38
Abrechnung	
FRAGEN und Antworten zur Abrechnung	40
Recht & Steuern	
DAS neue Patientenrechtegesetz Teil 2	42
Nachruf	
NACHRUF auf unseren Kollegen Jochen Rosenkranz	48
Aktuelles	
LANDESAPOTHEKERKAMMER wählte ihren Vorstand	49
Termine	
AUSSCHREIBUNGSFRIST für Hufeland-Preis verlängert	50
WIR gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag	51
WIR trauern um unsere Kollegen	52
KONZERT des European Doctors Orchestra in Berlin	52
ZahnRat-Faxformular für Nachbestellungen	31
Impressum	53
Verlagsseite	54

Aufgaben der Kammer steigen beständig

Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, der Haushaltsabschluss 2012 und eine Diskussion mit Beschluss zur Beitragsordnung – die Kammerversammlung der Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZÄKB) tagte am 23. März in Motzen.

Autorin: Anja Saller,
4iMEDIA

Seit der Herbsttagung im Oktober 2012 war ein gutes halbes Jahr vergangen, als sich die Zahnärzte am 23. März in Motzen zu ihrer nächsten Kammerversammlung trafen. Sechs Monate, in denen sich berufs- und gesundheitspolitisch einiges getan hat, wie Kammerpräsident **Dipl.-Stom. Jürgen Herbert** in seinem Bericht erklärte. Den ersten Punkt bestimmte dabei das Patientenrechtegesetz: „Es gibt einige Politiker, die meinen, Patienten wären bislang weitestgehend rechtlos gewesen und deswegen bräuchte es ein Patientenrechtegesetz. Doch Fakt ist: Die Patientenrechte wurden durch die Rechtsprechung seit 100 Jahren entwickelt. Sie waren und sind auf keinem schlechten Stand. So handelt es sich auch um kein eigenständiges Gesetz, sondern vielmehr um ein sogenanntes Artikelgesetz, das bestehende Gesetze lediglich ergänzt. Die wohl wichtigsten Änderungen betreffen das Bürgerliche Gesetzbuch“, so Jürgen Herbert. Zwei Paragraphen wollte er hervorheben, die aus seiner Sicht einer dringenden Nachbesserung bedürfen. So hält er den Paragraphen 630 c (siehe links) nicht für praktikabel. „Hier muss eine Anpassung vorgenommen werden. Es ist eine Geringfügigkeitsgrenze vonnöten.“ Zum Beispiel ist ein Kostenvoranschlag für eine Beratung nonsens, da auch schon der Kostenvoranschlag Kosten verursacht. Beim § 630 f BGB „Dokumentation der Behandlung“ muss gemeinsam mit der KZBV ein Weg gefunden werden, um elektronische Patientenakten gegen nachträgliche „Verbesserungen“ zu schützen.

Bezüglich der GOZ konnte der Kammerpräsident berichten, dass zwei Klagen auf den Weg gebracht worden sind: Einerseits eine Klage der Implantologen, die eine höhere Vergütung fordern. Andererseits eine Klage der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) gegen das neue Rechnungsformular. Wiederholtes Augenmerk lenkte Jürgen Herbert auf die Themen Akademisierung der Heilhilfsberufe sowie Veränderung der Notdienstkreise in Brandenburg. Bestrebungen einiger Universitäten, den Bachelor Dentalhygiene anbieten zu wollen, sah der Präsident kritisch: „Ich bevorzuge unsere bewährte Aufstiegsfortbildung“. Die Teilnehmer haben Berufserfahrung und wissen, worauf sie sich einlassen. Weiter appellierte Jürgen Herbert an die brandenburgischen Zahnärzte, die Notdienstkreise entsprechend der Anzahl der vorhandenen Zahnärzte neu aufzuteilen. „Aus Erfahrung hüte ich mich jetzt davor, Empfehlungen zu geben, werde aber dennoch bei den Bezirksstellen nochmals für eine Vergrößerung der Kreise nach dem 60/60-Modell – 60 Zahnärzte für einen Notdienstkreis mit einer Entfernung zum nächsten Zahnarzt von 60 Kilometern – werben.“

Präsident und Vorstandsmitglieder berichteten aus ihren Bereichen

Fortbildung: Zahnärztetag ist und bleibt Zugpferd

Vizepräsident Dr. Erwin Deichsel lenkte die Aufmerksamkeit zuerst auf den sehr erfolgreichen 22. Brandenburgischen Zahnärztetag,

§ 630 c BGB: „Weiß der Behandelnde, das eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist ..., muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung informieren. ...“

Präsident und Vorstandsmitglieder berichteten aus ihren Bereichen





der mit seinem Thema „Parodontologie“ knapp 1.500 Teilnehmer in die Messe Cottbus lockte. Dr. Deichsel lobte nochmals ausdrücklich die Verwaltung der Kammer für den reibungslosen Verlauf dieser Großveranstaltung. Für den 23. Zahnärztetag am 22. und 23. November sind die Vorbereitungen bereits in vollem Gange. Erfolgreich verlief auch das vergangene Jahr für das Fortbildungsinstitut „Philipp-Pfaff“ in Berlin. „Noch etwas mehr Resonanz würden wir uns aber bei einigen Kursen der dezentralen Fortbildung wünschen“, womit Dr. Deichsel an die attraktive Fortbildung direkt vor der Haustür erinnerte.

Neben der Fort- und Weiterbildung ist der Vizepräsident für den Bereich Haushalt und Finanzen zuständig. Jedes Jahr erfolgt eine Finanzüberprüfung durch die Prüfstelle der BZÄK. Wie in den Jahren zuvor bescheinigte die Prüfstelle der Kammer eine sparsame Haushaltsführung und einen ordnungsgemäßen Umgang mit den Mitteln. Gleichsam wies der Vorsitzende der Prüfstelle, Karsten H. Kelm, den Vorstand darauf hin, dass die Kammer dazu angehalten ist, 50 Prozent des Haushaltes als Rücklage zu planen – der Grund für die vorgesehene Änderung der Beitragsordnung (mehr dazu am Schluss).

Mehr Analogabrechnungen mit neuer GOZ

Neue Diskussionsansätze rund um die GOZ erläuterte Vorstandsmitglied **Dr. Heike Lucht-Geuther** den Versammlungsmitgliedern. So sei festzustellen, dass mit der neuen GOZ auch eine deutliche Zunahme von Analogabrech-

nungen einhergegangen ist. „Dieser Bereich ist viel komplexer geworden, als er es jemals war“, betonte die Zahnärztin aus Hennigsdorf. Sie verwies darauf, dass seitens der BZÄK eine Analogliste und ein Kommentar zur GOZ vorliegen und bundesweit auf Zustimmung stoßen. Für ihre Fragen zur Gebührenordnung nutzen die brandenburgischen Zahnärzte nach wie vor die GOZ-Sprechstunden jeden Mittwoch. Schwerpunkte im vergangenen Jahr waren die Rechnungslegung sowie Erstattungsschwierigkeiten.

Zum Patientenrechtegesetz ergänzte Dr. Heike Lucht-Geuther die Aussagen von Jürgen Herbert um einige Punkte, da sie für den Bereich Patientenberatung zuständig zeichnet. „Aus meiner Sicht handelt es sich bei dem Gesetz um eine Kodifizierung des Behandlungsvertrages. Die Relevanz für die Zahnärzte bleibt abzuwarten. Fest steht, dass wir im Land Brandenburg bereits ein gut funktionierendes Netzwerk an Beratung haben, welches wir regelmäßig auf den Prüfstand stellen“, erklärte Dr. Lucht-Geuther.

Z-QMS mit erweitertem Service-Portal

Einer ständigen Prüfung unterzieht die Kammer auch ihr Zahnärztliches QualitätsManagementSystem (Z-QMS), wie **Thomas Schwierzy** ausführte. So wurde das Internet-Portal www.z-qms.de um den Bereich Zahnmedizinische Fachangestellte erweitert. Hier hat der Zahnarzt nun die Möglichkeit, sich beispielsweise den Ausbildungsvertrag herunterzula-

Beteiligten sich an der Diskussion (v.l.n.r.): Dr. Georg Luh, Dr. Dirk Weißlau, Dipl.-Stom. Reimund Zlobinski

den. „Das Online-Angebot wird von den Zahnärzten rege genutzt“, so das Vorstandsmitglied. Genutzt worden ist auch das Angebot, das Praxisteam mit einem Fortbildungskurs auf Praxisbegehungen vorzubereiten: Rund 300 Teilnehmer besuchten im vergangenen Jahr dieses kammereigene Angebot.

Im Bereich Zahnärztliche Berufsausübung stehen aktuell wieder Veränderungen an. So soll unter anderem die Medizinprodukteverordnung überarbeitet werden. Die neue RKI-Hygienerichtlinie – seit Herbst 2012 in Kraft – habe nicht viel Neues gebracht. Thomas Schwierzy dazu: „Ein positiver Aspekt ist, dass allen, die einen medizinischen Beruf oder in diesem Bereich eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können, der Sachverstand zur Aufbereitung zugesprochen wird.“ Zur neuen RKI erläuterte das Vorstandsmitglied ergänzend, dass die Industrie nunmehr dazu verpflichtet sei, die Aufbereitung der Medizinprodukte schriftlich – mittels Gebrauchsanweisung – zu benennen. Eine Unterlassung stelle einen Verstoß gegen die Medizinproduktesicherungsverordnung dar und könne dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Ahndung angezeigt werden. Dies sollte bei Kaufentscheidungen berücksichtigt werden.

Mit „Biss“ positives Image der Zahnärzteschaft unterstreichen

Dipl.-Stom. Bettina Suchan, im Vorstand verantwortlich für die Bereiche Öffentlichkeitsarbeit und Präventionsarbeit, stellte unter anderem die Imagebroschüre der BZÄK mit dem Titel „Biss“ vor, die alle Kammerversammlungsglieder vor Beginn der Tagung erhalten hatten. Mit der Broschüre „Biss“ können insbesondere im Ehrenamt tätige Zahnärzte Regionalpolitiker oder Institutionen informieren, wie breit gefächert sich die Zahnärzteschaft bundesweit engagiert. Das betrifft das Bestreben um eine gesunde Mundgesundheit in allen Teilen der Bevölkerung ebenso wie soziale Anteilnahme im In- und Ausland. So beispielsweise die Aktion „Mund auf gegen Blutkrebs“, womit Bettina Suchan auf eine weitere Maßnahme der Öffentlichkeit verweist. „Diese gemeinsame

Aktion von Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Knochenmarkspenderdatei (DKMS), welche von uns unterstützt wird, startete im Frühjahr. Wir bitten Sie als Zahnärzte, Ihre Patienten zu informieren, um für mehr Aufmerksamkeit rund um Stammzellspende und Leukämie zu werben.

Öffentlichkeitsarbeit ist letztendlich auch Präventionsarbeit. Dazu zählt beispielsweise der jährlich stattfindende „Tag der Zahngesundheit“, den die Kammer für Grundschüler am 18. September im Tierpark Cottbus ausrichtet. Auch 2013 werden wieder um die 500 Kinder aus der Region das Angebot nutzen können, wie Bettina Suchan betonte.

Vorsichtiger Optimismus bei Ausbildungszahlen

Wird es in Brandenburg in Zukunft wieder mehr ausgebildete Zahnmedizinische Fachangestellte geben? Betrachtet man den Zahlen, die Dr. Thomas Herzog – für das ZFA-Referat verantwortlich – vorstellte, dann ist das der Fall. „Bei der Kammer sind aktuell mehr Auszubildende im ersten Lehrjahr eingetragen als noch vor einem Jahr“, sagte das Vorstandsmitglied. Breite Berufsberatung auf den Messen des Landes sei dabei ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Jugendlichen für diesen Beruf zu begeistern. Abzuwarten bleibt, wie sich die Ausbildungszahlen in den kommenden Jahren entwickeln – und ob der Aufwärtstrend weiter anhält. Ferner berichtete Dr. Herzog über die qualifizierten Fortbildungsangebote für die Praxismitarbeiter insbesondere in Zusammenarbeit mit dem Philipp-Pfaff-Institut. 50 brandenburgische ZFA sind dort im Jahr 2012 Zahnmedizinische Prophylaxeassistenten geworden, 14 Zahnmedizinische Verwaltungsassistenten (ZMV). Zwölf ZFA wählten den Weg der Fernschule für einen ZMV-Abschluss. Vier Praxismitarbeiterinnen erwarben den Abschluss als Dentalhygienikerin.

Entlastung für den Vorstand

Neben ausführlichen Berichten der einzelnen Vorstandsmitglieder über ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche standen mehrere Be-



schlussfassungen auf der Tagesordnung der Frühjahrsversammlung. Nach dem Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses, **Dr. Harald Renner**, erteilten die Kammerversammlungsmitglieder mehrheitlich dem Vorstand Entlastung und verabschiedeten den Haushaltsabschluss 2012.

Kammerbeitrag wird 2014 steigen

Zur Diskussion stand der Antrag des Finanzausschusses, eine neue Beitragsordnung zu beschließen. Die neue Beitragsordnung sieht in der Anlage eine Beitragserhöhung für alle Beitragsgruppen vor. Über 15 Jahre war der brandenburgische Kammerbeitrag konstant und bundesweit einer der niedrigsten.

Neue und qualitativ erweiterte Anforderungen an die Zahnarztpraxen, wie Mitarbeitergewinnung und -qualifizierung, Patientenberatung, Röntgen, Abfallentsorgung, Abwasser, Datenschutz, MPG, RKI, praxisinternes Qualitätsmanagement inklusive der Praxisbegehungen, haben auch die Kammeraufgaben qualitativ und quantitativ beeinflusst. Kenntnisstandsprüfungen im Rahmen von EU-Regelungen, Alters- und Behindertenzahnheilkunde, Ausbildungsbörsen, kammereigenes Qualitätsmanagementsystem (Z-QMS) oder Internetauftritt der Kammer sind nur einige Beispiele, die vor zehn Jahren noch keine oder eine untergeordnete Rolle in der Kammerarbeit spielten. Von den Mitgliedern des Finanzausschusses

und dem Vorstand wurde darauf hingewiesen, dass die Realisierung der Kammeraufgaben, die jährlichen Beitrags-, Kosten- und Preissteigerungen im Zusammenhang mit annähernd gleichbleibenden Einnahmen dringenden Handlungsbedarf aufzeigen und eine angemessene Erhöhung des Beitragsaufkommens erforderlich macht.

In der Diskussion wurden verschiedene Vorschläge einzelner Kammerversammlungsmitglieder zu möglichen Kostensenkungen oder Einnahmenerhöhungen für den Kammerhaushalt besprochen, die aber letztlich zu keinem mehrheitsfähigen Ergebnis führten. Die Kammerversammlung beschloss daraufhin die vom Finanzausschuss eingebrachte Beitragsordnung zum 1. Januar 2014. Die Satzung wird nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im „Zahnärztblatt Brandenburg“ veröffentlicht.

Nachwahl Ausschussmitglied

Abschließend hatten die Zahnärzte über die Nachwahl eines Mitgliedes für den Weiterbildungs- und Prüfungsausschuss Kieferorthopädie zu befinden. Einstimmig wurde Dr. Benno Damm aus Bad Liebenwerda für diese Position bestimmt. ◉

Anita Franz (I.)
zeichnet bei der
Kammer für die
ordentliche Buchführung
verantwortlich;

rechts:
Abstimmungs-
prozedere

Hinweis:

Die nächste Kammerversammlung findet am 16. November 2013 in Motzen statt.



Die VV-Vorsitzenden trafen sich am 23. März in Berlin

VV-Vorsitzende tagten in Berlin

Die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen aller Kassenzahnärztlichen Vereinigungen treffen sich regelmäßig, um Erfahrungen und Informationen auszutauschen. Die Veranstaltung wurde diesmal von der KZV Berlin ausgerichtet.

Autor: Dr. Marius Radtke,
VV-Vorsitzender der KZV Berlin

Berlin ist immer eine Reise wert – selbst bei frostigen Temperaturen. Immerhin zeigte sich die Hauptstadt am 23. März 2013 ihren Gästen bei strahlendem Sonnenschein. So trafen sich im noch winterlichen Berlin die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der KZVen der Bundesländer zu ihrer regelmäßigen Sitzung. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin, Dr. Marius Radtke, begrüßte gemeinsam mit seiner Stellvertreterin, Frau Julie Fotiadis-Wentker, die angereisten Gäste im Großen Saal der KZV Berlin. Auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KZV Berlin, Dr. Karl-Georg Pochhammer, ließ es sich nicht nehmen, die Gäste im Berliner Zahnärzتهاus willkommen zu heißen.

Stärkung des Ehrenamts

Alle halben Jahre treffen sich die Vorsitzenden oder ihre Stellvertreter, um Informationen und Erfahrungen auszutauschen. Da neben den

Mitgliedern der einzelnen Vertreterversammlungen auch der Vorsitzende und sein/e Stellvertreter/in ehrenamtlich tätig sind, dienen diese turnusmäßig stattfindenden Treffen der Stärkung des Ehrenamts in der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Themen im Detail

Wie bei jedem Treffen war die Liste der Themen umfangreich.

Einige Ländervertreter berichteten über ihre intensive Zusammenarbeit und informelle Einbeziehung als Vorsitzende der Vertreterversammlung in die Vorstandsarbeit.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt war der § 274 SGB V (dieser befasst sich mit der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung). Hiernach haben die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder in einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Prüfungen durchgeführt. Zu beklagen war leider der teilweise unsensible Umgang mit vertraulichen Daten.

Thema waren zudem die Zusammenarbeit sowie Konflikte zwischen Gruppierungen innerhalb der einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Dabei wurde festgestellt, dass in der weit überwiegenden Zahl der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zusammenarbeit gut funktioniert – auch über Verbandsgrenzen hinweg.

Die Entschädigungsordnungen (Kilometerpauschale, Entschädigung der Vertreter) waren ebenfalls Gegenstand der Diskussion.

Über den Stand der Punktwertverhandlungen und die Situation nach dem „Reset“ waren die Berichte sehr heterogen. Während die Verhandlungen in einigen KZV-Bereichen schon abgeschlossen waren, hatten sie in anderen noch nicht begonnen. Somit fiel die Berichterstattung sehr unterschiedlich aus. Zudem bedauerten vereinzelt Teilnehmer, dass einige Vertreter der Krankenkassen oft ohne ausreichende Vollmacht zu den Verhandlungsterminen kämen. Lästige und oft unnötige Verzögerungen sind die Folge und könnten vermieden werden.

Broschüre informiert über die Bürgerversicherung

Informiert wurde ferner über die Broschüre „Bürgerversicherung auf dem Prüfstand“. Vertreter aus den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein haben sich zu einer Arbeitsgruppe (AG KZVen) zusammengeschlossen und gemeinsam diese Broschüre im Vorfeld der Bundestagswahl entwickelt. Diese Broschüre wird zeitnah an die Kollegen verteilt; andere interessierte Länder sind in der Arbeitsgruppe jederzeit willkommen.

Selbstverständlich durfte auch das Ende Februar in Kraft getretene Patientenrechtegesetz an diesem Tag auf der Agenda nicht fehlen. Hier ging es vor allem um den § 13a SGB V (Krankenkasse entscheidet über Antrag auf Leistungen nicht) und die unterschiedlichen Fristen. Im Gesetz heißt es: „Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig,

spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antrags- eingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen Stellung.

Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Der Gesetzgeber unterscheidet hier also zwischen gutachterlichen Stellungnahmen des MDK und den vertraglich vorgesehenen Gutachten im zahnärztlichen Bereich. Welche Konsequenzen diese unterschiedliche Behandlung haben wird, bleibt abzuwarten.

Aus einem Bundesland wurde über die Bemühungen der Finanzbehörde berichtet, für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG's) eine Gewerbesteuer einzuführen.

Gedankenaustausch auch weiterhin notwendig

Alle Anwesenden waren sich darüber einig, wie wichtig ein solcher Gedankenaustausch für ein erfolgreiches standespolitisches Wirken ist. Das nächste Treffen ist für den Herbst 2013 in Würzburg bereits notiert. Dann wird die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern die Vorsitzenden der Vertreterversammlung oder ihre Stellvertreter in Würzburg begrüßen. ●

Patientenberatung als kompetenter Partner

Die Patientenberatung der KZV Land Brandenburg hat sich in den fast 20 Jahren ihres Bestehens mit ihren Aufgaben entwickelt und verändert. Jederzeit war sie ein fester Bestandteil der Serviceleistungen der Zahnärzte für ihre Patienten.



Cornelia Braun,
Patientenberatung
der KZVLB

Autorin: Cornelia Braun,
Abteilung Patientenberatung der KZVLB

Die modernen Medien und die fortschrittliche Zahnmedizin geben heute den Patienten die Möglichkeit, aus einer Vielzahl von Versorgungsmöglichkeiten zu wählen. Daraus resultiert ein hohes Informationsbedürfnis nach Behandlungsalternativen, Materialien, Techniken und Kosten.

Die Zahnarztpraxen sehen sich zunehmend kritischeren Patienten gegenübergestellt, die ihre Behandlungen hinterfragen. Für die Arbeit in den Praxen bedeutet dies eine sehr zeitintensive Beratungstätigkeit. Das neue Patientenrechtegesetz wird diese Entwicklung zusätzlich forcieren und voraussichtlich auch eine Änderung des Anspruchsverhaltens der Patienten bewirken.

Die Patientenberatung der KZV Land Brandenburg – als Service der Brandenburger Zahnärzte – steht den brandenburgischen Zahnarztpraxen und ihren Patienten auch weiterhin als kompetenter Ansprechpartner zur Seite. Dabei können, wollen und dürfen die Mitarbeiter der Patientenberatung die notwendige zahnärztliche Aufklärung und Beratung in der Praxis

niemals – auch nicht ansatzweise – ersetzen! Die Beratungsangebote der KZV Land Brandenburg haben sich seit ihrer Gründung gut etabliert und werden umfangreich durch die Patienten genutzt.

Auch die Krankenkassen wurden auf das Beratungsangebot aufmerksam und vermitteln ihre Versicherten mit zahnärztlichen Problemen gern an die KZV. Der überwiegende Teil der Anfragen betrifft keine medizinischen Sachverhalte, sondern hauptsächlich Probleme rund um Recht und Vertrag, Kosten und Lotsendienst. Die Beratung erfolgt telefonisch, per Brief oder E-Mail durch die Mitarbeiterinnen der Verwaltung.

Zweitmeinungsberatung

Darüber hinaus gibt es im Rahmen des monatlichen Patientensprechtages seit 2006 mit dem „Zweitmeinungsmodell“ einmal im Monat für die Patienten die Möglichkeit, eine persönliche fachliche Beratung durch einen der Beratungszahnärzte einzuholen. Hier geht es hauptsächlich um Fragen zu einem Heil- und Kostenplan bzw. nach Behandlungsalternativen.

Im Jahre 2012 wurden ca. 3.800 Patienten von den Mitarbeiterinnen der Verwaltung der KZV und 110 Patienten im Rahmen des Zweitmeinungsmodells durch einen Zahnarzt beraten. Die Anliegen der Patienten reichen von einfachen Bonusanfragen, Informationen über rollstuhlgerechte Praxen, Spezialgebiete, Fragen zum Leistungsumfang der GKV, Anlagen zum Heil- und Kostenplan, Zahnersatz im Ausland bis zu Vermittlungsversuchen bei Konfliktsituationen zwischen dem Zahnarzt und Patienten. Für einige Patienten ist es wichtig, sich die von ihrem Zahnarzt gestellte Diagnose noch einmal bestätigen zu lassen. Andere haben Fragen zur Therapie, wollen ihren Zahnarzt damit

(v. l.) Patientin im
Beratungsgespräch
mit
Beratungszahnärztin
Dipl.-Stom.
Kirsten Spur
und den
Mitarbeiterinnen der
Patientenberatung
Annett Klinder und
Cornelia Braun



jedoch nicht belasten oder trauen sich nicht, „dumme Fragen“ zu stellen. Auch schriftliche Beschwerden über angeblich falsche Behandlungen, Diagnosen und Rechnungen sowie Leistungsverweigerungen durch die Krankenkassen werden durch die Mitarbeiterinnen der Verwaltung der KZV bearbeitet.

Imagepflege und Vertrauen

Ein wichtiges Anliegen ihrer Tätigkeit ist es, dass das Vertrauensverhältnis der Patienten zu ihrem behandelnden Zahnarzt keinen Schaden nimmt. Dazu gehört ein gewisses Fingerspitzengefühl, viel Einfühlungsvermögen, umfangreiches fachliches Wissen und ein hohes Maß an sozialer Kompetenz.

Es gibt aber auch Situationen, in denen die Patientenberatung kaum behilflich sein kann. So im Fall einer Patientin, die sich ihren Zahnersatz in Ungarn fertigen ließ. Das mitgebrachte Röntgenbild offenbarte unvollendete Wurzelbehandlungen, entzündliche Prozesse an einigen Zahnwurzeln und tiefe Zahnfleischtaschen. Darüber erfolgte in Ungarn eine prothetische Versorgung mit Kronen während eines einwöchigen Urlaubs. Die Patientin wurde von ihrer Krankenkasse an die Beratungsstelle der KZV

verwiesen. Eine Begutachtung durch die Krankenkasse wurde abgelehnt. Nach eingehender Erläuterung der Befundsituation durch den Beratungszahnarzt konnte der Patientin nur die Empfehlung gegeben werden, über eine zivilrechtliche Klage (Gerichtsstand Ungarn) ihre Ansprüche geltend zu machen.

Zunehmend mehr Patienten möchten ihre Rechnungen prüfen lassen. Die Überschreitung von Kostenvoranschlägen, die Berechnung von Privat- und Zusatzleistungen bei GKV-Versicherten sind immer häufiger abgefragte Probleme. Hierbei stellt sich leider oft heraus, dass die Patienten nicht genügend aufgeklärt wurden bzw. mit ihnen keine der vertraglich notwendigen Vereinbarungen geschlossen wurden. In solchen Situationen versuchen die KZV-Mitarbeiterinnen trotz der schwierigen Rechtslage eine einvernehmliche Lösung zwischen Zahnarzt und Patient und gegebenenfalls der Krankenkasse zu erwirken.

Die Patientenberatung der KZV Land Brandenburg kann auf eine fast 20-jährige Erfolgsgeschichte zurückblicken und wird auch zukünftig ein fester Bestandteil der Serviceleistung der Zahnärzte für ihre Patienten im Land Brandenburg sein.

unten: Die mittlerweile bei vielen Patienten bekannte Patienteninformation der KZVLB zur Zahnarzt-Zweitmeinung



Zahnarzt-Zweitmeinung

Haben Sie Fragen zu einer geplanten Zahnbehandlung? Dann wenden Sie sich bitte zunächst an Ihren Zahnarzt. Wünschen Sie zusätzlich eine zweite Meinung?

Zahnarzt-Zweitmeinung heißt die neue Anlaufstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg für Patienten. Die persönliche, kostenlose Beratung findet an jedem letzten Dienstag im Monat in der Helene-Lange-Straße 4-5 in Potsdam statt. Das Einholen einer zweiten Meinung bei der Beratungsstelle der KZVLB setzt voraus, dass Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, und dass bereits eine konkrete Behandlungsplanung Ihres behandelnden Zahnarztes in Form eines Heil- und Kostenplanes vorliegt. Nach Möglichkeit sollten Sie Ihre Röntgenbilder mitbringen. Der Zweitmeinungs-Zahnarzt erläutert die Planung und beantwortet die damit verbundenen Fragen. Gegebenenfalls zeigt er Alternativen zur Behandlungsplanung des „Erstzahnarztes“ auf. Die zahnärztlichen Beratungsstellen stehen Ihnen natürlich ebenso zur Verfügung, wenn Sie Fragen haben, die sich nicht konkret auf Zahnersatz beziehen. Sie erhalten dort auch allgemeine Informationen über neue Behandlungsmethoden und Therapiealternativen oder Auskünfte zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse sowie zu zahnärztlichen Privatrechnungen. Auch bei Konflikten zwischen Patient und Zahnarzt stehen die Beratungsstellen als Ansprechpartner bereit.



Normalität in den meisten Kindertagesstätten im Land: Nach dem Mittag werden die Zähne geputzt.

Erstmals Daten zu den jüngsten Kindern

Frühkindliche Karies bei Kleinkindern im Land Brandenburg – eine landesweite Studie zur Epidemiologie und zu Risikofaktoren, durchgeführt von Dr. G. Rojas, M. Deichsel, K. Lüdecke, Prof. Dr. R. Heinrich-Weltzien

Autorin: Dr. Gudrun Rojas,
Brandenburg an der Havel

Die kritische Sicht auf die Mundgesundheit von Kleinkindern im Alter von 0 bis 3 Jahren hat das Universitätsklinikum Jena veranlasst, die ersten landesweiten zahnärztlichen Untersuchungen dieser Kinder in Kindereinrichtungen des Landes Brandenburg im Rahmen eines Kooperationsprojektes wissenschaftlich zu begleiten. Im Ergebnis des Projektes liegen erstmals Daten für die Altersgruppe der 13 bis 36 Monate alten Kinder zur Prävalenz der frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries – ECC) und ihrer Korrelation zum Gesundheitsverhalten und Sozialstatus der Eltern in einem Bundesland der Bundesrepublik Deutschland vor. Sie bestätigen bestehende Präventionsprogramme und geben Impulse für in Planung befindliche Programme. Weiterhin werden Risikofaktoren aufgedeckt, die zur Entstehung der frühkindlichen Karies beitragen. Eine ausführliche Darstellung der Studie wurde im Bundesgesundheitsblatt 2012, 55 1504-1511 veröffentlicht. Ausgewählte Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden in diesem Artikel vorgestellt.

Hintergrund Studienergebnisse

Aus der Literatur ist bekannt, dass die ECC weltweit die häufigste chronische Erkrankung bei Kleinkindern ist mit Folgen wie Schmerzen, Keimschädigungen der nachfolgenden permanenten Zähne oder – als Resultat von Milchzahnextraktionen – ein Platzmangel im bleibenden Gebiss. Darüber hinaus ist die Infektanfälligkeit der Kinder erhöht und es kann zu Sprachstörungen, einem negativen Einfluss auf das schulische Leistungsvermögen und die soziale Kompetenz kommen. Eine umfangreiche Sanierung des Milchgebisses ist im Kleinkindalter in der Regel nur in Allgemeinanästhesie (Intubationsnarkose) möglich und mit einem hohen Kostenaufwand verbunden.

Untersuchung und Datenanalyse

Im Schuljahr 2009/2010 wurde der Kariesbefall von 661 Kindern aus acht Landkreisen und zwei kreisfreien Städten, die in Kindertagesstätten (Kitas) oder von Tagesmüttern/-vätern betreut wurden, nach WHO-Standard (1997) durch kalibrierte Zahnärzte der Gesundheits-

Korrespondenz-
adresse:
Dr. Gudrun Rojas
Zahnärztlicher
Dienst,
FG Gesundheit,
FB Jugend, Soziales
und Gesundheit,
Stadt Brandenburg
an der Havel
14767 Brandenburg
an der Havel
[gudrun.rojas@stadt-
brandenburg.de](mailto:gudrun.rojas@stadt-brandenburg.de)

ämter erfasst. Das Gesundheitsverhalten sowie der Sozialstatus der Eltern (Brandenburger Sozialindex) wurden fragebogenbasiert ermittelt. Es erfolgte eine anonymisierte Verknüpfung der Daten. Signifikante Variablen zum Zusammenhang zwischen dem Kariesbefall der Kinder und den Fragebogenvariablen wurden nach bivariater Auswertung mit einer multiplen binären logistischen Regressionsanalyse untersucht und erneut auf ihre Signifikanz geprüft.

Mundgesundheit der 13 bis 36 alten Monate Kinder

Die Kariesprävalenz lag in der Stichprobe der 13 bis 36 Monate alten Kinder auf Schmelzkaries-(d1-4)-Niveau bei 7,4 Prozent und auf Dentinkaries-(d3-4)-Niveau bei 5,3 Prozent, wobei 25 bis 36 Monate alte Kinder signifikant häufiger Karies aufwiesen als Kinder im Alter von 13 bis 24 Monaten. Der Kariesbefall betrug $0,3 (\pm 1,2)$ d1-4mft bzw. $0,2 \pm 1,0$ d3-4mft. Da keine signifikanten Unterschiede von Kariesprävalenz, Kariesbefall sowie Alters- und Geschlechtsverteilung in der Stichprobe mit Elternbefragung ($n=661$) und der Gesamtpopulation aller Kinder in den zehn Landkreisen/kreisfreien Städten ($n=10.161$) festgestellt wurden, ist die Stichprobe repräsentativ. Der SiC-Index lag bei $0,8 (\pm 2,0)$ d1-4mft. Zwei Prozent der Kinder vereinten 52 Prozent des Kariesbefalls auf sich. Der Sanierungsgrad betrug 19,9 Prozent, der Füllungsindex zehn Prozent.

Der Sozialstatus, das Alter des Kindes und die nächtliche Saugerflaschengabe sind die Hauptrisikofaktoren der ECC.

Die Auswertung der bivariaten Analyse ergab, dass Kinder mit Karies signifikant länger die Saugerflasche verabreicht bekamen und öfter nächtlichen Zugang zur Flasche hatten. Die Eltern waren häufiger jünger als 20 Jahre alt und hatten signifikant häufiger einen niedrigen Sozialstatus. Die Kinder wuchsen vielfach mit allein erziehenden Elternteilen auf, waren größtenteils nach dem zweiten Lebensjahr erstmalig beim Zahnarzt und erhielten dort oft keine Aufklärung zur frühkindlichen Karies. Die multivariate logistische Regressionsanalyse zeigte, dass der Sozialstatus, das Alter des

Kindes und die nächtliche Saugerflaschengabe die Hauptrisikofaktoren der ECC sind.

Fazit und Empfehlungen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Präventionsprogramme zur Reduktion der frühkindlichen Karies so früh wie möglich beginnen, flächendeckend aufgebaut und intersektoral ausgerichtet sein sollten, um die gesundheitliche Benachteiligung von Kindern mit niedrigem Sozialstatus zu kompensieren. Eine Kooperation aller, die das gesunde Aufwachsen von Kleinkindern begleiten, ist bedeutsam. Eltern, Gynäkologen, Kinderärzte, Hebammen und Familienpaten, Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter, Zahnärzte, Erzieher und Kita-Träger bilden hierbei ein Netzwerk. Eine individuelle zahnärztliche Beratung und Aufklärung der Eltern sowie eine Anhebung des Sanierungsgrades der an frühkindlicher Karies erkrankten Kinder sind ebenfalls erforderlich.

In die settingorientierte gruppenprophylaktischen Betreuung gem. § 21 SGB V sind Kleinkinder ab dem ersten Milchzahn einzubeziehen. Das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta sollte dabei für alle Kinder ebenso ein Bestandteil der Betreuungskonzepte sein, wie lokale Fluoridierungsmaßnahmen für Kinder der Kariesrisikogruppe. Die nachhaltige Schaffung eines mundgesundheitsförderlichen Umfelds in Kindertagestätten kann gelingen, wie das Präventionsprogramm

„Kita mit Biss“ (www.frankfurt-oder.de) zeigt. Die Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühkindlichen Karies sind die Zielrichtungen dieses intersektoralen Präventionsprogramms, in dem mit Erzieherinnen Handlungsleitlinien für den Kita-Alltag entwickelt wurden, die sich in der Praxis bewähren. Flyer, die bei der Elternarbeit und Einführung des Programms in anderen Regionen des Landes Brandenburg und darüber hinaus eingesetzt werden, sind unter www.brandenburger-kinderzaehne.de nachlesbar und werden Interessenten gern zur Verfügung gestellt. ●



Das Logo der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg



Die Öffentlichkeitsarbeiter von Kammern und KZVen diskutierten Möglichkeiten der Ansprache zahnmedizinischer Risikogruppen.

Risikogruppen erreichen, aber wie?

Die KoKo Presse- und Öffentlichkeitsarbeit am 1. und 2. März in Saarbrücken befasste sich mit der Mundgesundheit sozialer Risikogruppen. Zwar hat sich die Zahngesundheit der Deutschen stetig verbessert, doch gilt dieser Trend nicht für alle.



Christina Pöschel
Abteilung Kommunikation der KZVLB

Autorin: Christina Pöschel
Potsdam

Während es um die Zahngesundheit der Deutschen allgemein immer besser steht, profitieren Randgruppen nicht von diesem Trend.

Dank langjähriger Prävention nimmt die Mundgesundheit der deutschen Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu anderen Industriestaaten einen Spitzenplatz ein. Auch die Zähne der meisten Erwachsenen sind heute gesünder als je zuvor, so belegt es die Auswertung der Deutschen Mundgesundheitsstudien. Dennoch ist das Ziel in punkto Mundgesundheit in unserem Land noch nicht erreicht.

Das positive Bild, das die Durchschnittszahlen vermitteln, widerspiegelt nämlich nicht die ganze Wahrheit. Neben den Menschen mit guter Zahngesundheit existieren hierzulande Risikogruppen, auf sich die meisten Zahnerkrankungen konzentrieren. Typische Vertreter dieser Gruppen sind Arme, Alte, Pflegebedürftige, Behinderte, Menschen mit niedrigem Sozialstatus, die in schwierigen sozialen Verhält-

nissen bzw. bildungsfern leben sowie Familien mit Migrationshintergrund – eigentlich ganz normale Mitglieder einer jeden Gesellschaft. Keinem von ihnen ist in unserem Land der Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen verwehrt, doch sie suchen den Zahnarzt oft erst dann auf, wenn sich gravierende Probleme einstellen. Manche tun es auch dann nicht. Hier stellt sich die Frage: Wie kann man diese Menschen erreichen? Wie können sie dazu gebracht werden, sich nicht erst bei Beschwerden um ihre Zähne zu kümmern, sondern Präventionsangebote rechtzeitig wahrzunehmen? Manchmal mangelt es einfach an einer gezielten, dem Einzelnen verständlichen Ansprache.

Besonders schwer haben es in Brandenburg alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen, die nicht in Berlinnähe oder einer der größeren Städte wohnen. Staatssekretärin Almut Hartwig-Tied, MUGV, äußerte sich dazu im Rahmen einer Konferenz: „Über die Zahngesundheit von Kindern wissen wir gut Bescheid, bei Erwachsenen wissen wir schon weniger und wie es bei Seniorinnen und Senioren aussieht, ist fast unbekannt“. Dr. Kerstin Fin-

Ziel der Zahnärzteorganisationen in Deutschland ist es, dass die Menschen auch bei steigender Lebenserwartung und individuellen Risikofaktoren ihre natürlichen Zähne bis ans Lebensende behalten.

ger, die mit ihrer mobilen Behandlungseinheit Patienten zu Hause aufsucht, erlebt es täglich: Vor allem in den ländlichen Regionen leben viele, denen der Weg zum Zahnarzt solche Mühe bereitet, dass sie seit Jahren keine Praxis mehr von innen gesehen haben. Nicht viel besser sieht es in manchen Pflegeheimen aus, in denen eine zahnärztliche Betreuung selten oder nur beim Auftreten von Schmerzen stattfindet und wo das Pflegepersonal über wenige bis keine Kenntnisse in der Zahn- und Mundpflege der Senioren verfügt.

Für all diese Patienten ist mit der neuen Gebührenposition im Leistungskatalog für die aufsuchende Behandlung und der Anpassung des Wegegelds Besserung in Sicht. Jedoch darf

die aufsuchende Betreuung auch in Zukunft nur einer von mehreren Wegen sein, immobile Patienten zahnärztlich zu behandeln. Ebenso wichtig ist es, diesen Menschen die Behandlung in der Zahnarztpraxis, die mehr Komfort und bessere Technik vorhält, zu ermöglichen.

Immerhin: Für alte, behinderte und pflegebedürftige Patienten ist der Anfang gemacht. Weil auch die Politik die Dringlichkeit erkannt hat, wurden in Brandenburg diverse Gesundheitsprojekte ins Leben gerufen. So nimmt sich beispielsweise auch die Arbeitsgruppe „Mundgesundheit im Alter“ im Rahmen von „Gesund Älter werden in Brandenburg“ der Problematik an. Jetzt gilt es, die Theorie durch viele kleine Initiativen vor Ort in die Praxis umzusetzen. ●

ANZEIGEN

ZahnRat bleibt eine Zeitschrift für Patienten

Zur jüngsten Redaktionstagung am 1. März in Saarbrücken verständigten sich die Herausgeber auf ein Grundverständnis zum ZahnRat: Er ist eine Patientenzeitschrift – eine Wartezimmerbroschüre. Die Zielgruppe ist der Patient im Wartezimmer.



(v.l.n.r.):
 Jana Zadow-Dorr
 (LZÄKB),
 Sabine Fiedler (ZÄK
 S-A), Matthias Frölich
 (LZÄKT),
 Konrad Curth,
 Dr. Gerald Flemming
 (beide ZÄK M-V),
 Dr. Jochen Schmidt
 (KZV S-A),
 Dipl.-Stom. Bettina
 Suchan (LZÄKB),
 Dr. Carsten Hünecke
 (ZÄK S-A)

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

Gedacht ist er auch als Unterstützung für den Zahnarzt beim Informationsgespräch mit seinem Patienten über bestimmte Therapiemöglichkeiten, Krankheitsursachen oder Behandlungsmethoden. Der ZahnRat soll vom Patienten verstanden werden. Er ist keine wissenschaftliche Publikation für die Zielgruppe Zahnarzt. Dass das auch in Zukunft so bleiben wird, darüber waren sich die Teilnehmer der Redaktionssitzung am 1. März in Saarbrücken einig.

Kurz zuvor hatte die Ausgabe mit der Nummer 72 des ZahnRates zum Thema Kiefergelenk eine überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit durch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) erfahren. Bis zur wissenschaftlichen Stellungnahme der Gesellschaft war dieser der erfolgreichste ZahnRat, der jemals publiziert wurde. Nach einer kontrovers geführten Diskussion einigten sich alle Anwesenden darauf, dass der ZahnRat 72 thematisch durch die Ausgabe Nummer 80 ersetzt wird. Mecklenburg-Vorpommern wird diese Aufgabe übernehmen.

Weiterhin einigten sich alle Teilnehmer darauf, dass auch in Zukunft im ZahnRat das jeweilige Thema populär aufbereitet wird, damit der normale Patient es versteht. Dass dabei fachlich korrekt gearbeitet werden soll, versteht sich von selbst.

Brandenburg hat bei der Nummer 81 im IV. Quartal 2013 zum Thema „Kronen“ wieder die redaktionelle Verantwortung. ☹

Neuzulassungen im Land Brandenburg

Am 21. März tagte der Zulassungsausschuss für Zahnärzte turnusgemäß in der KZV. Auf dieser Sitzung wurde drei Anträgen auf Zulassung eines Vertragszahnarztsitzes im Land Brandenburg positiv beschieden. Wir sagen: „Herzlich willkommen“.

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses findet am 13. Juni 2013 statt. Annahmestopp für die Unterlagen ist der 17. Mai 2013.

Name	Planungsbereich	Vertragszahnarztsitz
Zahnarzt Brüning, Sebastian	Oder-Spree	Buggenhagenstraße 44 15517 Fürstenwalde
Zahnarzt Hanisch, Norbert	Teltow-Fläming	Seebadallee 1 15834 Rangsdorf
Zahnärztin Langer, Sandra	Havelland	Ringstraße 2 14612 Falkensee ☹



Der Jubiläumskurs
– mehr als 100 DHs
hat das Philipp-Pfaff-
Institut in den letzten
sieben Jahren fortge-
bildet

Die 100. Dentalhygienikerin verabschiedet

Im April 2013 verabschiedete das Philipp-Pfaff-Institut die Teilnehmerinnen seines diesjährigen DH-Seminars – mittlerweile des siebenten Kurses in Folge. Dieses Fortbildungskonzept wird deutschlandweit als „Goldstandard“ angesehen.



Dipl.-Kommunikationswirtin
Sabine Berg

Autorin: Sabine Berg, Marketingleitung | PR
Philipp-Pfaff-Institut

Da in diesem Jahr die 100. fortgebildete Dentalhygienikerin (DH) ihre Urkunde erhielt, wurde am Philipp-Pfaff-Institut besonders gefeiert. In diesem Rahmen würdigte das Institut insbesondere die Begründer dieses Berliner Fortbildungskonzeptes, dass von vielen Experten als der deutschlandweite Goldstandard für eine DH-Fortbildung angesehen wird.

Pfaff-Institut unterstützt Ansinnen des Berufsstandes

Als besonderer Gast begleitete Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, den Festakt. Er gratulierte den Absolventinnen im Namen des Berufsstandes. In seiner motivierenden Ansprache betonte er, dass die DHs eine zentrale Rolle in der Prävention einnehmen. Die Mundgesundheit in Deutschland würde zwar insgesamt besser werden, aber andere Probleme – wie die Parodontitis – nehmen deutlich zu. Diese gehören heute zu den Herausforderungen im zahnärztlichen Behandlungsspektrum.

Für die Behandlung und Betreuung der Patienten sei es unerlässlich, fortgebildete Mitarbeiter/-innen zu haben, die zum einen ge-

naue Kenntnisse des Krankheitsbildes im gesamten medizinischen Kontext haben und zum anderen auch die kommunikativen Kompetenzen besitzen, um den Patienten umfassend zu betreuen.

Diese Arbeit ist nicht nur für den Patienten eine große Bereicherung, sondern auch für den Berufsstand. Dafür ist es jedoch notwendig und wichtig, im Team zu arbeiten und Kompetenzen an Mitarbeiter zu delegieren. Die Strukturen für diesen Delegationsrahmen zu schaffen, ist Aufgabe der BZÄK als Vertretung des Berufsstandes. Die Gestaltung übernehmen kammereigene Institutionen wie das Philipp-Pfaff-Institut. Sie sorgen mit ihren breitgefächerten Fortbildungsinhalten im Auftrag des Berufsstandes für die umfassende Fortbildung der Mitarbeiter. Sie gewährleisten darüber hinaus, dass profunde fachliche Fähigkeiten vermittelt, die praktischen Fertigkeiten intensiv trainiert und die kommunikativen Fähigkeiten weiter ausgebaut werden.

Das Philipp-Pfaff-Institut hat sich hier zu einem Vorzeigeeinstitut in ganz Deutschland entwickelt, so Prof. Oesterreich. Gestärkt und unterstützt werde es dabei von der Zahnärztekammer Berlin und der Landes Zahnärztekammer Brandenburg. Bereits vor Jahrzehnten gehörten diese zu den ersten Institutionen, die mit

ihrem Fortbildungsinstitut ein ZMP-Seminar etablierten. Das war schon damals sehr mutig, so Prof. Oesterreich, da es zu dieser Zeit noch hieß „Schlag die Prophylaxe tot, denn sie nimmt uns unser täglich' Brot“. Der Paradigmenwechsel von Reparatur zu Prävention kam erst später. In diesem Zusammenhang lobte er das Engagement der Zahnärztekammer Berlin und des Philipp-Pfaff-Institutes, die Trends früh zu erkennen und entsprechende Fortbildungsgänge zu etablieren. Dafür bedankte sich Prof. Oesterreich im Namen des Berufsstandes, dem es letztlich zu Gute kommt, kompetente, fortgebildete Mitarbeiter im Team zu haben.

Zahnärzteschaft zollt den DH-Kursteilnehmerinnen Respekt

Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer Berlin, schaute bei seinem anschließenden Grußwort in stolze und fröhliche Gesichter und eröffnete seine Rede mit „Respekt“. Respekt für die erbrachten Leistungen, die in den vergangenen Monaten kontinuierlich gefordert wurde und ihren Höhenpunkt in den Abschlussprüfungen fand.

„Sie haben es richtig gemacht“, so der Präsident in seiner Ansprache. Das Philipp-Pfaff-Institut zähle zu den führenden Instituten in Deutschland. Die Fortbildungsqualität sei beispielhaft – sowohl in Hinblick auf die vermittelten Inhalte und praktisch erworbenen Fertigkeiten also auch bezogen auf das engagierte und hochqualifizierte Betreuersteam. Dieses besteht aus renommierten Parodontologen der Charité, niedergelassenen Spezialisten und erfahrenen Lehr-DHs. Stellvertretend für das Team ging der Dank an Dr. Thilo Schmidt-Rogge, dem Geschäftsführer des Institutes, an Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber, dem wissenschaftlichen Leiter des DH-Seminars, an PD Dr. Nicole Pischon als klinische Leiterin und an ZÄ Ilona Kronfeld-Möhring als organisatorische Leiterin dieser Aufstiegsfortbildung. Er appellierte schließlich an die neuen Dentalhygienikerinnen, die sich zur Crème de la Crème ihres Berufsbildes zählen dürften, engagiert und bescheiden zu bleiben und ihre Arbeit immer zum Wohle der Patienten auszurichten.



Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber und Frau PD Dr. Nicole Pischon, knüpften an die Worte des Kammerpräsidenten an. Sie betonten, dass es in Deutschland noch viel Potential und zahlreiche Wirkungsfelder für die Dentalhygienikerinnen gäbe.

Verhältnis Zahnarzt zu DH steigerungsfähig

So sei das Verhältnis Zahnarzt/DH beispielweise in den USA und Kanada 1:1*. Für Deutschland hingegen gäbe es keine Daten. Lediglich die Zahl der bestandenen Fortbildungsprüfungen zur DH zwischen 2000 und 2011 sind aus dem Jahrbuch 2011/12 der BZÄK bekannt: 496. Wie viele DHs in zahnärztlichen Praxen in Deutschland tatsächlich arbeiten, wird leider nicht erfasst. In Hinblick auf den hohen Prozentsatz erforderlicher Parodontologie-Leistungen in der Zahnmedizin, sei es umso erfreulicher, dass sich die Teilnehmerinnen für dieses Berufsbild entschieden haben.

Dr. Thilo Schmidt-Rogge, Geschäftsführer des Philipp-Pfaff Institutes, beglückwünschte die Teilnehmerinnen im Namen des Institutes. Er betonte noch einmal, dass nicht nur die Inhalte der Aufstiegsfortbildung einmalig sind, sondern auch das Zertifikat dazu, da es neben der ZÄK Berlin auch die Charité Universitätsmedizin als Beteiligte der Fortbildung ausweist: Ein Merkmal qualifizierter Fortbildung auf höchstem Niveau. ●

Prof. Oesterreich im Gespräch mit den Kurs-Absolventinnen des Berliner DH-Seminars

* Quelle:
Widström E et al.
Inter Dent J (2010)
60: 311

Informationen zu den nächsten DH-Kursen am Philipp-Pfaff-Institut erhalten Sie über www.pfaff-berlin.de

Einladung zum nächsten Arbeitskreis zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen

Die LZÄKB führt alljährlich innerhalb des Arbeitskreises Behindertenbehandlung eine Fortbildungsveranstaltung für Zahnärzte und Zahnärztinnen durch. In diesem Jahr lautet das Thema: „Zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen – Was ist möglich, wo sind die Grenzen? – Interdisziplinäre Versorgung“.

Der Referent ist: Dr. Volker Holthaus, Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Bad Segeberg;

1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung und Vorstandsmitglied im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen. Die Veranstaltung findet am Mittwoch, dem **5. Juni**, in der Zeit von 16:00 bis etwa 19:00 Uhr im Gebäude der KZV Land Brandenburg in Potsdam, Hofgebäude, 1. Obergeschoss, in der Helene-Lange-Straße 4-5 statt. Anmeldungen bitte über Ulrike Stieler, LZÄKB, Tel. 0355 381 48-20 oder ustielier@lzkb.de.

Pflegesituation bei Schwerstpflegebedürftigen

Oft wird bei Schwerstpflegebedürftigen die Zahn- und Mundhygiene vernachlässigt. Das hat viele Gründe: Sie ist mühsam und Pflegende haben Angst, etwas falsch zu machen, auch weil das Zähneputzen bei Patienten auf Ablehnung stoßen kann (Teil 1).

Autor: Dr. Guido Elsässer,
Kernen

Dass in Pflegeeinrichtungen bei der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege noch große Defizite bestehen, wurde inzwischen durch viele Studien aufgezeigt. In der ambulanten Pflege sind die Pflegedefizite vermutlich noch viel stärker ausgeprägt. Pflegebedürftige Menschen kommen nicht mehr oder nur noch selten in die zahnärztliche Praxis. Nicht alle Praxisteams suchen regelmäßig Pflegebedürftige im Heim oder zu Hause auf. Daher besitzen Zahnärzte und Prophylaxeassistentinnen in der Regel nur wenig professionelle Erfahrung mit dieser Patientengruppe. Es gibt auch kaum wissenschaftliche Untersuchungen über Mundhygienekonzepte für diese Gruppe. Selbst in der Altenpflegeausbildung wird nur am Rande auf die Zahn- und Mundhygiene eingegangen. Die Zahnarztpraxen aber werden von pflegenden Angehörigen, die zu Hause ca. 1,06 Millionen Pflegebedürftige pflegen, und Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Krankenschwestern

und Krankenpflegern aufgesucht, die ambulant ca. 555.000 und stationär ca. 717.000 Pflegebedürftige versorgen.

Der nachfolgende Artikel soll Hinweise geben, wie Zahn- und Mundhygiene bei Schwerstpflegebedürftigen durchgeführt werden kann und welche Empfehlungen das zahnmedizinische Prophylaxeteam pflegenden Angehörigen und Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten geben kann.

Ziele des Konzeptes

Die Mundschleimhaut erfüllt eine wichtige Barrierefunktion. Trockene, dünne, atrophische Schleimhaut kann brennen und hypersensibel auf Reizungen reagieren. Mikroverletzungen sind Eintrittspforten für Erreger. Deshalb muss die Mundschleimhaut feucht gehalten werden. Die Zähne müssen belagsfrei gehalten werden, um Karies und Parodontitiden vorzubeugen. Im Alter und als Nebenwirkung verschiedener Medikamente lässt die Speichelproduktion nach

Nachdruck aus ZBW
12/2012

Literaturverzeichnis
beim
Informationszentrum
Zahngesundheit
Baden-Württemberg
Tel: 0711/222966-14
Fax: 222966-21
E-Mail: info@zahnaerzteblatt.de

und sollte daher angeregt werden. Eine physiologische Mundflora beugt nicht nur Entzündungen vor, sondern auch Mundgeruch.

Es bestehen enge Zusammenhänge zwischen Lungenerkrankungen und oraler Gesundheit. So gilt als gesichert, dass eine Verbesserung der Mundhygiene und regelmäßige professionelle Zahn- und Mundhygienemaßnahmen das Auftreten und Fortschreiten von Lungenerkrankungen bei Schwerstpflegebedürftigen reduzieren. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn man beachtet, dass Lungenentzündungen eine der häufigsten Todesursachen bei Schwerstpflegebedürftigen sind. Somit ist oberstes Ziel die Schmerz- und Infektionsprophylaxe. Zahn- und Mundhygiene leisten einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der Patienten und tragen damit zur Lebensqualität auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit bei.

Lagerung der Patienten

Häufig können Schwerstpflegebedürftige nicht richtig abschlucken. Es besteht eine erhöhte Aspirationsgefahr. Durch falsche Mundhygiene wurden auch schon Todesfälle in der Literatur beschrieben. Daher sollte der Oberkörper erhöht gelagert werden. Bewährt hat sich das im Folgenden beschriebene Vorgehen:

Zahnpflege beim Sitzenden – Der Patient sitzt vor dem Waschtisch auf einem Stuhl. Die sitzende Position hat den Vorteil, dass der Patient nicht so schnell ermüdet und auch kleinere Pflegenden bei großen Patienten die Zahn- und Mundpflege gut durchführen können. Der Pfl-

gende steht hinter dem Patienten und umfasst dessen Kopf mit dem linken Arm. Der Kopf wird so durch Arm und Oberkörper des Pflegenden gestützt. Mit dem rechten Arm wird die Zahnpflege durchgeführt. Im Idealfall kann der Bad-Spiegel geneigt werden, so dass die Zahnpflege im Spiegel beobachtet werden kann.

Durchführung beim Liegenden – Beim liegenden Patienten wird für die Zahn- und Mundhygienemaßnahmen das Kopfteil des Pflegebetts nach oben geneigt. Auch die gesamte Liegefläche des Pflegebetts wird nach oben gefahren. Der Pflegenden muss sich dann weniger bücken. Das Bett gehört zur Privatsphäre des Patienten. Wenn nun, wie beschrieben, in diese Privatsphäre „eingedrungen“ wird, sollte sehr sensibel und einfühlsam vorgegangen werden. Der Pflegenden steht, sitzt oder kniet mit einem Bein rechts neben dem Patienten auf dem Bett, um möglichst nahe an den Kopf heranzukommen. Der linke Arm umfasst und stützt den Kopf. Gegebenenfalls kann mit der linken Hand die Wange abgehalten werden. Die rechte Hand führt die Putzbewegungen durch. Falls eine Hochlagerung des Oberkörpers nicht möglich ist, sollte der Patient in Seitenlage gedreht werden (vgl. stabile Seitenlage), um Aspirationen zu vermeiden. Die Zahnpflege wird also von hinten (beim Sitzenden) oder von der Seite (beim Liegenden) durchgeführt. Ein „Stochern“ von vorn wird nicht empfohlen.

Eingeschränktes Bewusstsein – Die Mundhöhle ist ein sehr intimer Bereich. Die Pflege muss sensibel und behutsam durchgeführt werden. Die Zahn- und Mundpflege sollte den Patienten

Sitzende Position (l.): Der Pflegenden steht hinter dem Patienten, umfasst dessen Kopf mit dem linken Arm und führt mit dem rechten Arm die Zahnpflege durch. Mundhygiene bei Liegenden (r.): Eine aufrechte oder seitliche Position schützt vor Aspiration, denn Schwerstpflegebedürftige können nicht richtig abschlucken.



ten zunächst „angekündigt“ werden. Die erste Kontaktaufnahme erfolgt über die rechte Hand des Patienten mit der linken (!) Hand des Pflegenden. Diese Hand gleitet unter Körperkontakt über den Arm, die Schulter, Kieferwinkel um den Mund des Patienten. Damit ist das „Begrüßungsritual“ abgeschlossen. Der Patient spürt, dass nun mit der Zahn- und Mundpflege begonnen wird. Danach erfolgt die „Verabschiedung“ in umgekehrter Reihenfolge.

Der Beitrag wird im „Zahnärzteblatt Brandenburg“ Nr. 3/2013 fortgesetzt.

Ablauf – Im Idealfall beginnen die Hygienemaßnahmen mit der Inspektion der Mundhöhle. Hilfreich ist eine kleine Taschenlampe (besser als Stirnlampen, da diese die Patienten häufig blenden). Prothesen werden entfernt. Mit befeuchtetem Mundspatel, Löffelgriff oder einfach dem Zahnbürstengriff werden die Wangen abgehalten. Blutet es irgendwo? Sind farbliche Veränderungen sichtbar (weißlich, gelblich, dunkelrot)? Sind Schwellungen erkennbar? Zeigt der Patient Abwehr, die er sonst nicht zeigt? Auch ein Blick unter die Zunge, dem Zungenrand entlang und zum Zungengrund sollte nicht fehlen.

Besonderheiten der Zahnpflege

Es sollten nur Zahnbürsten mit weichen Borsten Anwendung finden, um Verletzungen der meist atrophischen Mundschleimhaut zu vermeiden. Die häufig empfohlene, aber eher selten eingesetzte Dreikopfzahnbürste erfordert eine gute Einweisung in die Handhabung. Bei langen Zahnkronen ist zu prüfen, ob die Borsten bis zum Zahnfleischsaum reichen und die vestibulären und oralen Zahnflächen überhaupt vollständig zu reinigen sind. Falls es von den Patienten toleriert wird, spricht auch nichts gegen die Verwendung von elektrischen Zahnbürsten.

desinfiziert und verkeimen. Den Pflegenden muss deutlich vermittelt werden, dass sich der Biofilm nur mechanisch entfernen lässt.

Am einfachsten ist es, wenn mit der Reinigung der Zahnaußenflächen begonnen wird, da diese auch bei geschlossenen Zahnreihen geputzt werden können. Es werden nur kleine Bewegungen auf der Stelle mit anschließendem Auswischen durchgeführt. Als erstes wird der 2. Quadrant, danach der 3. und 4. Quadrant und am Schluss der 1. Quadrant gereinigt. Nun folgen die Innenflächen. Diese sind am schwierigsten zu reinigen. Auch hier sollte die Reihenfolge 2., 3., 4., 1. Quadrant eingehalten werden. Zuletzt werden die Kauflächen gereinigt. Falls möglich, kann der Patient den Mund ausspülen. Ein Nasenausschnittsbecher und eine Nierenschale ermöglichen dies auch beim Liegenden. Wenn der Mund nicht ausgespült werden kann, sollte auch keine (schäumende) Zahnpasta verwendet werden. Die Zahnbürste wird dann abwechselnd mit einem Fluoridkonzentrat oder einer CHX-Lösung bzw. einem CHX-Gel oder auch nur Wasser angefeuchtet. Auf die Prothesenpflege soll im Rahmen dieses Artikels nicht eingegangen werden.

Besondere Hilfsmittel

Für Patienten mit sehr hohem Aspirationsrisiko sind Absaugzahnbürsten erhältlich, die an Absauggeräte, wie sie auf jeder Pflegestation vorhanden sind, über einen Schlauch angeschlossen werden können. Die Bürstengriffe sind hohl und über eine Öffnung am Borstenfeld werden die gelösten Beläge abgesaugt (Plaque vac®).

Mundpflegefingerlinge aus Mikrofaser werden über den Finger gestülpt und mit diesem das Vestibulum und die Außenflächen der Zähne gereinigt (Babybedarf: nip® oder aus dem Heimtierbedarf: Petosan®). Sie sind für eine Zahnreinigung „zwischen durch“, für die Entfernung von Speiseresten und für das Befeuchten von trockener Wangenschleimhaut geeignet. Allerdings ersetzen sie nicht die konventionelle Zahnbürste. Diese Fingerlinge sind nur geeignet für Patienten ohne Beißreflex. ☹

Mundpflegefingerlinge sind für die Entfernung von Speiseresten und für das Befeuchten von trockener Wangenschleimhaut geeignet.



Mundduschen sind nicht empfehlenswert, da diese leicht einen Würgereiz auslösen, wenn der Strahl versehentlich Richtung weicher Gaumen gerichtet wird. Die Duschen werden häufig nur mangelhaft

Gute Mitarbeiterführung dank Coaching

ZBB sprach mit dem Spezialisten für talentorientierte Mitarbeiterführung über das, was auch Zahnärzte täglich bei der Führung ihrer Mitarbeiter beherrschen und beherzigen müssen. Menschenkenntnis. Verhaltensmuster. Praxisorganisation.



Kerstin Olesch-Graupner

Autorin: Kerstin Olesch-Graupner,
Eichwalde

Herr Zernia, ein Coach ist so etwas wie ein moderner Beichtvater. Ich benötige Vertrauen, wenn ich mich öffnen soll. Wie finde ich meinen ganz persönlichen Berater? Und worauf achte ich, wenn ich ihn suche?

Beim Coaching geht es um die Suche nach Lösungen und nicht um die Bekenntnis von Fehlern. Die wichtigste Fähigkeit eines Coaches ist das Zuhören. Der Klient sucht nach einem offenen Ohr für Probleme, die er mit niemandem sonst besprechen kann. Bereits dieses Aussprechen sorgt für Entlastung und ist ein wichtiger Bestandteil des Coachingprozesses. Gegenseitiges Vertrauen und absolute Diskretion sind die Basis für ein Coaching. Um den richtigen Coach zu finden, ist die eigene Intuition gefragt. Jeder Mensch hat seine eigene Situation und Geschichte. Optimal ist, wenn der Coach persönliche Erfahrungen in Ihrem Problembereich hat. Fragen Sie einfach danach. Ich habe für mich festgestellt, dass die Klienten besonders interessiert, was mir selbst während meiner aktiven Zeit als Chef alles passiert ist. Ich kann sozusagen mitreden, weil ich einer von ihnen war und sie können von meinen Erfahrungen und von meinem heutigen Spezialwissen profitieren. Mein Ziel ist die schnelle und kreative Lösung aktueller, man kann sagen akuter Mitarbeiterprobleme. Inhaltlich geht es dabei um den Aufbau einer harmonisch funktionierenden Praxisstruktur, die auf den individuellen persönlichen Fähigkeiten der Mitarbeiter aufbaut.

Mit der Gründung oder Übernahme einer Praxis übernimmt ein Zahnarzt ein nicht unerhebliches wirtschaftliches Risiko. Wie sollte die erfolgreiche zukunftsorientierte Praxis organisiert sein?

Das Wichtigste zuerst: Sie sind sich im Klaren über Ihre eigenen Talente? Ihre Stärken? Ihre Schwächen? Fokussieren Sie sich als Praxisinhaber auf Ihre persönlichen Kernkompetenzen und finden Sie die Mitarbeiter, die Sie ergänzen. Wenn Sie kein Organisationstalent haben, finden Sie Mitarbeiter, die das besser können. Wenn Ihnen die Monatsabrechnung Stress bereitet, finden Sie Mitarbeiter, die gern mit Zahlen arbeiten. Wenn Ihnen Ihre Leute regelmäßig Krankenscheine präsentieren, finden Sie jemanden, der die Führung übernimmt.

Oft liegt die Lösung im eigenen Team. Bereits einfache Veränderungen bei der Aufgabenstruktur können positive Veränderungen im gesamten Arbeitsablauf bewirken, vorausgesetzt, Sie setzen die Talente Ihrer Mitarbeiter richtig ein.

„Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance.“ Diesen Satz liest man in jedem Artikel über Praxismarketing. Auf mich als Zahnarzt trifft der Patient also erst, wenn das „Kind schon in den Brunnen gefallen“ ist. Was kann ich tun, damit auch ohne meine Anwesenheit an der Anmeldung alles nach meinen Vorstellungen geschieht?

Definieren Sie genau, welchen ersten Eindruck Ihre Patienten von Ihrer Praxis gewinnen sollen. Beziehen Sie Ihre Mitarbeiter unbedingt in diesen Prozess mit ein, das wirkt extrem motivierend. Stellen Sie Fragen und lassen Sie Ihre Leute in die Rolle der Patienten schlüpfen.

Üben Sie das Vermitteln Ihres schriftlich definierten Eindrucks wöchentlich und berücksichtigen Sie, dass die Veränderung von Gewohnheiten ein Prozess ist, der bei einzelnen Mitarbeitern durchaus drei Monate in Anspruch nehmen kann. Also: Bleiben Sie am Ball.

Das Wichtigste: Sprechen Sie mit Ihren Mitarbeitern nicht nur darüber, was sie tun sollen, sondern auch WARUM der erste Eindruck des Patienten so wichtig für die Zukunft Ihrer Praxis ist. Helfen Sie Ihren Mitarbeitern, den Sinn von Verhaltensänderungen zu entdecken.

Ihr E-Book „So finden Sie richtig gute Mitarbeiter“ trägt den Untertitel „sofort umsetzbar“ – das hört sich spielerisch einfach an.

Dieses E-Book habe ich für Führungskräfte geschrieben, die keine Zeit für dicke Fachbücher und umständliche Konzepte haben. Es vermittelt die Zusammenhänge von menschlichen Charaktertypen und Verhaltensmustern. Der Leser kann schnell erfassen, welcher Charaktertyp für welche Aufgabe talentiert ist und wie er diese Menschen erkennt.

Darüber hinaus enthält das E-Book einen einfachen und praxiserprobten Acht-Schritte-Leitfaden für die Einstellung von Mitarbeitern. Die Inhalte sind kompakt auf rund 20 Seiten zusammengefasst, inklusive Checklisten – einfach ausdrucken und umsetzen.

Wo finde ich richtig gute Mitarbeiter und woran erkenne ich sie, wenn sie mir gegenüberstehen?

Gute Mitarbeiter zu finden, ist der Schlüssel für den Erfolg einer Praxis und mitentscheidend für die Stress- und Arbeitsbelastung, der Sie als Praxisinhaber in Zukunft ausgesetzt sein werden. Qualifikation und Zeugnisse geben Auskunft über die fachliche Qualifikation des Bewerbers. Doch wichtig für den Erfolg des neuen Mitarbeiters ist auch, ob seine Aufgabe

seinen persönlichen Talenten und Verhaltensmustern entspricht. Tut sie das nicht, können hohe Fehlerquoten, Demotivation, innere Kündigung und regelmäßige Krankschreibungen die Folgen sein.

Erklären Sie bitte an einem Beispiel Ihre Auswahl nach Persönlichkeitstypen.

Ganz einfach. Wenn Sie eine Mitarbeiterin suchen, die Ihre Patienten freundlich empfängt, stellen Sie einen extrovertierten, überwiegend emotionalen Menschen ein. Die natürlichen Charaktereigenschaften dieser Menschen sind Kontaktfreudigkeit und Freundlichkeit.

Ein weiteres Beispiel: Die Buchhaltung erfordert Präzision und unbedingte Gewissenhaftigkeit. Diese Charaktereigenschaften finden Sie am ehesten bei introvertierten, sachorientierten Menschen.

Wir haben es nicht gelernt, Führungspersönlichkeit, Unternehmer, Teamplayer in einem zu sein – und müssen es doch jeden Tag aus uns herauskitzeln. Welche Unterstützung kann man von Ihnen erwarten?

Die Lösung ist eine intelligente Organisation des Praxisbetriebes, die auf den Talenten, Vorlieben und Fähigkeiten des Inhabers aufgebaut ist. Dabei muss der Inhaber nicht zwangsläufig im Mittelpunkt stehen.

Meine Dienstleistung ist die Klärung der individuellen Talente und Verhaltensmuster und der Aufbau einer gut funktionierenden Teamstruktur. So werden die Abläufe optimiert und der Praxisinhaber wird nachhaltig entlastet. ☹



Coach Frank-Michael Zernia – Unternehmer- und Führungscoach – ein Experte in Sachen Mitarbeiterführung – mit mehr als 25 Jahren aktiver Führungserfahrung.



Tipps zur Mitarbeiterführung im Internet:

Was man als Führungskraft unbedingt beachten sollte, vermittelt Frank-Michael Zernia in seinem INSIDERREPORT für Führungskräfte. Seine praktischen Erfahrungen und sein Wissen aus mehr als 25 Jahren Führungsarbeit sollen bei der Lösung aktueller Mitarbeiterprobleme helfen. Im Report geht es um die tägliche Praxis – langwierige theoretische Abhandlungen sind strikt verboten. Außerdem: Führungskräfte haben viel zu tun, deswegen sind die Inhalte kompakt und so kurz wie möglich gehalten

www.zernia.com



Bei der Aufbereitung von Medizinprodukten Pflicht: die standardisierte Arbeitsanweisung

„Leidiges“ Thema: Standardarbeitsanweisungen

Bei Praxisbegehungen durch das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV) ist die individuelle Standardarbeitsanweisung im Bereich der Aufbereitung von Medizinprodukten ein zentrales Element der behördlichen Inspektionen.



ZA Thomas Schwierzy,
Vorstandsmitglied
der LZÄKB

Autor: ZA Thomas Schwierzy,
Strausberg

Seit Mai 2011 führt das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV) Praxisbegehungen durch. In diesem Jahr beginnen die Praxisbegehungen voraussichtlich ab Mitte Mai. Die jeweils individuelle Standardarbeitsanweisung im Bereich der Aufbereitung von Medizinprodukten ist stets Bestandteil der Praxisinspektion. Entsprechend viele Anfragen gibt es dazu seitens der Praxen im Referat Zahnärztliche Berufsausübung.

Standardarbeitsanweisungen: Arbeitsgrundlage vs. Bürokratie?

Standardarbeitsanweisungen sind immer dann zu erstellen, wenn Praxismitarbeiter eine genaue Arbeitsabfolge einhalten sollen. Für neue Mitarbeiter dienen Standardarbeitsanweisungen als Leitfaden für bestimmte Praxisprozesse. Die Einarbeitung des neuen Mitarbeiters ist dadurch wesentlich einfacher. Gegebenenfalls verkürzt sich sogar die Einarbeitungszeit. Mit Hilfe sogenannter Flowcharts (Flussdiagram-

me) werden wesentliche Schritte zu den Anforderungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten nicht nur grafisch verdeutlicht. Sie dienen auch im Rahmen der Ausbildung zum/zur ZFA zur besseren Überschaubarkeit eines Prozesses.

Im Zuge der komplexen Entwicklung im Bereich der Praxisorganisation – unabhängig von behördlichen Begehungen – können Standardarbeitsanweisungen, unterstützt von Checklisten, als Erinnerung und/oder Nachschlagewerk von Praxismitarbeitern verwendet werden. Bereits 2006 wurde in der Richtlinie „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde“ die Erstellung von Standardarbeitsanweisungen erwähnt. Die neue Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten“ vom Oktober 2012 enthält nun konkretisierte Informationen darüber, für welche Bereiche in der Medizinprodukteaufbereitung Standardarbeitsanweisungen grundsätzlich vorhanden

sein sollten. Dies sind insbesondere die Bereiche der Vorbereitung, Sterilisation und Dokumentation. Standardarbeitsanweisungen sind also nicht nur reine Bürokratie, sondern sollen eine einheitliche, fehlerfreie und nachvollziehbare Durchführung der Arbeitsprozesse gewährleisten.

Alles wie immer, nur manchmal ein bisschen anders

Nicht selten erreicht das Referat die Fragestellung: „Kann man nicht eine Standardarbeitsanweisung für alle Praxen machen, wir arbeiten doch alle gleich?“ **Diese Frage ist mit einem klaren „Nein!“ zu beantworten.** Im Grundsatz sind sicherlich viele Prozesse der Medizinprodukteaufbereitung identisch. Jedoch verdeutlicht ein näherer Blick darauf, dass häufig die Prozesse, auch wenn es nur ein winziges Detail ist, voneinander abweichen. Dies kann man beispielsweise an zwei einfachen Fragestellungen erkennen: „Verwenden alle Praxen das gleiche Desinfektionsmittel mit der gleichen Einwirkzeit und dem gleichen Spektrum?“, „Ist in jeder Praxis das gleiche RDG vorhanden?“. Diese Reihe ließe sich beliebig fortsetzen.

Auch die Risikobewertung von Medizinprodukten kann nicht allgemeingeltend für den zahnmedizinischen Bereich erstellt werden. In welcher Risikogruppe (unkritisch, semikritisch A/B, kritisch A/B) das Medizinprodukt einzustufen ist, hängt neben den Herstellerangaben in erster Linie davon ab, wofür das Medizinprodukt in der Praxis verwendet wird.



Ein Heidemannspatel wird je nach Verwendung unterschiedlich kritisch beurteilt.

Das wird am scheinbar einfachen Beispiel eines ganz „normalen“ Heidemannspatels deutlich, wenn es gilt, den Einsatzbereich ganz klar abzugrenzen: Verwendet man ihn lediglich außerhalb des Patienten zum Anmischen? Oder während einer Füllungstherapie zum Einbringen von Materialien? Oder während einer Wurzelspitzenresektion für eine retrograde Wurzelfüllung? Je nach Anwendungsbereich kann dieser Heidemannspatel entweder in die Risikogruppe unkritisch, semikritisch A oder kritisch A fallen. Und eben dies kann nur der jeweilige Anwender genau beurteilen und festlegen. Die Einstufung in eine Risikogruppe zieht wiederum die Anforderungen an die Aufbereitung nach sich: Kann die Aufbereitung mit einer Desinfektion abschließen oder endet der Aufbereitungsprozess mit der Sterilisation und der jeweiligen abschließenden Freigabe?

Verantwortlichkeit für Erstellung und Inhalt

Oftmals werden Standardarbeitsanweisungen durch die Praxismitarbeiter erstellt, welche



Im Internet unter: www.z-qms.de

Der Bereich Z-QMS – Ihr zahnärztliches Qualitätsmanagement bietet Ihnen folgende Themen:

- Terminübersicht
- Handbuch
- Berichtsbogen und
- Demovideo.

Nähere Angaben zur Gestaltung einer Fußzeile finden Sie im Z-QMS-Portal unter: www.z-qms.de
 > Z-QMS
 > Handbuch
 > Bearbeitungshinweise für die Fußnote.

sich mit den zu beschreibenden Tätigkeiten befassen und vertraut sind. Im Nachgang sind diese dann allerdings vom verantwortlichen Praxisinhaber zu überprüfen. Nachdem der Praxisinhaber die erstellten Anweisungen kontrolliert hat und gegebenenfalls veranlasste Korrekturen eingearbeitet sind, wird das Dokument mit Angabe des Datums vom Ersteller und vom Überprüfer unterzeichnet und freigegeben. In der Regel erfolgt diese Dokumentation in der Fußzeile des jeweiligen Dokuments, der sogenannten Lenkung von Dokumenten. Jede Seite einer Standardarbeitsanweisung sollte eine standardisierte Kopf- und Fußzeile mit folgenden Bausteinen enthalten:

- Informationen zum Unternehmen, hier: Zahnarztpraxis Mustermann, gegebenenfalls mit Logo
- Titel der Standardarbeitsanweisung, beispielsweise: „Aufbereitung unkritischer Medizinprodukte“
- Seiten- und Gesamtseitenanzahl
- Datum der Inkraftsetzung
- Erst-, Überarbeitungs- und Genehmigungsdaten mit jeweiliger Unterschrift der zuständigen Person.

Qualitätssicherung der Prozesse

In der Anlage 1 der neuen RKI-Richtlinie werden zum Begriff „geeignete validierte Verfahren“ Mindestanforderungen beschrieben, die zum Erhalt der Qualität der Prozesse und zur Sicherstellung dauerhaft gleichbleibender Verfahren dienen. Das Erstellen von Standardarbeitsanweisungen im Bereich der Aufbereitung von Medizinprodukten sollte mindestens für

folgende Prozesse erfolgen und in der Praxis vorhanden sein:

- Vorbehandeln
- Sammeln
- Vorreinigen
- Zerlegen
- Reinigen, gegebenenfalls Zwischenspülung, Desinfektion
- Spülung, Trocknung
- Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit
- Pflege und Instandsetzung
- Funktionsprüfung
- Verpackung
- Sterilisation
- Kennzeichnung
- dokumentierte Freigabe
- Schnittstellenregelung
- Umgang mit Abweichungen/Fehlern

Weitere zu beschreibende Maßnahmen – sofern nicht schon an anderer Stelle erfolgt – sind:

- Inbetriebnahmemaßnahmen von Ultraschallgeräten, RDGs und Sterilisatoren
- Wartung
- Routinekontrollen | periodische Kontrollen
- Schulung

Die Maßnahmen sollten vorzugsweise einzeln beschrieben werden, können aber auch an sinnvollen Stellen in einem Dokument zusammengefasst sein. Haben Sie weitere Fragen, wenden Sie sich bitte an die zuständige Sachbearbeiterin im Referat Zahnärztliche Berufsausübung der LZÄKB, Christina Lukas, Tel. 0355 3 81 48 27, E-Mail: clukas@lzkb.de ☹

Fortbildungstipp für das Praxisteam: Fit für Praxisbegehungen

P 39/13 am Mi., **18. September 2013** in Potsdam mit dem Referenten: ZA Thomas Schwierzy, Strausberg
 Kursgebühr: 105,00 € p.P., 14:00 bis 19:00 Uhr, Punkte: 6
 Anmeldung unter www.lzkb.de oder mit Formular im Fortbildungsprogramm

Aus dem Inhalt:

Neben der allgemeinen Einführung zu gesetzlichen Grundlagen und zu Aufgaben zuständiger Behörden geht es im speziellen Teil um A wie Aufbereitungsverfahren über S wie Standardarbeitsanweisungen und Q wie Qualifikation bis hin zu V wie Validierung von Sterilisationsprozessen.

Die Teilnehmer erhalten einen USB-Stick.

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

www.zahnrat.de

ZahnRat 73
Ursachenforschung
 Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie



ZahnRat 74
Zahnverlust – Was nun?
 Zahnersatz mittels „Kombinationsprothetik“



ZahnRat 75
Benötigt mein Kind eine Zahnsperre?
 Elternratgeber Kieferorthopädie



ZahnRat 76
Keine Chance dem Angstmonster
 Ein Ratgeber für alle kleinen und großen Patienten gegen große Ängste vor der Zahnbehandlung



ZahnRat 77
Prophylaxe heißt Vorsorge treffen
 Der Mund ist das Tor zu unserem Körper und Wächter für unsere Gesundheit



ZahnRat 78
Alt werden mit Biss!
 Alter ist kein Grund mehr für Zahnlosigkeit




Versandkosten (zuzüglich 7% MwSt.)

Menge	Preis/Bestellung	Versand
10 Exemplare	2,60€	2,40€
Gesamt		5,00€
20 Exemplare	5,20€	2,80€
Gesamt		8,00€
30 Exemplare	7,80€	4,70€
Gesamt		12,50€
40 Exemplare	10,40€	5,00€
Gesamt		15,40€
50 Exemplare	13,00€	5,20€
Gesamt		18,20€

FAX-Bestellformular 035 25 - 71 86 12

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

- Stück
- 73 Ursachenforschung – Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie
 - 74 Zahnverlust – Was nun?
 - 75 Benötigt mein Kind eine Zahnsperre? Elternratgeber Kieferorthopädie
 - 76 Keine Chance dem Angstmonster
 - 77 Prophylaxe heißt Vorsorge treffen
 - 78 Alt werden mit Biss! – Alter ist kein Grund mehr für Zahnlosigkeit

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis _____
 Ansprechpartner _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon _____ Telefax _____
 Datum _____ Unterschrift _____



DIN für Röntgendiagnostik überarbeitet

Im September 2012 wurde die neue Version der DIN 6868-5 „Konstanzprüfung in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik“ veröffentlicht. Der nachfolgende Beitrag erläutert Ihnen die wichtigsten Änderungen und verweist auf neue Inhalte.



Autor: Dipl.-Phys. Klaus Götze,
Cottbus

Prüfkörper

Ausführlich beschrieben wird der Aufbau der Prüfkörper für Aufnahmen mit Röntgenfilm oder digitalem Detektor und ihr Einsatz. Neu ist die Forderung, dass jeder Prüfkörper gekennzeichnet sein muss:

- mit dem Hersteller,
- der Modellnummer und
- einer Seriennummer.

Prüfkörper für die Konstanzprüfung von OPG und Fernröntgen müssen mindestens ein Linienraster von 2,5 LP/mm (waagrecht und senkrecht; alternativ unter 45°) enthalten. Um realitätsnahe Schwächungen bei Konstanzprüfaufnahmen zu erreichen, sind zusätzlich Absorber einzusetzen :

	Filmaufnahmen	digitale Bildgewinnung
OPG	0,5 mm Cu	1,8 mm Cu
Fernröntgen	0,5 mm Cu	0,8 mm Cu

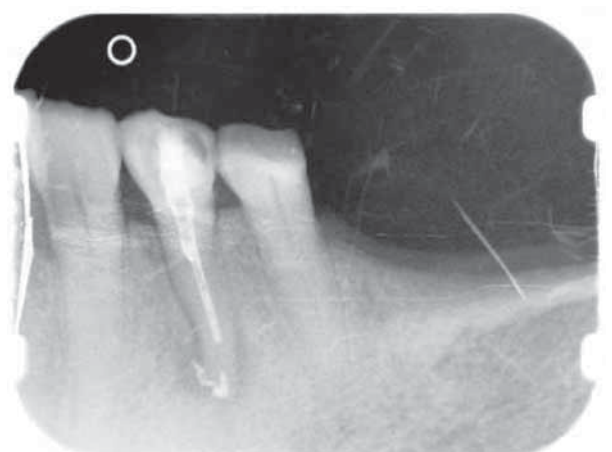
Referenz- und Konstanzprüfaufnahmen sind selbstverständlich immer mit dem gleichen Prüfkörper (und Absorber) und unter identischen Bedingungen anzufertigen. Bei Panoramaaufnahmen muss der Prüfkörper so angeordnet werden, dass der Feldrand (oben bzw. unten) nicht verdeckt wird.

Bildverarbeitung

Wohl ausgehend von Erfahrungen der prüfenden Institutionen, wird in der DIN die **eindeutige Kennzeichnung der Referenzaufnahme** gefordert (Abb. 1). Für Betreiber von Intraoral- und Panoramaschichtgeräten sowie Fernröntgen mit unterschiedlichen Filmsorten entfällt künftig die **Konstanzprüfung der Filmentwicklung** für jede Filmart. Sie braucht **nur noch mit einer Filmsorte** durchgeführt werden. Die Prüfkriterien für Röntgenaufnahmen mit Film sind unverändert geblieben.

Bei der Bewertung von digital gewonnenen Konstanzprüfaufnahmen ist die gleiche Bildbearbeitung zu wählen wie bei der Referenzaufnahme (beispielsweise Filter, Helligkeit, Kontrast). Die Überprüfung einer

Tabelle:
Stärken der Kupferfilter je nach Gerät
Abb. 1 (l.):
deutliche Kennzeichnung der Referenzaufnahme
Abb. 2 (Mitte):
Linienpaare auf ganzer Länge erkennbar
Abb. 3 (r.):
Überprüfung auf Artefakte jetzt vorgeschrieben



dosisäquivalenten Größe (analog zur Schwärzung der Filme) entfällt und wird durch die Bestimmung der Bildempfängerdosis innerhalb der fünfjährigen Sachverständigen-Prüfung ersetzt. Sollte der Betreiber digitaler Systeme bei üblichen Belichtungsdaten ungewöhnliche Bildverschlechterungen (Rauschen, Kontrastverlust) beobachten, empfiehlt sich trotzdem eine vorzeitige Kontrolle, um den Forderungen des Strahlenschutzes gerecht zu werden.

Explizit wird nun gefordert, dass die abzubildenden Linienpaare auf ganzer Länge erkennbar sind (Abb. 2). Dies bereitet insbesondere bei Panoramageräten Schwierigkeiten, wenn die Liniengruppen im Randbereich des Wirbelsäulenausgleichs positioniert sind. Günstig sind deshalb Anordnungen von Kontrastelementen und Linientest übereinander im zentralen Bereich des Wirbelsäulenausgleichs.

Für die digitalen Bildempfängersysteme wurde die **Überprüfung auf Artefakte** (Staub, Phantombilder, Kratzer, Knick- und Druckspuren, Zeilen- und Pixelausfälle und anderes mehr) **neu aufgenommen** (Abb. 3). Digitale Detektoren sollten monatlich (gegebenenfalls im Wechsel) geprüft werden, der gesamte Speicherfolienbestand einmal jährlich. Detektoren

und Folien mit befundrelevanten Artefakten müssen natürlich sofort ausgesondert werden.

Überlappende Konstanzprüfung/ Anschlussaufnahme

Erfolgt ein Wechsel des Bildempfängers, der nicht zu einer Anhebung der erforderlichen Dosis führt, so kann der Betreiber eine überlappende Konstanzprüfung durchführen (Film) bzw. eine Anschlussaufnahme (digitaler Detektor, nur Tubusgerät) anfertigen. Dabei sind zeitgleich (Film) bzw. unter gleichen Bedingungen (digital) gefertigte Konstanzprüfaufnahmen des alten und neuen Systems zu vergleichen. Ist eine Dosisreduktion möglich, so sind anschließend die Aufnahmeparameter so weit zu reduzieren, bis die Bildqualität der Referenzaufnahme des alten Systems erreicht ist. Diese Parameter sind als neue Werte für die Konstanzprüfung zu dokumentieren.

Formblätter im Internet

Für die Dokumentation des Wechsels von Bildempfängern wurden der DIN Formblätter beigefügt, die über das Portal www.z-qms.de abgerufen und benutzt werden können. ●

Richtigstellung:
Beim Beitrag „Die Konstanzprüfung“ im ZBB 5/2012 ist Klaus Götze Mitautor gewesen.

Gemeldete Infektionskrankheiten im Land (Auswahl)

	Fälle im Februar	Kumulativwert (31.12.12 bis 03.03.13)*
Influenza	1.573	2.177
Norovirus**	418	1.042
Rotavirus	358	574
Campylobacter	102	228
Keuchhusten	82	195
Adenovirus (Keratokonjunktivitis)	24	37
Windpocken	15	75
MRSA	13	20
Lyme-Borreliose	11	31
Listeriose	2	4
Hantavirus (nicht hämorrhagisch)	1	2
Botulismus	1	1
Meningokokken	1	1

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

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

* vorläufige Zahlen, Stand: 14.03.2013 (durch Nachmeldungen kann es Differenzen zwischen der Summe der Einzelmonate und dem aktuellen Kumulativwert geben)

** ausschließlich labordiagnostische Fälle

Elektronischer Versand von Röntgenbildern

In immer mehr Zahnarztpraxen liegen Röntgenbilder in digitaler Form vor. Damit gibt es auch ein erhebliches Interesse, solche Bilddateien, z.B. zur Vorbereitung der Mitbehandlung oder zur Begutachtung „per Internet“ an Kollegen zu versenden.



RA Claus Pfisterer,
Fachanwalt für
Medizinrecht
CASTRINGIUS
Rechtsanwälte &
Notare

Autoren: RA Claus Pfisterer,
Oliver Voitke, Bremen

Während beim Versand von Bilddateien von einer stillschweigenden Einwilligung des Patienten in die Kenntnisnahme durch den Mitbehandler oder Gutachter auszugehen ist, muss der Datenschutz „im Netz“, also während des Versandvorganges, gewahrt sein. Nur so vermeidet der Vertragszahnarzt das Risiko eines Bruches der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Auch gemäß § 28 Abs. 6 der Röntgenverordnung müssen bei elektronischer Übermittlung von Röntgenbildern „dem jeweiligen Stand der Technik entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit getroffen werden, (...) bei der Nutzung allgemein zugänglicher Netze sind Verschlüsselungsverfahren anzuwenden.“ Ziel der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung ist die Gewährleistung von Vertraulichkeit und Unversehrtheit der übertragenen Daten. Das setzt zumindest eine Verschlüsselung der Bilddatei als solche und den Passwortschutz dieser Datei voraus. Sie schließt fremde Einsichtnahme und die Manipulation der Daten auf dem Weg zum vorgesehenen Empfänger aus und schützt bei Fehlleitung der Datei vor unbefugter „Neugier“.

Wird das Passwort der übersandten Datei so dann auf telefonischem Wege an den befugten Empfänger weitergegeben, so gewährleistet auch dieser „bewusste“ Vorgang eine Kontrolle der „Authentizität“ der zugehenden Daten durch den Empfänger. Dieser verschafft sich so nämlich Gewissheit über die Person des Absenders und darüber, dass er die richtige Datei erhalten hat. Idealerweise erfolgt die digitale Übersendung von Röntgenbildern nicht nur verschlüsselt, sondern auch mit einer „digitalen Signatur“. Mit dieser Signatur hat der

Empfänger die Sicherheit, dass die Daten auch wirklich von einem bestimmten Versender stammen. Der bewusste Vorgang der Signatur gewährleistet zugleich die Überprüfung der zu übersendenden Dateien durch den Absender auf Richtigkeit, Lesbarkeit und Vollständigkeit. Neben den Sicherheitsanforderungen bestehen qualitative Anforderungen: Übersandte Bilddateien müssen nicht nur vollständig und inhaltlich unverändert, sondern auch zur Nutzung geeignet sein, also insbesondere eine hinreichende Auflösung aufweisen.

Nur wenn die Daten für den Empfänger „verfügbar“ sind, kann er sie zweckentsprechend nutzen. Dazu muss er seinerseits über die technischen Voraussetzungen zum Empfang und zum Lesen der Daten verfügen. Fehlt es an dieser Voraussetzung, ist die Versendung über das Internet nicht per se unzulässig, aber objektiv unsinnig. Unnötige Datenübertragungen würden gegen den Grundsatz der „Datenvermeidung“ verstoßen.

Beim Empfänger muss der Datenschutz hinsichtlich empfangener Patientendaten gewährleistet sein, was durch eine entsprechende Einrichtung der EDV-Systeme möglich ist. Insbesondere personalisierte Nutzerzugänge ermöglichen den Schutz per E-Mail zugesandter Daten vor unbefugter Einsichtnahme in der Praxis des Empfängers. Hier muss also ein passwortgeschütztes E-Mail-Postfach vorhanden sein, das nur für den Empfänger zugänglich ist.

Erstellung verschlüsselter E-Mail-Anhänge

In der Praxis hat sich für die verschlüsselte Übersendung von Daten als E-Mail-Anhang das kostenlose Programm „7-Zip“ bewährt, das auch bereits von Praxen verwendet wird. Vor-



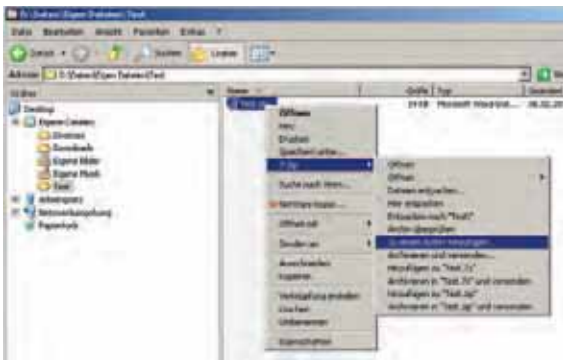
Oliver Voitke,
Stellvertretender
Vorsitzende der KZV
Bremen

Wir danken der
KZV Bremen für die
Nachdruckerlaubnis.

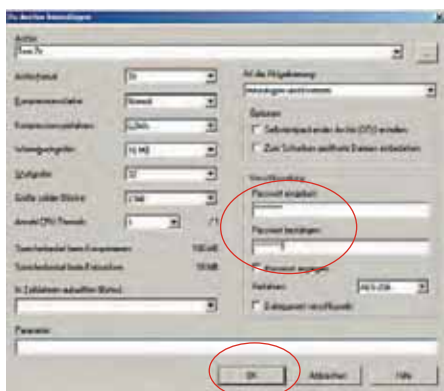
aussetzung ist, dass sowohl der Absender als auch der Empfänger der E-Mail über das Programm verfügen.

Erstellen eines verschlüsselten Archivs

Nach Installation des Programms öffnen Sie mit dem Windows-Explorer das Verzeichnis, in dem die zu versendende Datei gespeichert (hier beispielhaft „Test.doc“). Klicken Sie mit der rechten Maustaste auf die Datei, die Sie versenden wollen und wählen Sie aus dem sich öffnenden Menü „7-Zip / Zu einem Archiv hinzufügen ...“ aus. Nach einem Klick mit der linken Maustaste auf „Zu einem Archiv hinzufügen ...“ öffnet sich das entsprechende Fenster.



Geben Sie unter dem Abschnitt „Verschlüsselung“ ein Passwort ein und wiederholen Sie es. Hinweis: Das Passwort sollte mindestens aus acht Zeichen bestehen und sowohl Buchstaben als auch Zahlen umfassen.



Nach dem Klick auf „OK“ erstellt das Programm das verschlüsselte Archiv und speichert es in dem Ordner der Originaldatei. Ggf. wird das Archiv erst nach einer Aktualisierung der Ansicht sichtbar (Taste F5). Nun können Sie die



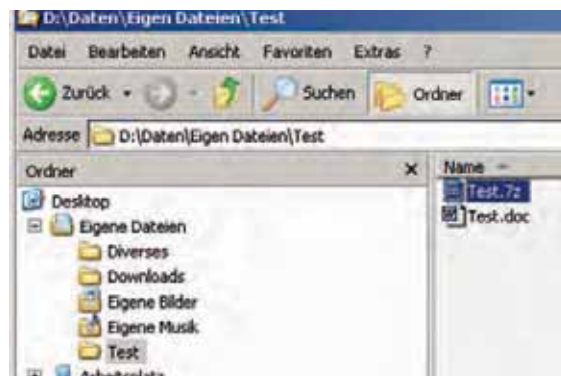
Download oder Benutzung des Programms „7-Zip“ liegt einzig in der Verantwortung des Anwenders

Datei als E-Mail-Anhang verschicken. Damit der Empfänger den Anhang öffnen kann, teilen Sie ihm telefonisch das Passwort mit. Mit dieser Mitteilung identifizieren Sie sich gegenüber dem Empfänger als der „wahre“ Absender. Auf keinen Fall sollte das Passwort in die Mail geschrieben werden. Ebenso sollte die Angabe von Patienten-Namen oder weiteren Sozialdaten in der E-Mail vermieden werden.

Öffnen eines verschlüsselten Archivs

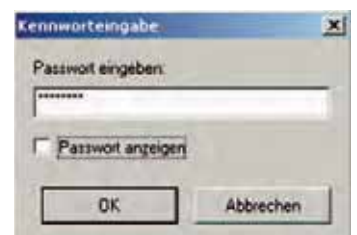
Zum Öffnen des Archivs benötigt der Empfänger das Programm „7-Zip“. Nach Erhalt der E-Mail muss der Empfänger das angehängte Archiv zunächst auf seinem PC speichern. Zum Öffnen bzw. Entpacken des Archivs öffnet man mit dem Windows-Explorer das Verzeichnis, in das das Archiv zuvor gespeichert wurde. Mit einem Klick mit der rechten Maustaste auf das

Hinweis: Die Landeszahnärztekammer Brandenburg nimmt aus Sicherheitsgründen nach wie vor Röntgenbilder ausschließlich auf Datenträgern entgegen.



Archiv öffnet sich ein Menü. Dort muss man mit der linken Maustaste auf „7-Zip / Hier entpacken“ klicken: Danach öffnet sich das Fenster „Kennworteingabe“.

Nach Eingabe des Passwortes und Bestätigung mit OK wird das Archiv entpackt und die Datei steht zur weiteren Verwendung zur Verfügung.



Über den Umgang mit dem Gebührenfaktor

Maßgeblich für die Honorarfindung für erbrachte Behandlungsleistungen sind die Paragraphen 3, 4, und 5 der novellierten GOZ 2012. Strittig ist in der Praxis, wie der § 5 GOZ – zum Bemessen der Leistungen – korrekt anzuwenden ist.



Dipl.-Stom.
Roland Kobel,
GOZ-Ausschuss-
mitglied

Autor: Dipl. Stom. Roland Kobel,
Cottbus

Dem Zahnarzt stehen Gebühren für seine Leistungen zu (§ 3 GOZ). Diese Gebühren sind (laut § 4 GOZ) Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis genannten zahnärztlichen Leistungen. Erst § 5 führt aus, dass und wie die einzelnen Gebühren unter Berücksichtigung verschiedener, definierter Kriterien, nämlich der bereits bekannten Kriterien Zeitaufwand, Schwierigkeit und Umstände bei der Ausführung ... nach billigem Ermessen zu bestimmen sind.

Gerade die veränderten Formulierungen im Gesetzestext sollten für die Zukunft mehr Rechtsicherheit beim Ausschöpfen des Gebührenrahmens schaffen. Die veränderte Textpassage im § 5 Abs. 2 GOZ sorgt im Prinzip für mehr Klarheit im Umgang mit der gesamten Gebührenspanne (siehe Kasten unten). Jedoch gerade diese Bestimmung ist – dann auch unter Berücksichtigung des § 10 Abs. 3 GOZ (Rechnungslegung) – wiederkehrend Anlass zu Nachfragen, Beanstandungen, Widersprüchen, Rechnungskürzungen bis hin zu Streitigkeiten. Das wird wohl auch in Zukunft so bleiben.

Stundensatz der Praxis als Grundlage der Honorarfindung

Vertreter der privaten Versicherungsbranche haben bereits ihre Unzufriedenheit mit dem Bemessensverhalten der Zahnärzteschaft

nach In-Kraft-Treten der GOZ 2012 geäußert: Es hätte sich doch trotz veränderter Gebührenordnung nichts am traditionellen Bemessen des Faktors verändert ...

Nun, nach mehr als 20 Jahren Honorarstillstand bei der privaten Gebührenordnung, hat die GOZ-Novelle tatsächlich nur punktuell einen geringen Teil der Leistungen neu bewertet. Der Punktwert blieb dabei völlig unverändert. Alles in allem ein Schmelztiegel der widersprüchlichen Interessen zwischen Behandler, Patienten, PKV-Kostenerstatter und behördlicher Beihilfe, wo jeder eigene Interessen beansprucht. In einem Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit, den engen Vorschriften einer partiell novellierten GOZ und dem restriktivem Erstattungsverhalten privater und/oder behördlicher Kostenerstatter kommt einer korrekten und nachvollziehbaren Honorarfindung eine ganz besondere Bedeutung zu: Zu einer gerechten und angemessenen Honorarfindung gelangt man nur, wenn man seinen Stundensatz in der Praxis kennt und auf dieser Grundlage seinen Ermessensspielraum verantwortungsbewusst ausübt. „Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab“ – so heißt es jetzt im § 5 (2) GOZ (siehe Kasten). Ob dies in der Praxis immer so stimmen mag, bleibt dahingestellt. Tatsache ist aber auch, dass der 2,3fache Satz am häufigsten gewählt wird, nicht zuletzt, weil es so schön bequem ist.

§ 5 Abs. 2 GOZ neu:

„Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit, des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. ... Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab, ...“

§ 5 Abs 2 GOZ alt:

„... In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ...“



Hat der Patient ungewöhnlich viel Angst vor der Behandlung, erhöht sich der Schwierigkeitsgrad für das Behandler-Team – der Steigerungssatz sollte dies berücksichtigen.

Müssen oder möchten wir Leistungen oberhalb dieses 2,3fachen Satzes bemessen, gilt es, diesen Faktor in der Rechnung „auf die einzelne Leistungen bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen“. Dies war sinngemäß in der Vergangenheit schon so, weshalb auch in früheren Ausführungen die folgenden Empfehlungen zum korrekten Begründen gegeben worden sind:

Tipps für Begründungen

Benennen Sie das Kriterium, ergänzt durch die individuellen Gründe, welche zu einer entsprechenden Höherbewertung des Faktors führen.

Beispiel: Wir alle kennen die Schwierigkeiten mit dem Speichelfluss einzelner Kinder beim Versiegeln der 6-Jahr-Molaren. Die auf der Rechnung dann zu findende spartanische Begründung: „hoher Speichelfluss“ ist eher ein physiologischer Fakt, den Sie festgestellt haben, aber hinsichtlich der Bemessungskriterien nichtssagend ist. Ein Ablehnungsbescheid durch die Beihilfe mit dem saloppen Hinweis: „... wird bekanntlich von der Assistenz abgesaugt ...“ ist vorprogrammiert. Aber: Begründen Sie doch wie folgt: „Sehr hohe Schwierigkeit und hoher Zeitaufwand bei der Trockenlegung/Trockenhaltung infolge außerordentlich hohem Speichelfluss, mehrfache Unterbrechung bzw. Neustart des Versiegelungsvorgangs ...“. Insbesondere empfehle ich, die Bemessung der einzelnen Leistungen zeitnah nach deren

Erbringung durchzuführen und sofort in der Patientenakte gemeinsam mit den Gründen für die erhöhte Schwierigkeit oder den höheren Zeitaufwand zu dokumentieren. Man hat die eben durchgeführten Leistungen und ihren Zeitbedarf ganz frisch vor Augen und kann, sofern einem dazu noch die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen der eigenen Praxis bekannt sind, verlässlich, angemessen und nachvollziehbar bewerten. Wer demnach von einem Stundenhonorar von etwa 200 € (Quelle: BZÄK) ausgeht, sollte also für 40 min ein Honorar in Höhe von etwa 130 € erarbeiten. Übrigens: Wird ein Heil- und Kostenplan erstellt, so sind vorhersehbare Schwierigkeiten bereits dort zu berücksichtigen.

Zeitaufwand realistisch benennen

Seien Sie vor allen Dingen realistisch: Nicht alle Leistungen sind durchschnittlich im Zeitaufwand. Sie und ich, aber auch unsere Patienten wissen, dass es neben aufwendigen Behandlungsleistungen immer wieder auch einfachere gibt. Beispielsweise sind die Zahnsteinablagerungen bei unseren regelmäßigen PZR-Patienten deutlich geringer geworden. Oder das gleichzeitige Anästhesieren mehrerer Zähne eines Quadranten oder Kiefers lässt sich auch einmal geringer bemessen. Diese realistische Einschätzung dokumentiert dem Patienten gegenüber einen in der Tat verantwortungsbewussten Umgang mit den Vorschriften der Gebührenordnung. ●

Vorgestellt: Der Bereich der GOZ im Portal

An die 600 Zahnarztpraxen des Landes nutzen bereits das Internetportal „Z-QMS“. Dieses können Sie nicht nur für Ihr praxisinternes Qualitätsmanagement verwenden. Es gibt darüber hinaus zahlreiche Informationen, beispielsweise zum Gebührenrecht.



Carola Kirsch

Autorin: Carola Kirsch,
GOZ-Referat

Nicht nur auf den Seiten der LZÄKB, sondern auch im Internet-Portal „Z-QMS“ ist der Bereich GOZ vertreten. Sie erreichen das Internet-Portal entweder direkt: www.z-qms.de oder Sie nutzen den Eingang über die bekannte Adresse: www.lzkb.de und klicken rechts auf den Button. Der GOZ-Bereich unterteilt sich in folgenden Schaltflächen:

- GOZ-Analyse
- Grundsätzliches zur Gebührenordnung
- Infoblätter und Formulare
- Kommentar der BZÄK zur GOZ 2012
- Urteilssammlung bis 31.12.2011
- Dokumente im Bereich GOZ

Über die Schaltfläche „**GOZ-Analyse**“ gelangen Sie auf die Internetseite der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), auf der Sie alle Informationen zu dem Projekt, Auswertungen und Hinweise zum Anmeldeverfahren erhalten.

Im Bereich „**Grundsätzliches zur Gebührenordnung**“ sind die Bundesbeihilfeverordnung, die GOZ 2012, die GOÄ sowie die Synopsen GOZ 1988 – 2012 Paragrafen- und Gebührenteil eingestellt.

Den umfangreichsten Bereich stellt „**Infoblätter und Formulare**“ dar. Hier finden Sie für den Praxisalltag relevante Informationsblätter und Formulare mit nachfolgenden Inhalten:



Formulare

- Basistarif: Mustervorlage Aufklärungsbestätigung und Informationsblatt zum Basistarif
- Anamnesebogen
- einheitliches Rechnungsformular ab 1. Juli 2012
- Klinischer Funktionsstatus (DGZMK)
- Mehrkostenvereinbarung für endodontische Leistungen (KZVLB)
- Mehrkostenvereinbarung für Material- und Laborkosten bei einer KFO-Behandlung
- Parodontalstatus
- Patientenaufklärung über die Überschreitung des Kostenvoranschlags für zahn-technische Leistungen gemäß § 9 Abs. 2 GOZ
- Patientenerklärung Einwilligung der Datenübermittlung an Dritte zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 10 Abs. 6 GOZ
- Ratenzahlungsvereinbarung
- Vereinbarung einer Privatbehandlung für einen GKV-Patienten (KZVLB)
- Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ
- Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ

Mit dem Kommentar bringt die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als Berufsvertretung aller deutschen Zahnärzte ihre Fachexpertise und Erfahrung für eine praxis- und patientenorientierte Umsetzung einer novellierten GOZ ein. Mit gezielten Erläuterungen, Hinweisen und Berechnungsempfehlungen will die BZÄK einen konkreten Beitrag für eine bessere Verständlichkeit und Anwendbarkeit der novellierten GOZ für alle Zahnarztpraxen leisten. Der Kommentar versteht sich nicht als abgeschlossenes Werk, sondern wird ständig weiter entwickelt und angepasst. Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich diesen Kommentar als alltägliches Hilfsmittel im Umgang mit der GOZ 2012: www.lzkb.de >> Zahnärzte >> GOZ.



- Vereinbarung über zusätzliche Kosten bei der Füllungstherapie
- Vorauszahlungsvereinbarung

Informationsblätter

- Berechnungsfähige Materialien
- GOZ-Position 2390 „Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung“
- Patienteninformation zur Berechnung zahn-technischer Leistungen
- Patienteninformation zur Erstattung der Professionellen Zahnreinigung
- Patienteninformation zur Gebührenordnung für Zahnärzte
- Rechnungslegung analoger Leistungen
- Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes

Über die Schaltfläche „[Kommentar der BZÄK zur GOZ 2012](#)“ gelangen Sie auf den aktuellen Kommentar der BZÄK zur GOZ 2012. Weiterhin enthält der GOZ-Bereich die „alte“ [Urteils-](#)

[sammlung](#), welche mit Urteilen, die bis zum 31. Dezember 2011 gefällt worden sind, bestückt ist. Sobald erste Urteile unter Bezugnahme der GOZ 2012 gefällt wurden, werden diese Eingang in eine neue Urteilssammlung finden.

Unter der Schaltfläche [Dokumente](#) finden Sie die Analogliste der BZÄK für selbständige zahnärztliche Leistungen gemäß § 6 (1) GOZ sowie ferner noch den alten GOZ-Beschlusskatalog der BZÄK, welcher bis zum 31. Dezember 2011 Gültigkeit hatte.

Auch GOZ-Sprechstunde nutzen

Der Bereich GOZ wird regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. Unabhängig davon steht Ihnen als Ansprechpartner zu gebührenrechtlichen Fragen ein GOZ-Ausschussmitglied in der GOZ-Sprechstunde [mittwochs in der Zeit von 15:00 bis 18:00 Uhr](#) unter der Telefonnummer 0355 3 81 48-26 zu Ihrer Verfügung. ☹

Carola Kirsch ist unter der Tel.-Nr.: 0355 3 81 48-26 oder per E-Mail unter: ckirsch@lzkb.de zu erreichen.

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.

Fragen und Antworten zur Abrechnung

„Der Nachteil der Intelligenz besteht darin, dass man ununterbrochen gezwungen ist, dazuzulernen.“*

George Bernard Shaw



Rainer Linke,
Stellv. Vorsitzender
des Vorstandes der
KZVLB

Autoren: Rainer Linke,
Anke Kowalski

Ob es ein Nachteil ist, das sollte jeder für sich bewerten! Auf jeden Fall möchten wir Sie mit unserer Frage-Antwort-Gegenüberstellung beim Dazulernen unterstützen!

Zeitpunkt der Abrechnung des HuK

Frage: Um nach einer Cp-Behandlung die Reaktion des Pfeilerzahnes abzuwarten, erfolgte zunächst eine semipermanente (provisorische) Eingliederung der Brücke. Kann der Heil- und Kostenplan zu diesem Zeitpunkt bereits abgerechnet werden?

Antwort: NEIN!

Ausnahmslos gilt, dass ein Heil- und Kostenplan mit feststehendem Zahnersatz erst dann abrechnungsfähig ist, wenn der Behandlungsvorgang abgeschlossen ist und eine definitive Eingliederung erfolgte.



Anke Kowalski,
Stellv. Abteilungs-
leiterin
Abrechnung

Verbleib des HuK

Frage: Seit der papierlosen Abrechnung erstelle ich die Heil- und Kostenpläne nicht mehr in dreifacher, sondern in einfacher Form, somit habe ich auch nur noch jeweils einen genehmigten Plan. Wo verbleibt dieser Plan (früher: Original zur KZV, eine Durchschrift für die Praxis, eine Durchschrift für den Patienten)?

Antwort: Seit dem 01.01.2012 verbleibt der genehmigte Heil- und Kostenplan (Original) in der Zahnarztpraxis und muss dort für mindestens vier – laut Empfehlung der KZVLB gemäß dem Patientenrechtegesetz für zehn – Jahre aufbewahrt werden.

Aufschläge für Materialkosten

Frage: Für welche Materialien können im Land Brandenburg Aufschläge abgerechnet werden?

Antwort: Unter Angabe von Art, Menge, Hersteller und Preis können im Land Brandenburg nachstehende Materialkosten wie folgt abgerechnet werden:

- Kosten für künstliche Zähne (Listenpreis des Zahnherstellers für den Einzelzahn zuzüglich eines Aufschlages von 15 Prozent).
- Kosten für Konfektionsfertigteile (berechnungsfähig sind die am Tage der Rechnungslegung gültigen Preise der Lieferfirmen zuzüglich eines Zuschlages von 7%).
- Kosten für edelmetallhaltige Dentallegierungen (Listenpreis der Scheideanstalt am Liefertag zzgl. eines Aufschlages von 5%; Berechnungsgrundlage ist das Gewicht des Rohlings).
- Kosten für Weich- und Sonderkunststoffe (je Prothese 17,90 € Materialkosten abrechnungsfähig).

Richtlinienkonformität

Zahnersatzrichtlinie 21.

Frage: Ein Heil- und Kostenplan mit folgender Befundung und Planung meinerseits lies die zuständige Krankenkasse begutachten.

TP																	
R											KV	BV	KV	BV	B	B	K
B	x		k								ww	b	kw	b	b	x	ww
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	k	b	k	k						k	k	b	b	k		
R																	
TP																	

Der Gutachter sprach sich in seiner Stellungnahme gegen meine geplante Regelversorgung aus, da die Pfeilerzähne aus seiner Sicht für die Brückenversorgung ungeeignet seien. (Ich erhob keinen Einspruch.) Da mein Patient auf keinen Fall einen herausnehmbaren

Zahnersatz (wäre nun die Regelversorgung) wünscht und ich die Brücke medizinisch verantworten kann, steht die Frage: Wird die Brückentherapie als andersartige Versorgung eingestuft und erhält der Patient für die Regelversorgung den Prothesenfestzuschuss?

Antwort: NEIN!

Die Brücke, die Sie anfertigen, wurde vom Gutachter als nicht richtlinienkonform bewertet, da sie gegen die ZE-Richtlinie 21. verstößt: „Eine Brücke dient in der Regel der Schließung zahnbegrenzter Lücken. Die Indikation ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund der zu überkronenden Zähnen einschließlich ihrer Parodontalgewebe und aus statischen und funktionellen Gesichtspunkten. ...“ Da grundsätzlich davon auszugehen ist, dass die nicht richtlinienkonformen Versorgungen als nicht anerkannte Versorgungen im vertragszahnärztlichen Sinne gelten, dürfen derartige Versorgungen auch nicht bezuschusst werden.

Fazit: Die geplante Brückentherapie rechtfertigt somit keinen Anspruch auf einen befundbezogenen Prothesenfestzuschuss.

Festzuschussrichtlinie A.2.

Frage: Da der Patient auf die Versorgung der Lücke 14 **verzichtet**, wird nur der Zahn 15 mit einer Krone versorgt. Welche Festzuschüsse übernimmt die Krankenkasse?

TP				KV															
R				KV	BV	KV													
B				ww	f														
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			

Antwort: Ausgangspunkt für die Gewährung des Festzuschusses ist unter anderem auch die kritische Umsetzung der Festzuschussrichtlinie A.2., in welcher es heißt: „Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt und erst dann gewährt, wenn die auslösenden Befunde mit Zahnersatz, Zahnkronen oder Suprakonstruktionen so versorgt sind, dass keine weitere Versorgungsnotwendigkeit besteht. ...“ Die befundbezogene Regelversorgung wurde

seitens des Zahnarztes als Brücke definiert. Da aber mit der (auf Wunsch des Patienten) geplanten Einzelkrone der auslösende Befund nicht allumfassend versorgt wird, bleibt eine weitere Versorgungsnotwendigkeit bestehen. Daraus ergibt sich, dass die ausschließliche Versorgung des Zahnes 15 mit einer Krone die Festzuschussrichtlinie A.2. verletzt.

Fazit: Seitens der Krankenkasse dürfen keine Festzuschüsse übernommen werden.

Freiendbrücke mit einem implantatgetragenen Pfeiler

Frage: Gilt die ZE-Richtlinie 22. auch für Suprakonstruktionen? Konkret: Ist die nachstehende Implantatversorgung festzuschussfähig?

TP					SKV	BV													
R					?	?													
B					fi	f													
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			

Antwort: Basierend auf den Ausführungen der Zahnersatz-Richtlinien unter 1. des Abschnittes A. „Gegenstand und Zweckbestimmung“: „... Soweit in den nachfolgenden Richtlinien Aussagen zum Zahnersatz getroffen werden, gelten diese entsprechend für die Versorgung mit Zahnkronen und Suprakonstruktionen. ...“ lässt sich die Allgemeinverbindlichkeit der ZE-Richtlinien schlussfolgern; somit gilt die nachstehende Richtlinie 22. auch in Bezug auf Suprakonstruktionen: „Brücken sind angezeigt, wenn dadurch in einem Kiefer die geschlossene Zahnreihe wiederhergestellt wird. In der Regel sind Endpfeilerbrücken angezeigt. Freiendbrücken sind nur bis zur Pämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt; in Schallücken ist der Ersatz von Molaren und von Eckzähnen durch Freiendbrücken ausgeschlossen.“

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

Fazit: Da die geplante Suprakonstruktion als Freiendbrücke mit nur einem Pfeilerzahn gefertigt werden soll, handelt es sich um eine nicht richtlinienkonforme Therapie, welche wiederum nicht bezuschussungsfähig ist. ☹

Das neue Patientenrechtegesetz Teil 2

Das Gesetz ist am 1. März in Kraft getreten. 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?



Autorin: Rechtsanwältin Sabrina Sokoloff,
Berlin

Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung

An überraschender Stelle, nämlich in § 630c Abs. 3 BGB, wird nun bestimmt, dass der Zahnarzt den Patienten „vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform“ zu informieren hat, wenn „der Behandelnde weiß, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist“ oder sich „nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben“.

Gewollt ist nach der Gesetzesbegründung eine Umsetzung der bisherigen Rechtsprechung zur sog. wirtschaftlichen Aufklärungspflicht. Gemeint sind Fälle, in denen der Zahnarzt – z. B. aufgrund ihm vorliegender Korrespondenz mit der Krankenversicherung – sicher weiß, dass ein Erstattungsanspruch nicht besteht bzw. weiß, dass ein Erstattungsanspruch unsicher ist. Grundsätzlich gilt die wirtschaftliche Aufklärungspflicht unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten. Bei privat versicherten Patienten hat der Zahnarzt naturgemäß seltener als bei gesetzlich versicherten Patienten Einblick in die Kostenerstattungsgrundlagen. Diese gehen ihn auch gar nichts an. Eine weitgehende Pflicht zur Recherche wird von ihm – angesichts dieses Gesetzes kann man fast sagen „glücklicherweise“ – nicht verlangt. Der Zahnarzt schuldet auch keine versicherungsrechtliche Auslegung des privaten Krankenversicherungsvertrages seiner Patienten!

„Information in Textform“ ist jede schriftliche Information, die keine Unterschrift des Zahnarztes tragen muss. Dass diese Information schriftlich zu erfolgen hat, wurde von der

Rechtsprechung bisher nicht gefordert. Sie dient jedoch der Absicherung des Zahnarztes im Streitfall und macht daher Sinn. Zudem gehört ihre Dokumentation in die Patientenakte. Nach Abs. 4 des § 630c BGB entfällt die wirtschaftliche Aufklärungspflicht nur, wenn sie „aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist“, z. B. bei „Unaufschiebbarkeit“, oder wenn der Patient hierauf „ausdrücklich verzichtet“. Vor der Akzeptanz eines solchen Verzichts seitens des Patienten muss allerdings gewarnt werden. Gehen Sie lieber „auf Nummer sicher“ und informieren Sie gleichwohl, wenn die obenVoraussetzungen gegeben sind.

Einwilligung des Patienten

Im neuen § 630d Abs. 1 BGB wird bestimmt, dass der Behandler „vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit“ die Einwilligung des Patienten einholen muss. Nur unaufschiebbare Maßnahmen, für die eine Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, dürfen ohne diese erfolgen. Vorausgesetzt, sie entsprechen dem mutmaßlichen Willen des Patienten. Absatz 2 stellt klar, dass die Einwilligung nur dann wirksam ist, wenn der Patient zuvor gemäß der nachfolgenden Bestimmung in § 630e Abs. 1-4 BGB aufgeklärt worden ist. Daher ist ein näherer Blick auf § 630e BGB erforderlich:

Gesetzliche Aufklärungspflicht

Durch § 630e Abs. 1 BGB wird „der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose

oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“ Der 2. Absatz bestimmt, dass die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen muss, „die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt.“ Ergänzend soll auch auf Unterlagen Bezug genommen werden können, die der Patient in Textform erhält.

Hintergrund dieser Regelungen, die von der Rechtsprechung übernommen wurden, sind vor allem Krankenhausfälle, in erster Linie aus dem Bereich der Chirurgie. Der Gesetzgeber unternimmt hier den Versuch, die Aufklärungspflichten so genau wie nur irgend möglich zu definieren – und stößt schon bei der Formulierung an seine Grenzen. Ob und inwieweit eine Behandlungsmaßnahme notwendig, dringlich, geeignet und erfolgversprechend ist, bedarf immer einer individuellen zahnmedizinischen Bewertung des Behandlers – bzw. einer entsprechend sachkundigen Person, „die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“. Diese Bewertung ist auf niemanden anders delegierbar.

Aufklärungspflicht für allgemeine und seltene Risiken?

Offen lässt das Gesetz allerdings, wo der Zahnarzt die Grenzen der Aufklärungspflicht ziehen darf. Was soll für allgemeine und seltene Risiken eines Behandlungseingriffs gelten? Das Gesetz gibt hierzu keine Auskunft. Eine umfassende Aufklärungspflicht über allgemeine Risiken bei geringfügigen Routinemaßnahmen dürfte auch zukünftig mit der bisherigen Rechtsprechung unverhältnismäßig sein. Auch hinsichtlich der Pflicht zur Aufklärung über seltene Risiken werden die Gerichte weiter den Maßstab anhand von Einzelfällen setzen.

Weitere Regelungen des § 630e betreffen die Rechtzeitigkeit und die Verständlichkeit der Aufklärung für den Patienten sowie die aus-

drückliche Pflicht zur Aushändigung von Kopien der Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen an den Patienten, die dieser unterzeichnet hat. Die Aushändigung dieser Unterlagen sollte der Zahnarzt in jedem Falle auch in der Patientenakte vermerken. Dies gibt das Stichwort auf eine weitere wichtige Neuregelung, nämlich der Behandlungsdokumentation.

Verschärfte Dokumentationspflicht der Behandlung

Von besonderer Bedeutung für den Zahnarzt ist die in § 630f BGB geregelte Pflicht zur Behandlungsdokumentation. Neu ist, dass sie nunmehr „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ erfolgen muss. Unklar bleibt, was sich der Gesetzgeber unter dem „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ vorstellt. Da sich komplexe Zahnbehandlungen naturgemäß häufig über einen langen Zeitraum erstrecken, dürfte nach dem Willen des Gesetzgebers nicht das Ende der gesamten Behandlung, sondern die einzelnen Behandlungsschritte gemeint sein, die „unmittelbar zeitnah“ zu dokumentieren sind. Als Hilfestellung für die Frage, welcher zeitliche Abstand (noch) erlaubt ist, kann der in § 121 BGB generell definierte Begriff der Unverzüglichkeit dienen. Danach gilt eine Handlung als „unverzüglich“, die „ohne schuldhaftes Zögern“ erfolgt. Auch dies setzt eine Bewertung im Einzelfall voraus, die der Zahnarzt vornehmen muss. Aber auch hier gilt: Je früher, desto sicherer. Ort der Dokumentation ist die Patientenakte, die „in Papierform oder elektronisch zu führen“ ist.

Stichwort: Fälschungssichere Patientenakte

Eine nicht zu unterschätzende Verschärfung der Rechtslage folgt auch aus § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB. Danach sind „Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“ Dies ist sehr kritisch zu sehen.

Mit dieser Forderung verlässt der Gesetzgeber den ursprünglichen Zweck der Behandlungsdokumentation, nämlich dem Zahnarzt eine Gedächtnisstütze für die erfolgte und weitere Behandlung zu geben. In Zukunft soll damit sichergestellt werden, dass der Patient mit der Patientenakte ein fälschungssicheres Beweismittel in die Hand bekommt, mit dessen Hilfe er vermeintliche Behandlungs- oder Aufklärungsfehler seines Zahnarztes nachweisen kann. Der Zahnarzt gerät hierdurch unter einen ständigen Rechtfertigungs- und Dokumentationsdruck, was dem gewünschten vertrauensvollen Zusammenwirken zwischen Zahnarzt und Patient im Hinblick auf die Heilbehandlung kaum dienlich sein kann. Bisher gehen die Gerichte davon aus, dass der Patientenakte der Anscheinsbeweis für Vollständigkeit und Wahrheit der Behandlungsdokumentation zukommt. Der Patient wird mit der Neuregelung in die Lage versetzt, etwaige Verstöße des Zahnarztes gegen die Dokumentationspflicht nachzuweisen, was dazu führen kann, dass die Patientenakte aus Sicht der Gerichte ihren Beweiswert verliert. Die hieraus resultierenden Folgen für künftige Arzthaftungsprozesse lassen sich kaum abschätzen.

Ein weiteres Problem: Der Dokumentationsumfang

Zum Umfang der erforderlichen Eintragungen bestimmt § 630f Abs. 2 BGB: „Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“ Auch dieser Katalog geht über die bisher von den Gerichten geforderte Dokumentationspflicht weit hinaus und führt zu einem ungleich höheren Bürokratieaufwand für die Zahnärzte. Allerdings muss hier gesagt werden, dass auch bisher schon empfohlen wurde, Einwilligungen und Aufklärungen zur Sicherheit in der Patientenakte zu dokumen-

tieren. Dies hat sich in vielen Fällen bewährt. § 630f Abs. 3 BGB sieht eine Aufbewahrungspflicht für die Patientenakte von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung vor, „soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen“.

Einsichtnahme in die Patientenakte

Nicht neu ist, dass der Patient ein Einsichtsrecht in seine Patientenakte hat und hiervon auch Kopien gegen Kostenerstattung verlangen darf. Dafür bedurfte es schon in der Vergangenheit keines besonderen Grundes. § 630g nimmt daher die schon geltende Rechtslage auf, indem er in Abs. 1 bestimmt: „Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.“ § 811 (BGB) ist entsprechend anzuwenden.“ Klarstellend führt Abs. 2 aus, dass der Patient auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen kann.

Neu ist im Zusammenhang mit dem Einsichtsrecht die Bestimmung in Abs. 3, wonach nach einem Versterben des Patienten auch dessen Erben ein Akteneinsichtsrecht zusteht, ebenso wie nächsten Angehörigen des Patienten, wenn diese Schmerzensgeldansprüche geltend machen.

Beweislast für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

Die Neuregelungen des Behandlungsvertrages und seiner hieraus resultierenden Pflichten schließen mit § 630h BGB, der die Frage der Beweislast für das Vorliegen etwaiger Behandlungs- und bzw. oder Aufklärungsfehler regelt. Auch wenn diese Bestimmung am Ende steht, verdient sie absolute Aufmerksamkeit. Denn sie ist im Arzthaftungsfall streitentscheidend und gehört daher gemessen an ihrer Bedeutung ganz „an den Anfang der Betrachtung“! Die Beweislast entscheidet im Zivilprozess darüber, ob derjenige, der etwas Streitiges

behauptet, den Prozess gewinnt oder nicht. Ist er für einen entscheidenden Umstand beweispflichtig und kann er diesen Beweis nicht erbringen, verliert er den Rechtsstreit und trägt zudem alle Verfahrenskosten, auch die des gegnerischen Anwalts. Das Interesse für die neuen gesetzlichen Beweislastregelungen kann daher nicht groß genug sein. Folgenden Regelungskatalog hat der Gesetzgeber in § 630h zur Beweislast im Behandlungsverhältnis aufgestellt:

Abs. 1:

„Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandler voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

Abs. 2:

Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

Abs. 3:

Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Abs. 1 oder Abs. 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Abs. 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Abs. 4:

War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

Abs. 5:

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, dass Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.“

Kommentar zum Gesetzestext

Für den juristischen Laien wirken diese Bestimmungen schwer verständlich und „verklausuriert“. Daher sollen sie an dieser Stelle kurz kommentiert werden:

Abs. 1

übernimmt die von der Rechtsprechung entwickelte Beweislastregel für den Fall des sog. vollbeherrschbaren Behandlungsrisikos, also von Ausnahmefällen in Behandlungsverhältnissen. Voraussetzung für die hiermit verbundene Beweislastumkehr zulasten des Arztes bzw. Zahnarztes für Behandlungsfehler ist,

Mehr als 350 Teilnehmer aus 250 Praxen informierten sich wie hier in Potsdam über das neue Gesetz



dass das Gericht zu dem Ergebnis kommt, der eingetretene Schaden stamme aus einem von den Ärzten bzw. Zahnärzten grundsätzlich „vollbeherrschbaren“ Risikobereich.

Abs. 2

dürfte eine weit größere Bedeutung in der täglichen zahnärztlichen Behandlungspraxis spielen. Denn in grundsätzlich jedem Behandlungsfall ist der Patient aufzuklären und seine Einwilligung für den geplanten körperlichen Eingriff, den die Behandlungsmaßnahme darstellt, einzuholen. Ansonsten macht sich der Zahnarzt nicht nur zivilrechtlich haft-, sondern auch wegen Körperverletzung strafbar. Den Beweis für die erfolgte ordnungsgemäße Aufklärung und Einholung der Einwilligung in den Eingriff kann er nur durch entsprechende Dokumentation in der Patientenakte führen. Der Nachsatz in Absatz 2, mit dem sich der Behandelnde im Falle mangelhafter Aufklärung auf eine sog. hypothetische Einwilligung des Patienten berufen könne, ist trügerisch und darf nicht überschätzt werden. Gerichten erkennen diese tatsächlich nur in wenigen Fällen an. Sie darf keineswegs als „Alternative zur lückenhaften Aufklärung“ missverstanden werden!

Abs. 3

spricht die bereits erwähnte, nunmehr auch gesetzliche Vermutung der „Vollständigkeit und Wahrheit“ der Patientenakte an, die per se ein Beweismittel für alle wesentlichen Umstände der erfolgten Behandlung darstellt. Enthält die Patientenakte, gemessen an den neuen Vorschriften, Lücken oder ist sie sogar vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist abhanden gekommen, wird daher gesetzlich unterstellt, dass die nicht (mehr) nachweisbare Maßnahme nicht stattgefunden hat.

Abs. 4

enthält eine klare Beweislastumkehr zugunsten des Patienten für den Fall, dass der Behandler für die von ihm durchgeführte Behandlungsmaßnahme nicht befähigt war. Der Patient braucht in diesem Fall die Ursächlichkeit zwischen Schadenseintritt und Behandlungsfehler ausnahmsweise nicht nachzuweisen. Es ist hier Sache des Behandlers, zu beweisen, dass

der Schaden nicht auf dem Behandlungsfehler beruhte.

Der in **Abs. 5** angesprochene sog. grobe Behandlungsfehler entstammt ebenfalls der Rechtsprechung und wird im Gesetz nicht näher definiert. Gleiches gilt für den ebenfalls von den Gerichten entwickelten sog. Befunderhebungsfehler, der hier nur erwähnt wird, aber keinen neuen Regelungsgehalt erhält. Es mag daher fraglich sein, welchen Sinn die Aufzählung der vorstehenden Beweislastregeln im Rahmen des Patientenrechtegesetzes hat. Klarer wäre gewesen, wenn der Gesetzgeber zu Beginn des § 630h darauf hingewiesen hätte, dass grundsätzlich der Patient das Vorliegen eines von ihm behaupteten Behandlungsfehlers beweisen muss und nur in Ausnahmefällen eine Beweislastumkehr eintritt. Das entspricht zwar der bisherigen Rechtsprechung. Dies allein hätte aber angesichts der vielen Wiederholungen der Rechtsprechung im Gesetzestext kein Grund sein dürfen, auf die Niederlegung im Patientenrechtegesetz zu verzichten.

Fazit für den Zahnarzt

Als Fazit aus dem Patientenrechtegesetz, wie es am 29. November 2012 beschlossen wurde, bleibt festzuhalten: Das Gesetz erweitert und verdeutlicht die Rechte der Patienten und verschärft zugleich die Pflichten der Zahnärzte, denen die umfangreichen Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten erhebliche Mehrarbeit verursachen werden. Zugleich wirft das Gesetz zahlreiche Fragen auf, die erst von der Rechtsprechung im Laufe der nächsten Jahre geklärt werden dürften. Sie sollten daher zu Ihrer eigenen Sicherheit versuchen, durch zeitnahe und systematische Aufklärung und Dokumentation den Fallstricken des Gesetzes zu entgehen und zugleich den zeitlichen Mehraufwand in Grenzen zu halten. Jeder nachlässige Umgang mit den neu formulierten Pflichten birgt die Gefahr in sich, im Falle eines Haftungsprozesses den Kürzeren zu ziehen. Die Chancen für die Patienten, Arzthaftungsprozesse zu gewinnen, stehen in Zukunft besser als je zuvor. Dem gilt es unbedingt vorzubeugen! ●



8. WELTKONGRESS

DER INTERNATIONAL FEDERATION OF ESTHETIC DENTISTRY (IFED) | DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE (DGÄZ)

PRACTICE MEETS SCIENCE • MÜNCHEN, IM GASTEIG, 18.–21. SEPTEMBER 2013



Photo: (c) Michael Nagy, Presseamt München

Wissenschaftliches Programm

DONNERSTAG, 19.9.2013 vormittags

- ERÖFFNUNGSZEREMONIE
- NATÜRLICHE vs. IMPLANTAT-ABUTMENTS – Heroismus vs. Effizienz
Einführung durch Prof. Dr. Dr. Niklaus Lang
- Dr. Martin Trope, DMD
Beständigkeit endodontisch behandelter Zähne
- Dr. Rino Burkhardt
Beständigkeit von Zahnimplantaten
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten
- TRADITIONELLE vs. MODERNE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGSOPTIONEN
Einführung durch Dr. Vincent G. Kokich Sr.
- Dr. Domingo Martin
Neue kieferorthopädische Techniken: einfacher und unsichtbar
- Dr. Raffaele Spina
Neue kieferorthopädische Techniken: schneller und berechenbarer
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten

DONNERSTAG, 19.9.2013 nachmittags

- THERAPIEPLANUNG 1
- IFED/DGÄZ Begrüßungsempfang

IFED-Poster-Ausstellung für alle Akademien



VERANSTALTER:

- Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde
- International Federation of Esthetic Dentistry

KONGRESSORGANISATION: QUINTESSENCE PUBLISHING

- Quintessence International Publishing Group

FREITAG, 20.9.2013 vormittags

- RELATIVE AUSWIRKUNG VON OPERATIONS-TECHNIKEN UND BIOMATERIALIEN AUF DIE PARODONTALE REGENERATION IN ÄSTHETISCHEN BEREICHEN
Einführung durch Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen
- Dr. Pierpaolo Cortellini
Aktueller Stand der regenerativ-chirurgischen Behandlungsoptionen
- Prof. Dr. Leonardo Trombelli
Aktuelle Entwicklung der regenerativen parodontalen Therapie und der Einfluss auf die klinische Praxis
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten
- DIREKTE vs. INDIREKTE ÄSTHETISCHE RESTAURATIONEN
Einführung durch Prof. Dr. Rudolf Hickel
- Claudio Pinho, DDS
Stand der Technik der direkten Restaurationen
- Dr. Mauro Fradeani
Stand der Technik der indirekten Restaurationen und Zahnpräparation
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten

FREITAG, 20.9.2013 nachmittags

- TRADITIONELLE vs. DIGITALE ABFORMUNG
Einführung durch Dr. Irena Sailer
- Dr. Fritz Kopp
Neue Entwicklungen traditioneller Abformung
- Prof. Dr. Bernd Wöstmann
Innovationen der digitalen Abformung
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten
- THERAPIEPLANUNG 2 – Fallpräsentation
- IFED 2013-NACHT in der BMW-Welt

SAMSTAG, 21.9.2013 vormittags

- BEWÄLTIGUNG EXTREMER HERAUSFORDERUNGEN BEIM WEICH- UND HARTGEWEBE
Einführung durch Dr. Ueli Grunder
- Dr. Albino Triaca
Indikationen und Einschränkungen chirurgischer Eingriffe
- Dr. Marcelo Calamita
Indikationen und Einschränkungen prothetischer Maßnahmen
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten
- Poster-Prämierungsfeier
- MANUELLE vs. MASCHINELLE FERTIGUNG ÄSTHETISCHER RESTAURATIONEN
Einführung durch Dr. Ronald Goldstein & MDT Michael Bergler
- Dr. Yoshihiko Mutobe
Stand der Technik bei manuell gefertigten ästhetischen Restaurationen
- Prof. Dr. Ariel J. Raigrodski
Aktueller Stand der CAD/CAM-Restaurationen
- Podiumsdiskussion / Fragen und Antworten
- SCHLUSSVORTRAG
Entwicklung der digitalen Welt in der Zahnheilkunde (Bildgebung, Diagnostik, Radiologie)
- SCHLUSSZEREMONIE

SAMSTAG, 21.9.2013 abends

- IFED 2013 auf dem Oktoberfest



Nutzen Sie den Frühbucherrabatt!

www.ifed-2013.com



Besuchen Sie uns auf Facebook: www.facebook.com/ifed2013

Nachruf auf unseren Kollegen Jochen Rosenkranz



*Autor: Dr. Uwe Sommer,
Lübben*

Mit tiefer Betroffenheit und unerwartet erhalten wir die Nachricht, dass unser verehrter Kollege Zahnarzt Jochen Rosenkranz am 22. März 2013 verstorben ist.

Durch eine kurze und schwere Erkrankung konnten die Ärzte sein Leben trotz aller Bemühungen nicht mehr erhalten. Er hinterlässt seine Frau Rita und die Kinder Sebastian und Katja.

Jochen Rosenkranz war ein bescheidener und zugleich privat und beruflich sehr engagierter Mensch. Wir verneigen uns vor einem Kollegen, der mit seiner netten, aufgeschlossenen und offenen Art viel Ansehen bei seinen Patienten und den zahnärztlichen Standesvertretern genoss. Jochen absolvierte bis 1981 das Stomatologie-Studium in Halle/Saale. Nach seiner Hochzeit im Jahre 1978 arbeitete er in der damaligen Betriebspoliklinik Röblingen. Die Suche nach Hilfe für seinen kranken Sohn führte ihn 1988 von Sachsen-Anhalt nach Britz bei Eberswalde. Im Oktober 1990 erhielt er die Zulassung für seine Praxis in seinem eigenen Haus. Bald schon engagierte sich Jochen standespolitisch im Freien Verband und im Ehrenamt bei der

Landeszahnärztekammer. Von November 1992 bis zum seinem Tode gehörte er zum Prüfungsausschuss Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA). Von 2008 bis 2012 wurde er als Mitglied der Kammerversammlung gewählt. In dieser Legislaturperiode gehörte er dem ZFA-Ausschuss an. Seit 1999 war er Mitglied der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg. Zu den vielen Ausschüssen der KZV, bei denen er mitarbeitete, gehörten unter anderem der Disziplinarausschuss, der Satzungsausschuss und der Berufungsausschuss für Zulassungen.

Jochen Rosenkranz wählte standespolitisch keinen leichten Weg. Er war gegenüber den Meinungen einiger Kollegen im Freien Verband manchmal kontrovers eingestellt und versuchte argumentativ den aus seiner Sicht richtigen Weg zu zeigen. Mit Sachverstand vermittelte er seine Vorstellungen von standespolitischer Arbeit. Er hatte die notwendige Geduld, um auf den geeigneten Zeitpunkt für Veränderungen in der standespolitischen Landschaft zu warten. Und er war Mitbegründer der Liste „Unabhängige Wählergemeinschaft der Zahnärzte, Kieferorthopäden und MKG-Chirurgen“ bei den KZV-Wahlen 2010. Im Ergebnis der KZV-Wahlen wurde er 2011 auch Mitglied des Beratungsausschusses für den Vorstand. Nach dem Wahlerfolg brachte er sich voller Elan in

Landesapothekerkammer wählte ihren Vorstand

[PM/LAK Brandenburg] Am 13. Februar fand die konstituierende Kammerversammlung im Apothekerhaus statt – Jens Dobbert ist der alte und neue Präsident. Bei nur einer Enthaltung wurde er einstimmig im Amt bestätigt. Ebenso eindeutig bleiben Eckhard Galys und Katrin Wolbring 1. bzw. 2. Vizepräsident. Neu in den Vorstand wurden Knut Hanika, Anke Nedwed und Sigrid Rzczinski gewählt; Stephan Creuzburg, Hansjörg Fabritz, Karen Pank, Clemens Scholz und Annegret Suschowk bleiben dem Vorstand erhalten.

In seinem Resümee ging der Präsident darauf ein, dass eine flächendeckende Versorgung nur mit einer entsprechenden Vergütung gewährleistet werden kann. Da wirtschaftliche Themen nicht primär in das Ressort einer Kammer fallen, widmete er sich weiteren ausschlaggebenden Faktoren. Die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) verursacht nicht nur zusätzliche unsinnige Kosten in der Apotheke, sondern führt dazu, dass Mitarbeiter für wichtige Aufgaben nicht mehr zur Verfügung stehen. Wegen des enormen Dokumentationsaufwandes stellen Apotheker – soweit dies möglich



ist – in Absprache mit den behandelnden Ärzten Rezepturen auf Fertigprodukte um. Andere Kollegen geben genehmigte Rezeptsammelstellen freiwillig zurück, da sich diese aus wirtschaftlichen Gründen und Anforderungen aus Verordnungen und Gesetzen nicht mehr abdecken lassen. Jens Dobbert forderte unter anderem:

- die Abschaffung der Rabattverträge,
- die Verbesserung der Honorierung und damit Anerkennung apothekerlicher Leistungen,
- die Einführung der versprochenen Notdienstpauschale rückwirkend zum 1. Januar 2013. ☹

v.l.n.r. Hansjörg Fabritz, Anke Nedwed, Knut Hanika, Katrin Wolbring, Eckhard Galys, Stephan Creuzburg, Karen Pank, Jens Dobbert, Annegret Suschowk, Clemens Scholz (nicht im Bild: Sigrid Rzczinski)

seiner Liste ein. Sehr angenehm sind die Erinnerungen an seine Diskussionsbeiträge in der Vertreterversammlung der KZV.

Als rhetorisch begabter Kollege verstand Jochen Rosenkranz es, in kontroversen Diskussionen mit klaren Worten die verschiedenen Meinungen zu einem gemeinsamen Nenner zu führen. Seine Meinung wurde von den Mitgliedern der Vertreterversammlung verstanden und respektiert. Viele standespolitisch neu engagierte Kollegen baten ihm um Rat und fanden ihn auch. In fachlicher Hinsicht brachte sich Jochen Rosenkranz als ZE-Gutachter ein. Er war ein Vertreter einer modernen und zugleich richtlinienkonformen Zahnheilkunde. Der Tod von Jochen Rosenkranz hinterlässt


eine große Lücke. Sein Engagement und seine Fachkompetenz wussten nicht nur seine befreundeten Kollegen, sondern privat auch seine Handballfreunde, deren Klubvorsitzender er war, zu schätzen. Jochen Rosenkranz war zudem ein begeisterter Aquarianer und faszinierte mit traumhaft tropischen Fischen. Er schaffte mittels Fleiß und Engagement sehr gut die Balance zwischen privater und beruflicher Zufriedenheit, dabei immer klare Ziele vor Augen.

Mit Jochen Rosenkranz verliert seine Familie einen liebenden und aufopferungsvollen Vater und wir Zahnärzte einen Kollegen, welcher durch sein Wesen unser aller Anerkennung genoss. Wir werden sein Andenken in allen Ehren bewahren. ☹

Ausschreibungsfrist für Hufeland-Preis verlängert

[PM] Die „Stiftung Hufeland-Preis“ wird den diesjährigen Festakt der Preisverleihung erstmals in Berlin durchführen. Die Stiftung nutzt die hierdurch bedingte zeitliche Verschiebung, um die laufende Frist zur Bewerbung um den „Hufeland-Preis 2013“ **bis zum 31. Oktober** zu verlängern.

notariellen Ausschreibung und einem sich daran anschließenden Auswahlverfahren durch ein Preisrichter-Kollegium, dem hochkarätige Wissenschaftler unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen angehören. Der wissenschaftliche Anspruch an die Qualität der eingereichten Arbeiten ist hoch. Den Annalen ist zu entnehmen, dass die „Gründerväter“ der Stiftung dies auch so wollten. Die Ärzte und Zahnärzte sollten sich „im geistigen Wettstreit um die Erlangung der Würde eines „Hufeland-Preisträgers messen“. Träger des Hufeland-Preises sind: die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. und die Deutsche Ärzteversicherung als Stifterin des Preises.

Die an der Ausschreibung teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. Oktober 2013 bei Notarin Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2 in 50667 Köln eingereicht werden. Informationen zur Ausschreibung sind unter: www.hufeland-preis.de hinterlegt. 



STIFTUNG HUFELAND-PREIS DER DEUTSCHEN ÄRZTEVERSICHERUNG ZUR FÖRDERUNG DER PRÄVENTIVMEDIZIN

Der im Jahr 1959 erstmals ausgeschriebene und mit 20.000 Euro dotierte „Hufeland-Preis“ wird für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin verliehen. Die Ausschreibung wurde im vergangenen Jahr um die auf Prävention bezogene Versorgungsforschung erweitert. An der jährlichen Ausschreibung können Ärzte und Zahnärzte teilnehmen, die im Besitz einer deutschen Approbation sind. Die Vergabe erfolgt nach einer

22. Zahnärztetag
der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

64. Jahrestagung
der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK
an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V.

6. - 7. September 2013 in Warnemünde

21. Fortbildungstagung
für Zahnärzthelfer/-innen und Zahnmedizinische Fachangestellte

7. September 2013 in Warnemünde

Themen
1. Ästhetische Zahnmedizin
2. Professionspolitik

Professionspolitische Leitung
Prof. Dr. Dietmar Oestereich

Wissenschaftliche Leitung
OA Dr. Torsten Mundt

Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag

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

im Monat Mai

zum 92. am 26. Mai

Dr. med. dent. Margot Kraus
aus Glienicke

zum 89. am 24. Mai

Dr. med. dent. Eva Hoth
aus Hönow

zum 85. am 10. Mai

Dr. med. dent. Hans-Georg
Huhle aus Templin

zum 85. am 26. Mai

Dr. med. dent. Gertraud
Köhler-Peter aus Forst (Laus.)

zum 84. am 5. Mai

Dr. med. dent. Gisela Jagusch
aus Senftenberg

zum 84. am 10. Mai

Zahnarzt Hans-Theo Weidner
aus Calau

zum 84. am 25. Mai

Dr. med. dent. Ulrich Sikora
aus Cottbus

zum 83. am 18. Mai

SR Dr. med. dent. Gisela
Hellwig aus Mühlenbeck

zum 82. am 4. Mai

Dr. med. dent. Dieter König
aus Strausberg

zum 75. am 16. Mai

Zahnärztin Gisela Schreck
aus Brieskow-Finkenheerd

zum 75. am 17. Mai

Dr. med. dent. Helga Haupt
in Falkenberg

zum 70. am 5. Mai

Dr. med. Johanna Kersten
aus Wittenberge

zum 70. am 7. Mai

Dr. med. Maria Bohl
aus Pritzwalk

zum 70. am 14. Mai

Zahnarzt Burkhard Kukath
aus Brandenburg a.d.H.

zum 70. am 14. Mai

Zahnarzt Heinz Niggemeyer
aus Kleinmachnow

zum 70. am 17. Mai

Dr. med. Renate Rother
aus Forst (Lausitz)

zum 70. am 20. Mai

Zahnarzt Detlef Gunia
aus Birkenwerder

zum 70. am 22. Mai

Dr. med. Andreas Vödisch
aus Brieselang

zum 70. am 29. Mai

Zahnarzt Rainer Buchholz
aus Wiesenburg

zum 65. am 6. Mai

Zahnärztin Margit Bormann
aus Bergfelde

zum 65. am 23. Mai

Dipl.-Med. Anke Schimansky-
Geier aus Potsdam

im Monat Juni

zum 92. am 24. Juni

Zahnärztin Eva Gleistein
aus Stahnsdorf

zum 87. am 24. Juni

SR Rotraud Ragotzky
aus Potsdam

zum 86. am 1. Juni

Zahnarzt Günter Zwick
aus Hennigsdorf

zum 86. am 10. Juni

Dr. med. dent. Heinz Zylla
aus Falkensee

zum 84. am 2. Juni

Dr. med. Siegbert Gendritzki
aus Schwarzheide



zum 84. am 8. Juni

SR Dr. med. dent. Rolf Hagin
aus Premnitz

zum 84. am 19. Juni

Dr. med. dent. Christa
Scheffler aus Potsdam

zum 84. am 28. Juni

SR Wolfgang Renner
aus Eberswalde

zum 83. am 18. Juni

MR Dr. med. dent. Kurt
Wollenhaupt aus Teupitz

zum 81. am 13. Juni

Dr. med. dent. Sylva
Pallenschat aus Petershagen

zum 75. am 15. Juni

Dr. med. dent. Siegfried
Steinberg aus Lychen

zum 75. am 18. Juni

Dr. med. dent. Marlene
Schulz aus Rathenow

zum 75. am 22. Juni

Zahnärztin Barbara Köchig
aus Stolzenhagen

zum 75. am 23. Juni

Dr. med. Lieselotte Seiter
aus Eisenhüttenstadt

zum 75. am 26. Juni

Zahnärztin Elke Haselbach
aus Potsdam

zum 70. am 3. Juni

Dr. med. Sigrid Radies
aus Neuruppin

zum 70. am 3. Juni

Dr. med. Lothar Schmidt
aus Wusterhausen Dosse

zum 70. am 8. Juni

SR Gerd Dorow aus Karstädt

zum 70. am 12. Juni

Dr. med. dent. Karin Hasart
aus Schöneiche

zum 70. am 15. Juni

Zahnärztin Ute Bucklitsch
aus Ahrensfelde

zum 65. am 5. Juni

Zahnärztin Renate Schefe
aus Luckenwalde

zum 65. am 14. Juni

Dipl.-Stom. Andreas
Bayreuther aus Breddin

zum 65. am 16. Juni

Zahnärztin Margitta Weichert
aus Walsleben

zum 65. am 25. Juni

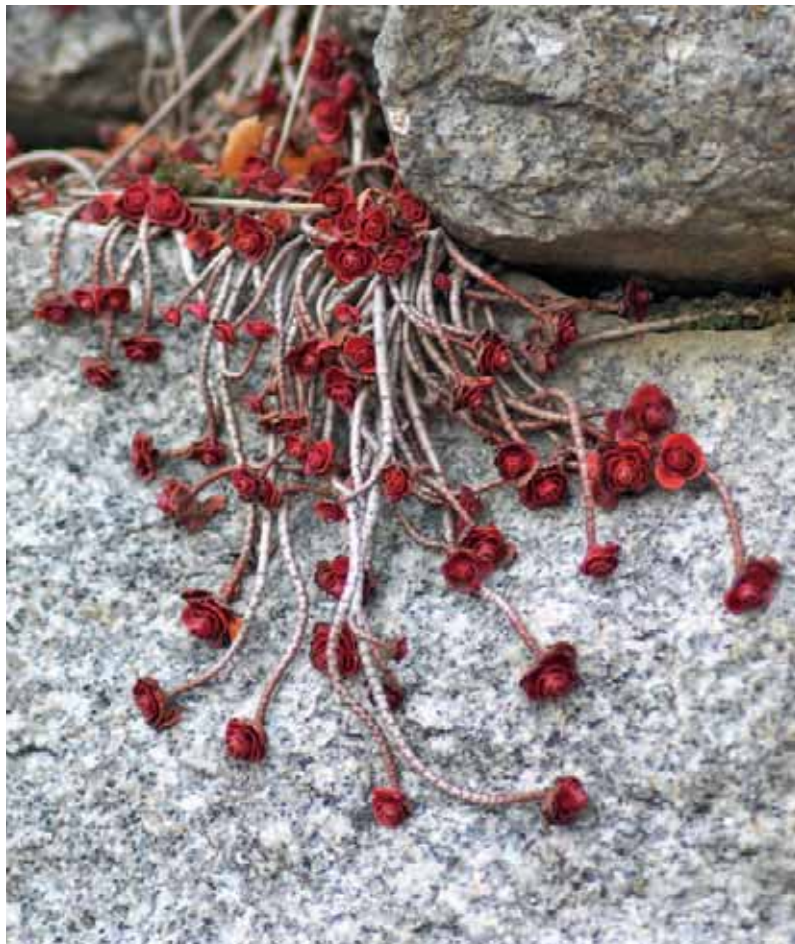
Zahnarzt Eberhard Jünger
aus Eberswalde

zum 65. am 28. Juni

Dipl.-Med. Heidrun Behrendt
aus Potsdam ☹

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

Wir trauern um unsere Kollegen



Dr. med. dent.

Elke Döhler

aus Teurow

geboren am 30. Dezember 1951
verstorben im November 2012

Zahnärztin

Hannelore Fehrmann

aus Senzig

geboren am 5. November 1931
verstorben im Februar 2013

Dipl.-Stom.

Stefan Mozelewski

aus Potsdam

geboren am 14. August 1953
verstorben im Februar 2013

Dipl.-Stom.

Jochen Rosenkranz

aus Britz

geboren am 19. Juni 1955
verstorben im März 2013

Konzert des European Doctors Orchestra in Berlin

Termin:

Sonntag, 2. Juni,
Beginn: 20:00 Uhr

Ort:

Konzerthaus Berlin

Programm:

Wagner:

Faust – Ouvertüre

Bruch: Schottische
Fantasie Op. 46

Schumann: Sinfonie
Nr. 3 (Rheinische)

Dirigent:

Warwick Stengaards

Solist: Marlene Ito
(Violine)

Die Einnahmen des
Konzertes kommen
der Paul Gerhardt
Diakonie zugute.



[ZBB] Der Plastische Chirurg Miklos Pohl aus Australien gründete in London ein Orchester, um Ärzten aus ganz Europa die Möglichkeit des gemeinsamen Musizierens zu geben. Das „European Doctors Orchestra“ gab sein erstes Konzert 2004 in Greenwich. Das Orchester ist seit dem gewachsen und hat jetzt die Größe eines Symphonieorchesters mit etwa 100 Mitwirkenden aus zahlreichen europäischen Ländern und vielen medizinischen Fachrichtungen. Die Mitglieder treffen sich zweimal im Jahr für

ein Wochenende zum Proben eines kompletten Konzertprogrammes mit abschließendem Konzert.

Dr. Thomas Luckenbach, Zahnarzt aus Hohen Neuendorf und Mitglied des Orchesters, freut sich, dass nach 2007 im Juni wieder ein Konzert in Berlin stattfindet. Die Karten zum Preis von 20,- € sind erhältlich unter www.konzerthaus.de. Weitere Informationen unter: www.europeandoctorsorchestra.com. ☹

BIOMET 3i Deutschland auf Expansionskurs

BIOMET 3i, einer der führenden Hersteller in der Implantologie und Oralchirurgie, geht auf Wachstumskurs in Deutschland. Die Tochtergesellschaft BIOMET 3i Deutschland GmbH mit Sitz in Karlsruhe wird in einem ersten Schritt ihr Vertriebsteam verdoppeln. Das Unternehmen möchte mit deutlich verstärkter Präsenz und einem erhöhten Serviceangebot Kunden in Deutschland von seinem erstklassigen Angebot an innovativen Technologien überzeugen. Es hat im Januar 2013 mit 3i T3™ Implant eine komplett neue Implantatgeneration auf den Markt gebracht. 3i T3 Implant sowie weitere aktuelle Produkte, darunter die Kollagenmembran OsseoGuard, das Knochenersatzmaterial Endobon und das Prothesensystem BellaTek Encode, zählen Zahnärzte weltweit zu ihren Fans. Mehr Informationen über www.biomet3i.de oder Tel. 0800-101 64 20.

Positiver Rückblick auf die IDS 2013

Das diesjährige Leitthema der IDS „Paradedisziplin Parodontitis“ war wie maßgeschneidert für Hager & Werken als Anbieter dentaler Spezialitäten. Durch die Übernahme des enzymatischen Frühdiagnostik-Tests „PerioMarker“ von GSK und dessen Weiterentwicklung zum ImplantMarker schloss das Werk den Kreislauf zwischen Frühdiagnostik, Patientenkommunikation, PA-Therapie durch manuelle Therapie, Ultraschall durch Cavitron, aPDT mittels Laser und häuslicher Prophylaxe im Bereich miradent. Die Messe war sehr gut besucht durch Zahnärzte aus dem In- und Ausland und das Interesse an den Produkten und Konzepten (inkl. Berliner Currywurst auf dem Stand) enorm groß. Hager & Werken bedankt sich bei den Interessenten und Kunden für das entgegengebrachte Interesse und freut sich bereits auf den nächsten Kontakt. Bitte fordern Sie den gerade erschienenen Praxiskatalog an unter: info@hagerwerken.de oder www.hagerwerken.de.

LÖFFLER geht mit Netzrücken-drehstuhl in den Frühling

Mit dem Netzrückenstuhl LEZGO 2 feiern die Löffler GmbH aus Reichenschwand die Lust am Sitzen. Dieses Möbel bedeutet Lebensfreude pur: Farbe, Leichtigkeit, Bewegung. Das helle Gestell im Farbton RAL 7035 wurde auf der Büromöbelmesse ORGATEC im Oktober 2012 zum ersten Mal präsentiert. Pünktlich zum Frühlingsbe-



ginn kommt das Modell jetzt in der vollen Farbpalette mit Netzrücken in Rot, Orange, Grasgrün, Oliv, Blau und Schwarz auf den Markt. Die Bilder der Nürnberger Fotografin Sabine Freudenberger zeigen eine Farbexplosion, die auch im Sitzen wach hält. Der Netzrücken sorgt nicht nur für jede Menge Frischluft am Arbeitsplatz. Mit den sportlichen Federelementen bietet der LEZGO 2 sowohl ergonomische Verstärkung als auch einen optischen Hingucker. Netzrücken und die zwei ergonomisch ausgerichteten Federelemente sorgen für doppelte Federkraft. Dass der Drehstuhl aus dem Hause LÖFFLER mit der patentierten ERGO TOP-Technik für rundum bewegtes Sitzen ausgestattet wird, ist selbstverständlich. Mehr Informationen über: www.loeffler.de.com oder Tel. 9151 83 00 8-91.

Ästhetische Frontzahnrestaurationen im Handumdrehen

Alltägliche Aufgabe und doch immer wieder eine Herausforderung: Die Herstellung ästhetischer direkter Restaurationen mit Composite-Füllungsmaterialien. Die gewünschten Effekte sind insbesondere unter dem gewohnten Zeitdruck häufig nicht leicht zu erzielen – es sei denn, es kommt das neue Konzept mit dem Namen Style Italiano zum Einsatz. Mit diesem gelingt es, ästhetische Frontzahnrestaurationen unter Verwendung von nur zwei Opazitäten des Füllungsmaterials Filtek Supreme XTE Universal Composite von 3M ESPE zu kreieren, wie kürzlich in einer Fortbildungsveranstaltung mit Prof. Dr. Claus-Peter Ernst unter Beweis gestellt wurde. 18 Teilnehmer waren für die mehrstündige Veranstaltung, bei der die Herstellung von Frontzahnrestaurationen mit Composite im Mittelpunkt stand, im März 2013 nach Rastatt gereist. In einem Vortrag erklärte



Prof. Dr. Ernst, der sowohl an der Universitätsmedizin als auch in einer Praxis in Mainz tätig ist, die wichtigsten Aspekte der Farbbestimmung, Materialwahl und Vorgehensweise. Zu seinen Tipps gehörte unter anderem das Abrunden von Präparationskanten zur Auffächerung der Reflexion und Erhöhung der Stabilität einer Versorgung. Anschließend erläuterte er das Farbschichtkonzept Style Italiano, das von Prof. Dr. Angelo Putignano und Dr. Walter Devoto aus Italien speziell für Filtek Supreme XTE entwickelt wurde. Zur Nachbildung einer Farbe der VITA classical Farbskala A1-D4 (VITA Zahnfabrik) wird jeweils eine Farbkombination vorgegeben und stets die gleiche Vorgehensweise gewählt, welche die Teilnehmer im praktischen Teil der Fortbildung selbst erlernten. Zunächst wurde mit einer Form ein eigener Farbschlüssel

hergestellt, bei dem jedes Farbmuster streng nach dem jeweiligen Rezept aus einer Schmelz- und einer Dentin- farbe in vordefinierter Schichtstärke produziert wurde. Nachfolgend setzten die Teilnehmer das Konzept am Modell um: Mit einem Silikonschlüssel wurde die palatinale Wand aus Schmelzmasse aufgebaut, approximal kam eine Teilmatrix zum Einsatz. Es folgten der Dentinkern und die finale Schmelzschicht. Für die korrekte Dicke dieser sorgte ein von Prof. Dr. Putignano und Dr. Devoto entwickeltes Messinstrument. Die Teilnehmer waren begeistert von der Einfachheit des Konzeptes. Von April 2013 an werden deutschlandweit zahlreiche Fortbildungen zu Style Italiano angeboten. Eine Anmeldung ist unter www.3MESPE.de/Veranstaltungen möglich.



Kleinanzeigen