# Zahnärzteblatt BRANDENBURG

OFFIZIELLES MITTEILUNGSBLATT FÜR DIE ZAHNÄRZTE IM LAND BRANDENBURG

## Verantwortung

Notdienste sollen in regionaler Verantwortung belassen werden S. 3

## Verneigung

VV-Delegierte wählen Dr. Bundschuh zu ihrem Ehrenvorsitzenden S. 5

## Verbesserung

Dentalradiographie ist mittlerweile bewährte Technik S. 14

## Verwirrung

Aufregung um Selektiv-Vertrag, der keiner ist S. 6

**Ausgabe 3** Juni 2011

# Dauerbrenner Werbung und Bereitschaftsdienst

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

Dipl.-Stom.
Jürgen Herbert

Erinnern Sie sich noch an die Anfangsjahre nach der Wende? Damals durfte ein Praxisschild genau 30 x 40 cm groß sein. Das war im Wesentlichen die einzige Werbemöglichkeit, die ein Zahnarzt hatte. Dies ist lange vorbei, und das ist auch gut so. Allerdings kann man ob der Rechtsprechung einiger Obergerichte in den vergangenen 20 Jahren schon etwas vom Glauben abfallen. Nach § 21 der Berufsordnung sind „dem Zahnarzt sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet". Was dann einige Kollegen daraus machen, ist jedoch oft plumpe Werbung. Es reicht von „Ostereigeschenken" mit Gratisleistungen bis zur Aussage (hier ausnahmsweise mal ein Arzt): „unser Doktor operiert so gut (Knie ...), dass die Patienten bereits am nächsten Tag ein Tänzchen wagen ...!" oder aber: „Bei uns werden Sie von giftigem Schwermetall befreit, das unwissende Zahnärzte eingebracht haben." Der letztgenannte Kollege war übrigens Heilpraktiker und Zahnarzt. Doch Obergerichte sind der Ansicht, der „gemeine Verkehr" – womit sie im Übrigen offenbar den normalen Menschen meinen – könnte sachliche Informationen von Werbeaussagen sehr gut unterscheiden. Nun darf man dabei nicht verkennen, dass diese Prozesse von Zahnärzten angestrengt wurden, die sich etwas besser in der Öffentlichkeit darstellen wollten und sich daraus natürlich auch wirtschaftliche Vorteile versprachen. Im Wesentlichen waren es also wir selbst, die zur gegenwärtigen Werbelage beigetragen haben. Die Rechtsprechung entwickelt sich jedoch weiter. Im Moment ist es so, dass die Frage der Werbung konservativer angesehen wird. Die Kammer wird hier auch weiter sehr aufmerksam sein.

## Käufliche Bewertungsportale

In diesem Zusammenhang: Ich habe vor wenigen Tagen eine E-Mail erhalten, in der eine Agentur für mich Patientenbewertungsportale „bestücken" möchte. Das liest sich dann so: „Seien Sie eine der ersten 100 Praxen, die sich mit XXX eine Spitzenposition auf allen Bewertungsportalen sichern. Für unsere ‚Top100' stellen wir in den ersten sechs Monaten bis zu 50 Bewertungen pro Monat ... in die von Ihnen gewünschten Portale", natürlich gegen ein gewisses Entgelt. Nun tritt ganz deutlich zu Tage, was wir schon immer von diesen Bewertungsportalen hielten: Sie sind inhaltlich nichts wert. Ich hoffe, dass bald alle Patienten von dieser Käuflichkeit erfahren.

## Notdienst in regionaler Verantwortung belassen

Ein anderes Thema brennt mir derzeit unter den Nägeln: In der Kollegenschaft wurde in den vergangenen Wochen viel über den Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst diskutiert. Es gab Vorschläge, den zahnärztlichen Notdienst auszudünnen oder auf bestimmte Zeiten des Tages zu beschränken. Doch schon allein das Heilberufsgesetz regelt in den §§ 31 und 32, dass jeder Kammerangehörige, der in der ambulanten Behandlung von Patienten tätig ist, grundsätzlich am Bereitschaftsdienst teilzunehmen hat. Unabhängig davon bin ich aus berufspolitischen Gründen sehr skeptisch gegenüber solchen Vorschlägen. Eines der wichtigsten Ziele der LZÄKB ist die Unterstützung der Kollegen auf ihrem Weg in die Freiberuflichkeit und natürlich deren Erhalt. Die Kammer sieht diese Freiberuflichkeit für Zahnärzte (überhaupt für alle Mediziner mit geringer Zuweisungsrate; aber das nur am Rande, denn es würde diesen Rahmen sprengen) am besten in kleineren Strukturen gewährleistet. Also nicht in großen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Praxisketten. Wie man heute schon in Berlin besichtigen kann, bieten die großen MVZs oder Praxisketten Notdienste rund um die Uhr an. Mit vielen Angestellten ist das immer möglich. Hier sehe ich eine erhebliche Konkurrenzgefahr gegenüber den kleineren Praxen. Sprich: Es könnte der eine oder andere Patient abgeworben werden.

Seite 5 - Falscher Alarm wegen eines angeblichen Selektiv-vertags

Seite 9 - PAR-Gutachter tagen und diskutieren neue Behand-lungskonzepte

Seite 10 - Präventionskonzepte für alle Altersgruppen von der Kammer erarbeitet

Seite 20 - Namibia ist Ziel der Fachexkursion der Kammer im kommenden Jahr


## Die Seite 3

DAUERBRENNER Werbung und Bereitschaftsdienst 3

## Berufspolitik

Dr. BUNDSCHUH ist jetzt Ehrenvorsitzender 5
DER falsch verstandene Vertrag 6
JOURNALISTEN zahnärztlich fortgebildet 8
BEHANDLUNGSKONZEPT nicht ohne Parodontologie 9
ZAHLREICHE Konzepte zur Prävention erarbeitet 10
20 JAHRE LZÄKB mit angenehmen Folgen 12

## Praxis

DIGITALE Dentalradiografie hat sich bewährt (2) 14
MÖGLICHKEITEN der Berufsausübung 17

## Fortbildung

KARDIOPULMONALE Reanimation 2010 18
NEUER Fortbildungsgang der AS-Akademie 2012 20
LZÄKB-FACHEXKUSION 2012 führt nach Namibia 21
AKTUELL, kompakt und interdisziplinär 22
TIERISCHER Zuwachs am Philipp-Pfaff-Institut 23

## Abrechnung

FRAGEN und Antworten zur Abrechnung 24

## Recht & Steuern

FÜR den Zahnarzt oft eine Gratwanderung 26
STEUER bei privat genutztem Dienstwagen 28

## Aktuelles

RA HARMUT KILGER neuer ABV-Vorsitzender 30
GESUNDE Zähne haben gut lachen! 31
EBERSWALDER aktiv für die Gesundheit 32
IN POTSDAM diesmal zwei Schülergesundheitstage 32
ES droht leider bald ein Fachkräftemangel 33
AUF Bildungsmessen für Fachkräfte geworben 33

## Termine

WIR TRAUERN um unsere Kollegen 34
GEWINNEN Sie mit „Farbe“ 34
WIR GRATULIEREN ganz herzlich zum Geburtstag 35

## Verlagsseite 36

## Impressum 37

## Kleinanzeigen 38

Blumen zum Dank vom VV-Vorsitzenden Sven Albrecht an Dr. Gerhard Bundschuh. Im Hintergrund der stellvertretende VV-Vorsitzende, Dr. Uwe Sommer

# Dr. Bundschuh ist jetzt Ehrenvorsitzender

## Auf ihrer 47. Vertreterversammlung würdigten die Delegierten das Lebenswerk ihres langjährigen Vorstandsvorsitzenden und wählten den 67-Jährigen zum Ehrenvorsitzenden des Vorstandes der KZVLB.

*Autorin:*
*Christina Pöschel*

Der Punkt eins der Tagesordnung der Vertreterversammlung war eine Überraschung: Bewegt lauschte Dr. Gerhard Bundschuh dem Antrag des VV-Vorsitzenden Sven Albrecht, sein langjähriges Engagement für die brandenburgischen Zahnärzte und seine großen Verdienste mit dem Titel „Ehrenvorsitzender des Vorstandes der KZVLB“ zu würdigen. Die Diskussion währte kurz und die Vertreter sämtlicher Fraktionen stimmten einmütig mit „Ja“. Ihr Bekenntnis begründeten sie mit dem Respekt und dem Dank, den alle Brandenburger Zahnärzte ihrem ehemaligen Vorstandsvorsitzenden für die Anstrengungen in ihrem Interesse, für die Zeit, die er ihnen gewidmet und für die Erfolge, die er für sie erstritten hat, schulden.

Dr. Gerhard Bundschuh ist einer der letzten „Dinosaurier“, die den Vorstandsposten sowohl haupt- als auch ehrenamtlich ausgefüllt haben. Nach 20 Jahren an der Spitze der KZVLB verließ er nun die politische Bühne. Die Ehrung war deshalb auch mehr als Blumenstrauß und Dankesworte. Sie offenbarte den großen Respekt vor dem Mann, ohne den der Übergang aus den staatlich reglementierten DDR-Praxen in die Freiberuflichkeit sicher nicht so reibungslos gelungen wäre. Gleichzeitig ist sie ist ein Zeichen, dass seine Stimme noch immer Gehör findet.

Die Beschlüsse der 47. Vertreterversammlung der KZVLB sind im Rundschreiben 06/2011 sowie im Internet www.kzvlb.de veröffentlicht.

Weggefährten: Jürgen Herbert, Thomas Schmidt, Dr. Gerhard Bundschuh und Dr. Karl-Heinz Weßlau (v. l.)

# Der falsch verstandene Vertrag

**In der Vertreterversammlung gab es großen Wirbel um den Endo-Selektivvertrag, den der Vorstand mit einzelnen Krankenkassen abzuschließen beabsichtigt. Dabei ist der kritisierte angebliche „Selektivvertrag“ ein kollektiver Ergänzungsvertrag.**

*Rainer Linke, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZVLB, stellte sich den Fragen der Redaktion*

*Frage:* Herr Linke, in der Vergangenheit waren Sie über Brandenburg hinaus als energischer Bekämpfer der Selektivverträge bekannt. Vollziehen Sie gerade einen Sinneswandel?

*Rainer Linke:* An meiner kritischen Einstellung gegenüber Selektivverträgen nach Paragraph 73 c SGB 5 hat sich nichts, aber auch gar nichts geändert. Jedoch bei meinen Kritikern besteht offensichtlich ein Aufklärungsbedürfnis hinsichtlich der verschiedenen Vertragsformen. In Selektivverträgen schließen Krankenkassen Einzelverträge mit ausgewählten Leistungserbringern, das heißt, die Zahnärzte werden selektiert. Bereits im ZBB 1/2008 habe ich das Ziel der Krankenkassen beschrieben: Spalten, um die Bedingungen zu diktieren.

*Frage:* Wenn der Endo-Vertrag, an dem Sie gerade arbeiten, also kein Selektivvertrag ist, was ist er dann?

Rainer Linke

*Rainer Linke:* Er ist ein kollektiver Ergänzungsvertrag.

*Frage:* Das bedeutet?

*Rainer Linke:* Kollektive Ergänzungsverträge schützen vor substituierenden Selektivverträgen und wirken so der Gefährdung des Kollektivvertragssystems entgegen. Derartige Verträge müssen grundsätzlich für alle Vertragszahnärzte offenstehen, das heißt, Eingangsschwellen sollten möglichst niedrig sein.

*Frage:* Warum ist ein Ergänzungsvertrag für endontologische Leistungen notwendig?

*Rainer Linke:* In der Endodontologie besteht grundsätzlich ein Zuzahlungsverbot. Anders als in der Füllungstherapie existiert hier keine Möglichkeit einer Mehrkostenvereinbarung. Für die Praxis bedeutet das entweder die vollständige Behandlung aller Zähne bei festgestellter Indikation entsprechend der GKV-Richtlinien oder alternativ die vollständige außervertragliche Behandlung nach GOZ. Das heißt, es gilt das Alles- oder Nichts-Prinzip. Mit dem Endo-Vertrag erreichen wir eine Qualitätsverbesserung dadurch, dass bei Zahnärzten und Versicherten der Anreiz gesetzt wird, Zahnverlust zu vermeiden, indem bei Endoleistungen moderne und aufwändige Verfahren angewandt werden. Wohlgemerkt: Dies gilt nur für endontologische Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

*Frage:* Man könnte trotzdem vermuten, dass der Vertrag gegen den Willen der Vertreterversammlung gerichtet ist?

*Rainer Linke:* Wer mich kennt, weiß, dass ich mich stets an grundsätzliche Entscheidungen der Vertreterversammlung halte und sie mit Leben fülle. Für einige der neuen Mitglieder

wäre es ratsam gewesen, sich einmal die in den Vorjahren veröffentlichten Beschlüsse anzusehen. Bereits am 16. Dezember 2006 hat die Vertreterversammlung mit nur einer Gegenstimme einen eindeutigen Beschluss gefasst (siehe Kasten). In den Folgejahren wurde unter ständiger Bekämpfung von Selektivverträgen, die ich als Spaltpilz der Zahnärzteschaft bezeichne, eine Fülle von Spezialverträgen, so z. B. über Mehrkostenvereinbarungen in der KFO und die Narkosebehandlung bei Behinderten, geschlossen. Damit trugen wir dem Wunsch der Vertreterversammlung Rechnung. Die Verträge abzuschließen war nicht einfach, schließlich braucht man dafür Verbündete und aufgeschlossene Krankenkassenvertreter.

*Frage:* Was ist der Nutzen des Endo-Vertrags?

*Rainer Linke:* Mit diesem Vertrag, dem weitere folgen werden, wird die Geschlossenheit der brandenburgischen Zahnärzteschaft weiter gestärkt. Gesetzlich versicherte Patienten können durch den Vertrag am Fortschritt teilhaben und die Therapiefreiheit des Zahnarztes wird erweitert, indem er in die Lage versetzt wird, auch diesem Patientenkreis eine moderne Endodontologie anzubieten.

*Frage:* Die Furcht vor einem Aufbrechen der KZV-Strukturen ist also unbegründet?

*Rainer Linke:* Oberstes Prinzip bleibt der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag durch die KZV. Der Kollektivvertrag ist das Rückgrat der Zahnärzteschaft. Add-on-Verträge lösen diesen nicht ab, sondern ergänzen ihn auf sinnvolle Weise. Wenn alle an diesem Strang ziehen, mache ich mir um die Zukunft der KZV keine Sorgen.

### Beschluss der 37. Vertreterversammlung der KZVLB am 16. Dezember 2006

Die Vertreterversammlung fordert den Vorstand auf, alle rechtlichen und satzungsrechtlichen Möglichkeiten auszuschöpfen, insbesondere im Hinblick auf die §§ 73c (hier selektive Versorgungsaufträge), 77a und 136 Abs. 2, 3 und 4 SGB V (hier Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung), der drohenden Aufsplitterung des zahnärztlichen Berufsstandes durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit geeigneten Strategien entgegenzuwirken."

**Begründung:** Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen heißt, dass an Stelle staatsmonopolistische Entscheidungen die kollektivvertragliche Ebene mehr Regelungskompetenz bekommt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgt die Entwicklung in die genau entgegen gesetzte Richtung. Bekanntlich scheidet in dem Bereich des SGB V die Anwendung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) generell aus. Entsprechendes dürfte für das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gelten. Der Unterausschuss „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz" räumt ein, dass es angesichts der Marktmacht der Kassen zum Schutz der Leistungserbringer erforderlich werden wird. Ferner ist zu beachten, dass kein Kostenträger Individualverträge abschließen wird, die ihn dauerhaft mehr kosten als die bisherigen Kollektivverträge mit den KZVen. Da die KZVen sowohl über das Know how als auch über die Ressourcen für Vertragsverhandlungen mit Kostenträgern verfügen, ist es durchaus vorteilhaft, dass die KZV dieses Know how auch den einzelnen Gruppen von Leistungsanbietern zur Verfügung stellt, um wie eine „Dachgesellschaft" zu verhindern, dass die einzelnen Gruppen gegeneinander ausgespielt werden.

Gerade die KZVen verfügen deshalb über die besten Möglichkeiten, über ihre Funktionalität als „Großanbieter" von Gesundheitsleistungen die Einheit des Berufsstandes weitestgehend zu wahren.

Freie Journalisten, aber auch Redakteure zahnärztlicher Fachblätter nahmen am Mitteldeutschen Medienseminar teil.

# Journalisten zahnärztlich fortgebildet

## Erkrankungen der Mundschleimhaut, Mundgeruch und der Zusammenhang von kranken Zähnen und krankem Körper – das sind normalerweise Themen für den Zahnarzt. Doch kürzlich folgten Journalisten Vorträgen zu diesen Bereichen.

*Autorin: Dipl.-Stom. Bettina Suchan, Öffentlichkeitsreferentin der LZÄKB*

Dass es auch noch andere Berufsgruppen gibt, die sich für Erkrankungen der Mundschleimhaut, Mundgeruch und dem Zusammenhang von kranken Zähnen und krankem Körper interessieren, zeigte die rege Beteiligung von Journalisten beim fünften Mitteldeutschen Medienseminar am 20. und 21. Mai in Halle (Saale). Die gemeinsame Veranstaltung der Landeszahnärztekammern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg war auf Wunsch der Journalisten hauptsächlich mit zahnmedizinischen Themen gefüllt. Die Referenten, Professor Dr. Hans-Günter Schaller, PD Dr. Stefan Reichert und OA Dr. Matthias Lautner von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, brachten die Fachthemen in ihren Vorträgen für die Journalisten sehr gut verständlich rüber.

Julia Simon von 4iMEDIA – oft auch Autorin für das ZBB – neben Dr. Eckart Bohley, ehemaliger Vorstandsreferent für Öffentlichkeitsarbeit der KZV Sachsen-Anhalt

In den anschließenden regen Diskussionsrunden konnten alle auftretenden Fragen der Anwesenden zu den Inhalten beantwortet werden. Am Ende der Veranstaltung zeigten sich die Journalisten sehr zufrieden und erklärten, dass das diesjährige Mitteldeutsche Medienseminar eine äußerst gelungene Veranstaltung war.

Der Wunsch der Journalisten bestand zudem, etwas über die aktuelle Standespolitik zu erfahren. So gab es am Rande der Veranstaltung von den Vertretern der jeweiligen Zahnärztekammern verschiedene Statements. Die Themen GOZ, Gesundheitskarte, Patientenberatung und Werbung von Zahnarztpraxen sind augenblicklich sehr aktuell und waren demzufolge auch für Journalisten sehr aufschlussreich.

Dr. Matthias Stumpf, Mitglied des Beratungsausschusses und Dr. Eberhard Steglich (v. l.) begrüßen die Teilnehmer der Gutachtertagung

# Behandlungskonzept nicht ohne Parodontologie

## Am 11. Mai 2011 trafen sich bei hochsommerlichen Temperaturen die Par-Gutachter der KZV Land Brandenburg zur ihrer ersten Tagung in der neuen Legislaturperiode. Referent war PD Dr. Stefan Hägewald aus Berlin.

*Autoren: Dr. Matthias Stumpf, Annett Klinder, Sachbearbeiterin*

Nicht nur im Präsidium waren mit den Herren des Vorstandes, Dr. Steglich und Linke sowie Dr. Stumpf vom Beratungsausschuss, sowohl „altbekannte“ als auch neue Gesichter präsent, auch bei den Gutachtern gab es einige personelle Veränderungen.

Zunächst stand die fachliche Fortbildung im Fokus. Unter der Überschrift „Integration von Implantatversorgungen in ein parodontales Behandlungskonzept“ berichtete der Gastreferent, PD Dr. Stefan Hägewald aus Berlin, über interessante Ergebnisse wissenschaftlicher Studien sowie seine eigenen praktischen Erfahrungen mit Implantatversorgungen. In der anschließenden Diskussion wurden neben dem Austausch fachlicher Erfahrungen, z. B. zur parodontologischen Behandlung bei Patienten unter Bisphosphonat-Therapie, auch zahlreiche speziell gutachterrelevante Themen angesprochen. So wünschten sich viele Teilnehmer im Sinne der Qualitätssicherung sowie einer weitestgehend einheitlichen Spruchpraxis der Gutachter bessere Möglichkeiten zum regelmäßigen kollegialen Austausch. Hierzu wurde von Dipl.-Stom. Jörg Schrickel die stärkere Nutzung der in einigen Regionen bereits gut etablierten Zahnärztestammtische angeregt. Dr. Steglich berichtete über den zeitnah geplanten Ausbau des KZV-Internetangebots, wodurch u. a. den Gutachtern ein interaktiver Erfahrungsaustausch ermöglicht werden soll.

Der Referent: PD Dr. Stefan Hägewald aus Berlin

Die PAR-Gutachtertagung 2011 bot eine gelungene Mischung aus wissenschaftlichen Analysen, fachlichem Erfahrungsaustausch und gutachterbezogenem Diskussionsstoff. Daneben wurde aber auch deutlich, wie wichtig eine aktive Mitgestaltung der Kollegen an der Basis bei der Organisation von Gutachterarbeit ist.

Hierzu sind alle - die bekannten und die neuen Gesichter - sehr herzlich eingeladen!

# Zahlreiche Konzepte zur Prävention erarbeitet

**Am 8. Februar 2012 steht die nächste Wahl für die Kammerversammlung der LZÄKB an. Die Vorstandsmitglieder und der Präsident ziehen seit der ZBB-Ausgabe 6/2010 jeweils ein Resümee aus ihren Zuständigkeitsbereichen.**

Dipl.-Stom. Bettina Suchan hält auch Ausblick auf kommende Aufgaben

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

Prävention, Alterszahnheilkunde, Zahnheilkunde für Menschern mit Behinderungen – das sind drei Zuständigkeiten, deren Spektrum der dabei abzudeckenden Bereiche riesig ist. Auf dem Gebiet der Prävention und Prophylaxe für Kinder und Jugendliche haben wir in unserem Bundesland einen sehr guten Stand erreicht. Das zeigen die Ergebnisse der letzten DAJ-Studie von 2009 und das Erreichen unserer Gesundheitsziele bis zum Jahr 2010 im Bündnis „Gesund aufwachsen in Brandenburg“. Die guten Ergebnisse in unserem Land sind dank des Ineinandergreifens von Gruppen- und Individualprophylaxe erreicht worden.

## Einzigartiges Konzept für unter Zweijährige

Trotz aller guten Ergebnisse sind noch Problemfelder vorhanden. Dazu gehören die ganz kleinen Kinder mit der frühkindlichen Milchzahnkaries und die Kariespolarisation insbesondere bei den Kindern aus sozial schwachen Schichten. Deshalb haben wir, was bundesweit bisher einzigartig ist, in unserem Bundesland ein Konzept erarbeitet, womit auch die Kinder unter zwei Jahren in die Gruppenprophylaxe eingebunden werden können. Da die Gruppenprophylaxe von den Krankenkassen finanziert wird, war das ein harter Überzeugungskampf.

Die Schulung von Pflegepersonal und pflegenden Angehörigen muss verstärkt werden.

Unseren Standpunkt als Landeszahnärztekammer, dass die Gruppenprophylaxe in die Hände der Zahnärztlichen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört, haben wir bei der Novellierung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg – Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) – deutlich eingebracht. Als Ergebnis bleibt die Schwerpunktaufgabe des ÖGD – wie gehabt – der Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eingeführt wurde ein „Betreuungscontrolling“ für Kinder und Jugendliche mit auffälligen Befunden.

Auf dem Gebiet der Behindertenzahnheilkunde ist noch einiges verbesserungswürdig, insbesondere eine adäquate Honorierung und die Narkosebehandlungen. Aber im Großen und Ganzen haben wir in unserem Bundesland ein befriedigendes Grundniveau erreicht.

## Ein politisches Thema: Zahnheilkunde für Pflegebedürftige

Ein Problem mit rapide ansteigender Tendenz ist die Alterszahnheilkunde beziehungsweise die Zahnheilkunde für Pflegebedürftige. Bedingt durch den demographischen Wandel und die Möglichkeiten der modernen Medizin haben wir hier mit einem starken Anstieg von pflegebedürftigen Menschen in den kommenden Jahren gerade in unserem Bundesland zu rechnen. Hier sind aus unserer Sicht keine Einzelprojekte gefragt, sondern eine fundierte, solide, langfristig orientierte und flächendeckende Basisarbeit. Das bedeutet allerdings, dass hier von uns als Landeszahnärztekammer

eine große Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit bei den zuständigen Stellen geleistet werden muss. Von Seiten der Bundeszahnärztekammer und der KZBV wurde im vergangenen Jahr zwar eine Gesetzesinitiative gestartet, um eine adäquate Honorierung des Mehraufwandes bei der Behandlung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen durchzusetzen. Bis diese aber wirklich kommt, ist erst einmal unsere Arbeit auf Landesebene gefragt.

Dass die Zuständigkeiten hier durch den Wechsel in der Landesregierung geteilt wurden – die Pflege im Ministerium für Arbeit, Soziales und Familie (MASF), die Gesundheit im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) – macht die Sache nicht einfacher. Wir sind mit dem MASF im Gespräch, um die zahnärztliche Versorgung für Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

## Vortrag und Beratungskoffer bereit

In den Einrichtungen besteht beim Personal oft ein großes Wissensdefizit in Bezug auf Zahn- und Mundpflege. Wir haben einen Vortrag für Schulungen des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen erarbeitet und stellen diesen sowie einen Beratungskoffer pro Bezirksstelle für Schulungen bereit. Wir wollen aber auch, dass die Einrichtungen aktiv in diesem Schulungsprozess mitarbeiten. Qualitätsmanagement ist nicht nur in den Zahnarztpraxen ein Schlagwort, sondern ist auch Alltag in den Pflegeheimen. Im Wettbewerb um eine gute Außendarstellung werden die Einrichtungen der zahnärztlichen Betreuung ihrer Bewohner in wachsendem Maße einen größeren Stellenwert beimessen. Darin sehe ich unsere große Chance, dass die Heime unser Anliegen zur Zahn- und Mundgesundheit mit tragen.

Wichtig ist uns auch, in die Berufsausbildung zum Altenpfleger mehr Wissen über die Zahn- und Mundpflege zu integrieren. Dazu haben wir Kontakt zu den Berufsschulen aufgenommen. Wir bieten an, die Lehrer zu schulen, damit diese dann ihr Wissen in der Ausbildung einsetzen können.

Viel Spaß haben die Kinder immer beim „Tag der Zahngesundheit“ im Cottbuser Tierpark – eine wichtige Aktion innerhalb der Öffentlichkeitsarbeit

## Präventionsarbeit auch Öffentlichkeitsarbeit

Alterszahnheilkunde, Präventionsarbeit und Zahnheilkunde für Menschen mit Behinderungen gehen oft mit Öffentlichkeitsarbeit einher. Dabei bildet unsere zentrale Veranstaltung zum „Tag der Zahngesundheit“ im September – traditionell unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund“ – im Cottbuser Tierpark immer einen Höhepunkt. Diese Großveranstaltung führen wir inzwischen seit elf Jahren durch. Die daran teilnehmenden Schulklassen sind immer völlig begeistert, spielerisch Wissenswertes über die Zahngesundheit von Mensch und Tier zu erfahren und gleichzeitig einen erlebnisreichen Tag im Tierpark zu haben.

Anfang dieses Jahres ist mein Aufgabenbereich im Vorstand offiziell um die Öffentlichkeitsarbeit erweitert worden. Hier sehe ich in den nächsten Jahren unsere Hauptaufgabe als Kammer darin, uns auf die Interessen der jungen Kolleginnen und Kollegen einzustellen. Wir werden um die vermehrte Nutzung der neuen Medien für unsere interne und externe Öffentlichkeitsarbeit nicht mehr herumkommen, wenn wir auch weiterhin unsere Mitglieder und unsere Patienten erreichen wollen. Beim Thema „Frauen“ belegen die Absolventenzahlen der Universitäten es ganz deutlich: Die jungen Frauen sind im Kommen. Dass die Wünsche und Interessen dieser jungen Zahnärztinnen sich doch von denen unterscheiden, die 1991 in die Selbstständigkeit gegangen sind, ver-

ZahnRat 66
Der immobile mundgesunde Patient

Die regelmäßige Herausgabe der Patientenzeitschrift „ZahnRat“ gehört auch zu den Aufgaben im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit

steht sich von selbst. Um diese Interessen wahrzunehmen und zu vertreten, werden wir als Zahnärztekammer wohl noch etwas umdenken müssen.

Alle bisher durchgeführten und die geplanten Maßnahmen sind natürlich nur mit der Unterstützung vieler Akteure machbar. Ich möchte mich deshalb an dieser Stelle ganz herzlich bei allen Helfern in meinen Verantwortlichkeitsbereichen für die gute Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren bedanken. Ein besonderes Dankeschön geht an die Mitglieder des Präventionsausschusses und des Beirates Zahngesundheit sowie an die Mitarbeiterinnen in der Kammergeschäftsstelle.

Ich wünsche uns auch weiterhin eine kreative Zusammenarbeit und ich hoffe, dass ich den einen oder anderen Kollegen und ganz besonders die eine oder andere Kollegin für eine Mitarbeit in der Berufspolitik begeistern kann.

# 20 Jahre LZÄKB mit angenehmen Folgen

Wenn Sie auch helfen möchten:

Evangelische Kirchengemeinde St. Nikolai „Beleuchtungsprojekt Oberkirche“, Ev. Darlehnsgenossenschaft Kiel, BLZ 210 602 37, Konto-Nr. 778800

Tierpark Cottbus Sparkasse Spree-Neiße, BLZ 180 500 00, Konto-Nr. 3000049303

[ZBB] Aus Anlass des 20-jährigen Bestehens der Landeszahnärztekammer Brandenburg in diesem Jahr ließ es sich einer unserer großen Gruppenvertragspartner, die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, nicht nehmen, mit einer herzlichen Glückwunschkarte das Jubiläum zu bedenken. Jörg Brönner, Leiter der Filialdirektion GKV, schrieb dazu unter anderem: „Als Jubiläumspräsent und Zeichen der Verbundenheit würde ich gerne eine Spende an eine gemeinnützige Einrichtung Ihrer Wahl veranlassen.“ Hierbei handelte es sich um 1.000 Euro, die in Absprache mit der Stadt Cottbus auf zwei Projekte aufgeteilt werden sollten. Spontan verdoppelte Kammerpräsident Dipl.-Stom. Jürgen Herbert die Spende aus seinen eigenen Mitteln.

Jeweils 1.000 Euro erhielten somit der evangelische Kirchenkreis und der Tierpark. Der Kirchenkreis wird das Geld für das Beleuchtungskonzept Oberkirche St. Nikolai verwenden. Es soll damit für erhellende Momente in Cottbus sorgen und gleichzeitig den Startschuss geben für ein einmaliges Lichtkonzept in der ganzen Stadt: Mit Hilfe vieler 20-Watt-Leuchten sollen Oberkirche, Wegeführungen und Orientierungspunkte im wahrsten Sinne des Wortes Licht ins Dunkel bringen. Allein für die Oberkirche würden dennoch nur jährliche Stromkosten unter 500,- Euro anfallen.

Im Cottbuser Tierpark ist viel in den vergangenen Jahren gebaut worden. Im Zuge der Neugestaltung des Bereiches Haustiere, Streichelzoo und Spielplatz musste ein marodes, aber sehr beliebtes Meerschweinchenhaus abgerissen werden. Dank der Spende geht nun der Neubau noch schneller voran – die Kinder werden es danken.

rechts: Superintendentin Ulrike Menzel präsentiert während einer Pressekonferenz das Beleuchtungsprojekt

links: Jürgen Herbert übergibt die Schecks an den Tierparkdirektor Dr. Jens Kämmerling und an Ulrike Menzel

# Qualitätsmanagement auf sehr hohem Niveau

## Seit 2007 müssen alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte ein internes Qualitätsmanagement einführen. Wie gesetzlich vorgeschrieben, finden jetzt die ersten Stichprobenprüfungen statt.

*Autor: Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender des Vorstandes der KZVLB*

Die vom Gesetz vorgeschriebene Stichprobenprüfung über die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in den Praxen bestätigte die vorbildhafte Handlungsweise der Zahnarztpraxen im Bundesland Brandenburg.

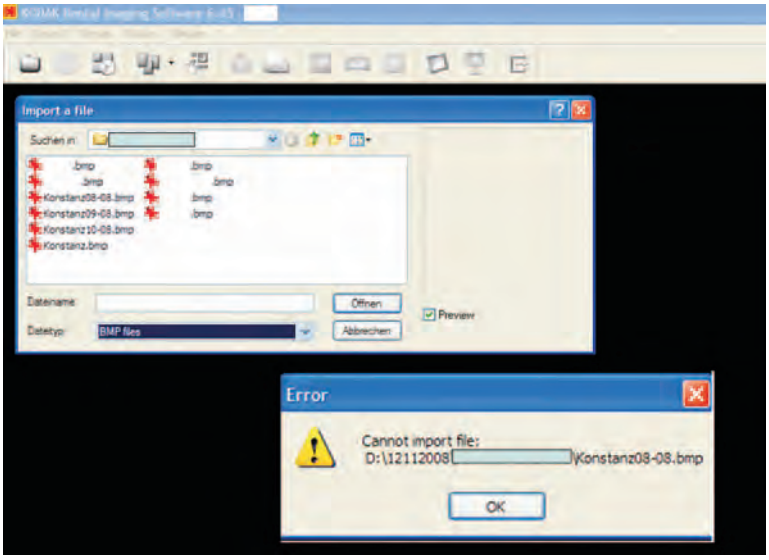
Dabei liegt die Betonung nicht ohne Absicht auf Praxen. Die Erreichung eines hohen Qualitätsstandards ist immer eine Teamaufgabe, was durch den hohen Prozentsatz (95 Prozent) von Teambesprechungen unterlegt wird.

Weiterhin zeigt sich eine stärkere Einbindung des Patienten in die Gesamtproblematik von der Prophylaxe bis hin zur Therapie. Immerhin nutzen 98 Prozent der Praxen die Möglichkeiten einer zusätzlichen, über den medizinisch notwendigen Umfang hinausgehenden Patienteninformation und Patientenberatung. Zwei Drittel der Praxen haben inzwischen ein Beschwerdemanagement eingerichtet und sorgen somit für eine verstärkte Einbindung des Patienten in die Therapie.

Der Vorstand der KZV ist überzeugt, dass es keiner staatlichen Direktiven bedurfte, um diese Feststellungen zu machen. Die Körperschaften in Brandenburg haben es aber geschafft, den damit verbundenen bürokratischen Aufwand auf ein Minimum zu reduzieren und den Kollegen einen breiten Gestaltungsspielraum zu bieten.

Die KZV wird auch in Zukunft in Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer den Kollegen hilfreich zur Seite stehen und Angebote zur Betreuung und Fortbildung machen.

Wer jetzt noch kein funktionierendes QM-System nachweisen kann, sollte sich sputen. Erste Stichproben zeigen jedoch, dass die Brandenburger Zahnärzte ihre Hausaufgaben gemacht haben.




Dem Dateiformat sollte ein besonderes Augenmerk gewidmet werden, damit die Röntgenbilder wie gefordert zehn Jahre lesbar sind.

# Digitale Dentalradiografie hat sich bewährt (2)

Die Zahnärztliche Stelle Röntgen bewertet derzeit in einer Artikelserie (Teil 1 im ZBB 2/2011) die Technik der digitalen Dentalradiografie. Der Autor macht insbesondere in diesem Teil auf neue Fehlerquellen aufmerksam.

*Autor: Dipl.-Phys. Klaus Götze*
*Zahnärztliche Stelle Röntgen der LZÄKB*

## Was Du schwarz auf weiß besitzt, kannst Du getrost … ins Archiv … tragen

In der Dentalradiografie gibt es etwa zehn verschiedene Bildbearbeitungsprogramme und 15 bis 20 Dateiformate. Letztere sind häufig so ausgestaltet, dass Bilddateien nur mit dem Erzeugerprogramm oder einem „Viewer“ geöffnet werden können; in einigen Fällen sind sogar ältere Programmversionen nicht dazu fähig.

Nach § 28 (3) RöV in der gegenwärtigen Fassung müssen Röntgenbilder zehn Jahre lesbar aufbewahrt werden. Angesichts der schnellen Entwicklung der Hardware, der Datenträger und Lesetechnik, möglicher Veränderungen des Betriebssystems und der Software stellt dies neue Anforderungen an den Betreiber der Röntgentechnik. Solange es kein einheitliches Dateiformat wie Dicom (*.dcm) gibt, ist jeder Betreiber gut beraten, wenn er auf einer Archivierungs- und Exportfunktion in einem Standarddateiformat wie *.jpg besteht. Angesichts der Verbreitung dieses Standards wird es auf lange Zeit gut handhabbare Konvertierungsprogramme zu akzeptablen Preisen geben, was gerade bei kleinen Softwareherstellern mit Sicherheit nicht gewährleistet ist. Kommt es zu der geplanten Verlängerung der Archivierungsfrist bei Patienten unter 18 Jahren, wird das Problem deutlich verschärft. Der Betreiber bzw. seine Rechtsnachfolger müssen dann über mehrere Versionen der Hard- und Software hinweg für die Aktualisierung der Datenträger und ihrer Inhalte sorgen.

## Frage der „Verbesserung“

Die Röntgenfilmentwicklung hat in einem Zug aus dem latenten Bild eine sichtbare Schwärzungsverteilung gemacht. Belichtung und Zustand der Entwicklung bestimmten das – nachfolgend unabänderliche – Ergebnis. Digitalisierte Bilder können dagegen über die Software, also eine nachfolgende Bildbearbeitung, verbessert, aber auch verschlechtert werden. Dazu gibt es viele Möglichkeiten. Deshalb soll-

te der Betreiber in Zusammenarbeit mit dem Errichter optimale Bearbeitungsvarianten fixieren und – kombiniert mit optimierten Belichtungswerten – als Standard für die Routine einsetzen. Dies gilt sowohl für die Patientenaufnahmen als auch für die Konstanzprüfung. Es sollte auch bei der Auswahl der Software geklärt werden, ob das „Urbild", das optimierte Bild oder das „Urbild" mit nachfolgenden Bearbeitungsparametern archiviert wird.

## Neue Technik – neue Fehlerquellen

Für viele Zahnärzte dürfte der Wunsch, von der Filmentwicklung wegzukommen, ein wesentliches Motiv für die Umstellung auf digitale Verfahren sein. Mit den Fehlern dieser etwa 100 Jahre alten Technik – überlagerter Film, Fehlbelichtung, verfallener Entwickler, zu hohe oder zu niedrige Temperatur, der beißende Geruch des Fixiers bei mangelnder Wässerung, Fremdlichteinfall, der Nagelabdruck der Praxismitarbeiterin – sind wir vertraut.

Dafür müssen wir neue Fehlerquellen erkennen und vermeiden: Knick- und Druckspuren auf den Lumineszenzfolien, Unschärfen durch Instabilitäten des Auslesestrahls des DLR-Readers, einzelne Pixelausfälle bis zu streifen- und flächenhaften Fehlauslesungen der Halbleiterdetektoren, Ausleseabbrüche, Verschlechterung der Orts- und Kontrastauflösung trotz scheinbar korrekter Grauwerte (aber zu niedriger Dosis), Fehler bei der Bildbearbeitung, Fehlzuordnung von Bild und Patienteninformation, zu hohe Datenkompression bzw. unlesbare Dateien beim Export und der Archivierung. Vom Service wird damit zunehmende Kompetenz in der Informatik gefordert (Bilder 4 und 5). Die Lernprozesse sind noch nicht abgeschlossen. Das betrifft sowohl die Ursachen, die Möglichkeiten der Vermeidung als auch die diagnostischen Auswirkungen möglicher Fehler.

## Und die Handhabung?

Röntgenfilm und DLR-Folie haben praktisch gleiche Größe und Gewicht, sind ähnlich flexibel, frei beweglich und dürften für den Patienten kaum unterscheidbar sein. Der Einsatz der DLR erfordert auch keinerlei Veränderungen am Röntgengerät. Erst nach der Belichtung unterscheiden sich die Wege – der Film geht in die Entwicklungsmaschine, die Folie in den Reader.

Die Halbleiterdetektoren sind deutlich dicker (bis cirka acht mm), hartkantig, überwiegend kabelgebunden und schwerer. Die größten CCD-Detektoren entsprechen dem 3 x 4 cm-Film. Für den Patienten sind sie unangenehmer und deutlich schwerer zu platzieren, für Kinder sind sie teilweise nicht anwendbar. Es resultieren zusätzliche Positionierungsfehler, die nach Wenzel und anderen [1] zu dreimal häufigeren Wiederholungsaufnahmen als bei Filmeinsatz führen. Dadurch gehen Zeitgewinne und Dosisreduzierungen wieder verloren.

Erhebliche Kosten können entstehen, wenn digitale Detektoren herunterfallen und hart aufschlagen. Als Folge sind dauerhafte, nicht behebbare Auslesefehler zu beobachten bis hin zum Totalausfall der Datenübertragung. Der Betreiber intraoraler Technik sollte deshalb prüfen, ob durch eine Fixierung im Kabelbereich der Aufschlag zumindest auf dem Fußboden vermieden werden kann.

Bei Panoramaaufnahmegeräten mit Fernröntgenzusatz wird der Detektor zwischen beiden Aufnahmesystemen umgesetzt. Angesichts von Detektorkosten von bis zu rund 30 T € ist das sehr riskant. Eine technische Sicherung, falls machbar, wäre dringend zu wünschen. Die unter [1] zitierte Arbeit verweist auf einen weiteren wesentlichen Unterschied zwischen Film

links Bild 4:
DLR-Folie
rechts Bild 5:
Digitale Dentalradiografie – Pixelausfall

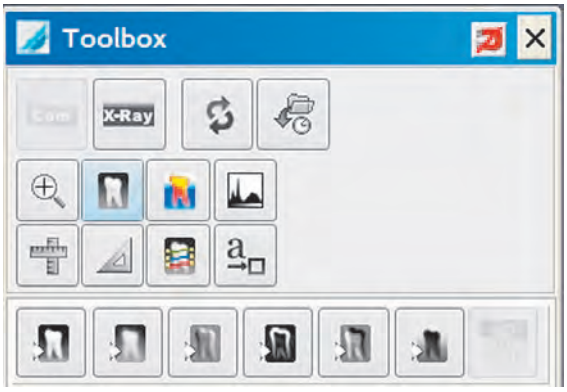
und digitalem Verfahren. Der Röntgenfilm für die intraorale Aufnahme befindet sich in einer Wegwerfverpackung, eine Übertragung von Keimen auf dritte ist praktisch ausgeschlossen. DLR-Folie und Halbleiterdetektor werden dagegen wiederverwendet. In [1] wird auf mögliche Infektionswege und -risiken bei den verwendeten Schutzhüllen eingegangen.

## Digitale Röntgenaufnahmen sind mindestens gleichwertig

Jede Weiterentwicklung muss sich qualitativ an den Vorgängern messen und gleichzeitig wirtschaftlich rechtfertigen lassen. Für die digitalen Röntgenaufnahmen bedeutet dies, dass die diagnostische Genauigkeit mindestens so hoch sein muss wie beim klassischen Röntgenfilm. Das Auflösungsvermögen der intraoralen digitalen Systeme erreicht ohne weiteres mehr als fünf Lp/mm und liegt für Halbleiterdetektoren bei bis zu 25 Lp/mm. Diese Auflösung wird auch von Filmen erreicht, ist aber ohne Vergrößerung für das Auge nicht nutzbar. Aus 3 x 4 cm Aufnahmefläche werden auf dem Monitor mindestens 12 x 16 cm, bei einer Pixelzahl von meist etwa 600 x 800 beträgt der kleinste Bildpunkt theoretisch 0,05 mm, auf dem Monitor wiedergegeben mit etwa 0,2 mm. Eine Erhöhung der Auflösung ist, angesichts der deutlich geringeren Größe der einzelnen Detektorelemente der Halbleiterdetektoren zwar möglich, jedoch mit einer Erhöhung der erforderlichen Dosis zur Signalgewinnung verbunden. Letzteres ist aber nur gerechtfertigt, wenn sich daraus ein diagnostischer Nutzen ergibt.

Sichtbar wird jeder Bildpunkt durch den Kontrast zu seiner Umgebung. Die digitalen Verfahren arbeiten standardmäßig mit 256 Graustufen (acht Bit ), das ist mehr als doppelt so viel, als das geübte Auge differenzieren kann. Es ist deshalb kein diagnostischer Gewinn von einer höheren Kontrastauflösung zu erwarten, die ohnehin erst durch eine Fenstertechnik (gespreizte Darstellung ausgewählter Kontrastwertbereiche) genutzt werden könnte.

Von den charakteristischen Bildgrößen her ist die digitale Technik der klassischen Filmmethode mindestens gleichwertig. Mit zunehmender Nutzung werden sich neue Auswertungsverfahren und Bewertungskriterien erschließen, die über den Aussageumfang des Röntgenfilms hinausgehen – es ist wie bei jeder neuen Technik ein Lernprozess über althergebrachtes hinaus. Die diagnostische Interpretation des Röntgenbildes hat sich über 100 Jahre an der bildlichen Wiedergabe der Objektstrukturen mittels der Kennlinie des Röntgenfilms ausgebildet. Mit der Digitalisierung können andere Übertragungsfunktionen mit besseren oder sogar neuen Aussagen nicht ausgeschlossen werden.




Verschiedene digitale Werkzeuge (Toolbox) ermöglichen eine umfangreiche Bildnachbearbeitung

Der Siegeszug der digitalen Bilderzeuger ist angesichts der Vorteile im Arbeitsablauf sowie der neuen Möglichkeiten der Bildnachbearbeitung nicht aufzuhalten. Gerade in Praxen mit wenigen Röntgenaufnahmen ist die Stabilität der Röntgenentwicklung ein ewiges Sorgenkind.

Lumineszenzradiografiefolie bzw. Halbleiterdetektor, Software und Computer sind dagegen ständig und sofort zuverlässig verfügbar. Deshalb werden sich trotz der Unterschiede im Investitionsvolumen (für den intraoralen Arbeitsplatz Film : DLR : Halbleiter = 1 : 2 : 3 und das einfache Panoramagerät Film : DLR : Halbleiter = 1 : 1,3 : 1,2) immer mehr Zahnärzte mit dieser modernen Technik ausrüsten. Es ist zu hoffen, dass die notwendigen Weiterentwicklungen zur Vereinheitlichung der Dateiformate, Exportfunktionen und Archivierungssysteme in Zusammenarbeit von Normenausschuss Radiologie, Herstellern und Nutzern bald erfolgen.

Quellen:
[1] Wenzel u. a. in Quintessenz 2010; 61 (8), S. 919-927 „Halten digitale Intraoralaufnahmen, was sie versprechen?“

[2] H. Diewald in Bayerisches Zahnärzteblatt 10/2008 S. 64 „Wie erklär´ ich es meinem Patienten?“

[3] Bilder aus Sammlungen/Veröffentlichungen der ZSQR Bbg.

# Möglichkeiten der Berufsausübung

**Auslaufmodell Einzelpraxis? Noch immer lassen sich die meisten Zahnärzte in einer Einzelpraxis nieder. Seitdem das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 weitere Rechtsformen zuließ, geht jedoch der Trend in Richtung Gemeinschaft.**

*Autorin: Gabriele Sotscheck*
*Abteilung Zulassung*

## Einzelpraxis

Die klassische Niederlassungsform ist die Einzelpraxis. Laut Veröffentlichung der KZVB im Jahrbuch 2008 waren im Jahr 2007 81 Prozent der Vertragszahnärzte, also die ganz große Mehrheit, in einer Einzelpraxis niedergelassen. Klassischerweise wird mit dem Begriff „Zahnarzt“ auch die Einzelpraxis verbunden. Man denkt an einen bestimmten Zahnarzt, „seinen“ Zahnarzt, den man seit langem kennt und dem man vertraut. Der Gedanke, in einer Großpraxis nicht zu wissen, wem man sich beim nächsten Termin ausliefern muss, lässt ebenfalls die Einzelpraxis für viele Patienten attraktiver erscheinen. Zu diesen Überlegungen passt auch, dass der Zahnarzt einen so genannten freien Beruf ausübt. Dies bedeutet nach der Berufsordnung, dass er seinen Beruf „... persönlich, eigenverantwortlich und fachlich und wirtschaftlich unabhängig ... ausübt. Dies ist natürlich in einer Einzelpraxis ohne weiteres gewährleistet.

## Praxisgemeinschaft

Eine Praxisgemeinschaft ist der Zusammenschluss mehrerer Vertragszahnärzte (Einzelpraxen) zur gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie zur gemeinsamen Beschäftigung von Personal. Im Vordergrund einer Praxisgemeinschaft steht die Kostenreduzierung durch gemeinsame Nutzung sächlicher und personeller Mittel. Jeder Vertragszahnarzt führt in gemeinsamen Räumen seine eigene Praxis mit seinem eigenen Patientenstamm und eigener Patientenkartei. Jeder Vertragszahnarzt rechnet getrennt vom anderen seine vertragszahnärztlichen Leistungen mit der KZV ab. Jeder Vertragszahnarzt hat seine eigene Abrechnungsnummer bei der KZV. In der Praxisgemeinschaft gibt es kein Rechtsverhältnis der Gemeinschaft mit der KZV und den Patienten. Es muss keine Genehmigung des Zulassungsausschusses, wie bei einer Berufsausübungsgemeinschaft, vorliegen, die Gründung einer Praxisgemeinschaft muss lediglich der KZV angezeigt werden. Eine besondere Form der Praxisgemeinschaft ist die Apparategemeinschaft. Diese wird betrieben, um die gemeinschaftlich angeschafften Geräte zu einer umfassenden Diagnostik und Therapie wirtschaftlich nutzen zu können und um den Patienten eine effektivere Behandlung ohne weite Wege und Wartezeiten zu bieten. Ein entsprechender Zusammenschluss von Vertragszahnärzten zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen muss im Praxisgemeinschaftsvertrag geregelt werden.

### Außenwerbung in der Praxisgemeinschaft

Besondere Sorgfalt ist beim Praxisschild und der sonstigen Werbung erforderlich. Jeder Partner sollte ein eigenes Praxisschild haben und außerdem muss ein Schild „Praxisgemeinschaft“ vorhanden sein. Auf dem Briefbogen, den Rechnungen, Visitenkarten und sämtlichen sonstigen Papieren ist nur der Name des jeweils behandelnden Partners zu vermerken.

### Haftungsbeschränkung

Mit der Praxisgemeinschaft kann eine weitgehende Haftungsbeschränkung und -konzentration erreicht werden. Gegenüber den Patienten und der KZV haftet nur der jeweils handelnde Partner. In einer Praxisgemeinschaft macht jeder Vertragszahnarzt seine Abrechnung selbst und hat deshalb eventuelle Fehler oder unwirtschaftliche Behandlungen auch selbst zu verantworten.

Gabriele Sotscheck

In der KZVLB gibt es derzeit 1.247 Einzelpraxen und 81 Praxisgemeinschaften.

Der Notfall in der Zahnarztpraxis kann nicht oft genug in der Theorie geübt werden: Zwei Mal im Jahr gibt es dazu einen Kurs der LZÄKB.

# Kardiopulmonale Reanimation 2010

**Alle fünf Jahre werden die Leitlinien zur Erste-Hilfe-Therapie auf den Prüfstand gestellt und gegebenenfalls modifiziert. Im Jahr 2010 gab es in dieser Hinsicht neue Behandlungsempfehlungen, die das schnelle Helfen einfacher gestalten sollen.**

Dr. Hans Arndt

*Autor: Dr. Hans Arndt, Facharzt für Anästhesiologie in einer GP in Cottbus*

Selten werden Leitlinien zur Therapie so fachübergreifend und international diskutiert und unterrichtet wie die zur Kardiopulmonalen Reanimation. Im fünfjährigen Rhythmus werden sie durch den European Resuiscitation Council (ERC) – basierend auf dem internationalen „Consensus on CPR Science with Treatment Recommendations" – modifiziert, so auch im Jahre 2010. Damit liegen überarbeitete Behandlungsempfehlungen vor, die weitgehend akzeptiert sind. Manches ist gleich geblieben, so zum Beispiel das Verhältnis von 30 Herzdruckmassagen zu zwei Beatmungen. Neu sind Vereinfachungen: Sie betreffen besonders den Vorrang der Thoraxkompression vor der Beatmung, eine Pulstastung wird nicht mehr vorausgesetzt und untrainierte Helfer dürfen auf die Beatmung verzichten.

## „Lebensrettende Basismaßnahmen"

Im Folgenden soll ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Empfehlungen gegeben werden, soweit sie informierte Laien ohne weitere Hilfsmittel ausführen können (Basic Live Support). Praktische Unterweisungen und persönliches Training am Phantom können dann – zum Beispiel innerhalb eines Fortbildungskurses der LZÄKB – gebucht werden. Dort erhalten Sie auch Einblick in die „Erweiterten Reanimationsmaßnahmen für Erwachsene" (Advanced Life Support), beispielsweise zur Anwendung einfacher Hilfsmittel, Venenpunktion und Anwendung der Defibrillation. Letzteres wird heute schon auch informierten Laien zugetraut, deshalb werden Automatische Elektrische Defibrillatoren (AED) immer mehr in der Öffentlichkeit vorgehalten.

## Bis der Notarzt kommt

Eine der Haupttodesursachen in Europa ist der plötzliche Kreislaufstillstand. Wie Untersuchungen mit dem frühen Einsatz von AED gezeigt haben, liegt meistens primär eine tachykarde Rhythmusstörung vor. Die bald folgende sekundäre Asystolie hat eine deutlich schlechtere Reanimationsprognose. Gelingt es den Notfallzeugen, durch eine suffiziente Thorax-

kompression und möglichst auch Beatmung eine tödliche Hypoxie zu vermeiden, dann wird wertvolle Zeit gewonnen. Nach wenigen Minuten wird der Rettungsdienst eintreffen und die Behandlung übernehmen. Ihre Aufgabe ist also, eine einfache Diagnose zu stellen und eine symptomatische Behandlung zu beginnen (kardiopulmonale Reanimation als Basic Live Support). Die Überlebenswahrscheinlichkeit des Patienten wächst damit um das Zwei- bis Dreifache.

## Der Bewusstlose

Jeder offensichtlich akut hilfebedürftige Patient wird angesprochen und es wird ein zusätzlicher Weckreiz gegeben, wie: „Machen Sie die Augen auf!“ – mit gleichzeitigem Schütteln an den Schultern. Wenn der Patient erweckbar ist, versuchen Sie zu eruieren, wie sie ihm helfen können. Reagiert er nicht, dann liegt eine Bewusstlosigkeit vor. Informieren Sie Ihr Praxispersonal über den offensichtlichen Notfall, bringe Sie den Patienten in die Rückenlage und fahren Sie mit der Atemkontrolle fort.

## Pflicht: Atemkontrolle. Kür: Kreislaufkontrolle

Zuerst werden durch Reklination des Kopfes und Anheben des Kinns die Atemwege freigehalten. Die nächsten zehn Sekunden konzentrieren Sie sich auf Sehen, Fühlen und Hören: suchen Sie die Atemexkursionen des Thorax, den Luftstrom beim Ausatmen und eventuelle Atemgeräusche. Dann entscheiden Sie, ob die Atmung normal ist oder nicht. Im Zweifel oder bei stark verlangsamter Atmung (Schnappatmung) handeln Sie wie bei einem Atemstillstand und beginnen die Reanimation. Beginnen Sie die Reanimation immer bei jedem bewusstlosen Patienten ohne normale Atmung.

Die Entscheidung zur Reanimation können Sie ohne eine Kreislaufkontrolle treffen. Wenn Sie einen Karotispuls suchen, dann halten Sie sich nicht länger als zehn Sekunden damit auf und beginnen Sie bei einem unsicherem Ergebnis mit der Reanimation genauso wie auch bei fehlendem Puls. Normal atmende, bewusstlose Patienten werden in die stabile Seitenlage umgelagert und weiter überwacht.

## Die Kardiopulmonale Reanimation

Noch vor Beginn der eigentlichen Reanimationsmaßnahmen geben Sie klare Anweisungen an das Praxispersonal, lassen Sie sich Ihre Notfallausrüstung bringen und alarmieren Sie den Rettungsdienst.

Mit zunächst 30 Thoraxkompressionen (früher: Herzdruckmassage) wird die Reanimation eingeleitet. Hierzu drücken Sie die Mitte des Thorax fünf bis sechs Zentimeter tief mit Ihren übereinandergelegten Händen rhythmisch gegen die Wirbelsäule mit einer Frequenz von 100 bis 120/min. Nutzen Sie dazu Ihr Körpergewicht, indem Sie sich mit ausgestreckten Armen über den Patienten positionieren (siehe auch Foto), entlasten Sie nach jeder einzelnen Kompression den Thorax vollständig und behalten Sie den Handkontakt bei, zählen Sie laut mit.

In der Zwischenzeit sollte ein weiterer Helfer in der Lage sein, zwei Beatmungen zu übernehmen. Wenn das nicht der Fall ist, führen Sie die Beatmung selber aus. Machen Sie die Atemwege erneut frei, blasen Sie in Mund oder Nase des Patienten ein und achten Sie dabei auf eine gute Abdichtung. Bei suffizienter Beatmung senkt sich der Brustkorb des Patienten, während Sie selbst erneut einatmen. Blasen

Es gilt, beim Kreislaufstillstand schnellstens zu handeln: 30 Mal Thoraxkompressionen zu zwei Beatmungen – bis der Rettungsdienst übernimmt

Was gehört zum Inhalt eines Notfallkoffers? Auch das wird bei einem Notfallkurs besprochen. Der Kurs der LZÄKB am 22. Oktober in Potsdam ist leider fast ausgebucht – aber 2012 gibt es wieder den „Notfall in der ZAP“.

Sie ein zweites Mal Luft in die Atemwege des Bewusstlosen. Für beide Atemspenden sollten Sie etwa fünf Sekunden Zeit aufwenden, unabhängig davon, ob Ihnen die Beatmung gelingt oder nicht. Untrainierte Laien können auf die Beatmung verzichten. Dann fahren Sie mit den Thoraxkompressionen und Beatmungen im Verhältnis 30:2 ununterbrochen fort, bis der Patient normal atmet oder ein mehr qualifizierter Helfer die Reanimation übernimmt.

## Was kann schiefgehen?

Ein bewusstloser Patient ohne normale Atmung erleidet eine schwerwiegende Gesundheitsschädigung oder den Tod infolge unterlassener Reanimation, nicht jedoch durch die Reanimation selbst.

## Der größte Fehler ist, nicht zu reanimieren.

Untersuchungen zeigen, dass selbst eine Reanimation am Patienten ohne Kreislaufstillstand äußerst selten ernsthafte Schäden hinterlässt. Daher auch die Anweisung: Führen Sie Thoraxkompressionen aus, auch wenn Sie nicht sicher sind, ob ein Karotispuls tastbar ist (und auch, wenn der Karotispuls gar nicht gesucht wurde).

Die Infektionsgefahr, auch das zeigen Untersuchungen, durch direkten Patientenkontakt ist extrem niedrig. Es liegen keine Berichte zur Übertragung von Hepatitis B, Hepatitis C, HIV oder Zytomegalie vor. Scheuen Sie deshalb nicht die Mund-zu-Mund- bzw. Mund-zu-Nase-Beatmung, falls sie die Beutelbeatmung über Maske nicht einsetzen können.

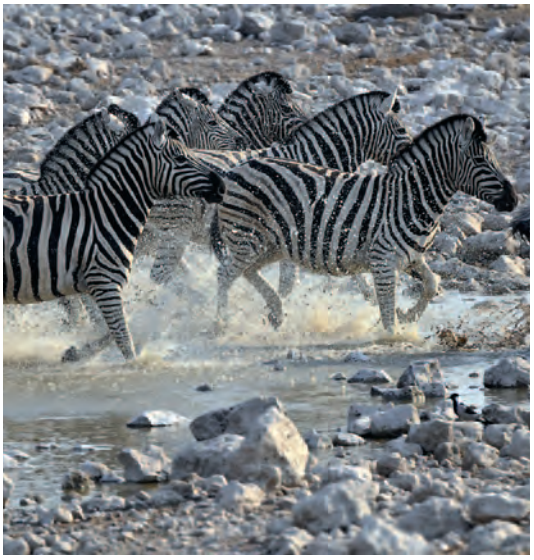
## Was Sie heute schon tun können

Überprüfen und optimieren Sie innerhalb des Qualitätsmanagementes Ihre Präventionsmaßnahmen für die Notfallsituation. Trainieren Sie in Ihrer Praxis mit dem Personal die Lagerung von Notfallpatienten, besprechen Sie gefährdete Patienten, üben Sie eine korrekte Notfallmeldung und schauen Sie mal wieder in Ihren Notfallkoffer. Damit geben Sie Ihren Patienten eine gute Chance und sich selbst Sicherheit. ⛔

# Neuer Fortbildungsgang der AS-Akademie 2012

[PM] Seit zehn Jahren gibt es ein besonderes berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für Zahnärzte, die sich in der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung engagieren wollen. Im Februar 2012 beginnt der 7. Studiengang der AS-Akademie. Mit der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Der postgraduale Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2013. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden in Form von Seminarblöcken statt.

Die Studienvermittlung erfolgt durch qualifizierte und ausgewählte Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Für das zweijährige Curriculum wird eine Gebühr in Höhe von 3.900 EUR erhoben. Die Teilnahme wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/ DGZMK/ KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.zahnaerzte-akademie-as.de, Tel.: 030 – 4000 5 112, Fax: 030 – 4000 5 129. ⛔



Ein Höhepunkt der LZÄKB-Fachexkusion im nächsten Jahr nach Namibia wird der Besuch des Etoscha-Nationalparkes mit Wildbeobachtungen sein

# LZÄKB-Fachexkusion 2012 führt nach Namibia

**Namibia hat sich zu einem der beliebtesten und vielseitigsten Reiseländer der Welt entwickelt. Für ausgefallene Wild- und atemberaubende Landschaftsfotografien ist Namibia ein Traum jedes Fotografen. Ebenso im Blick: Die Ausübung der Zahnheilkunde.**

[ZBB] Vom 26. April bis zum 6. Mai 2012 wird die LZÄKB-Fachexkursion nach Namibia führen. Mit durchschnittlich 300 Sonnentagen ist das Land ein ganzjährig lohnendes Reiseziel.

## Reiseroute

Die Reise beginnt in Windhoek, der multikulturellen Hauptstadt Namibias. Die zweite Etappe führt über das Khomas-Hochland und durch den Namib-Naukluft-Park in das malerische Städtchen Swakopmund, direkt am Atlantischen Ozean gelegen. Eine Bootstour ergänzt den Abstecher an den Ozean. Die Teilnehmer werden das Kreuzkap mit seinen Zwergpelzrobben-Kolonien ebenso kennen lernen wie geologische Besonderheiten des Landes. Auf dem Weg von Twyfelfontein-Lodge zum Etosha Safari Camp besucht die Reisegruppe unter anderem das größte „Open-Air-Museum“ im südlichen Afrika, welches steinzeitliche Felszeichnungen bietet. Zwei komplette Tage sind im Etoscha-Nationalpark als unbestrittene Hauptattraktion Namibias vorgesehen. Zentrum ist hier die 129 km lange und bis zu 72 km breite Etoscha-Pfanne, die insgesamt 114 Säugetier- und 340 Vogelarten beherbergt. Der Waterberg Plateau Park ergänzt das Programm.

## Fachprogramm

Zum Fachprogramm gehört der Besuch einer Zahnarztpraxis in einem Vorort von Windhoek, wo ein Großteil der einheimischen Bevölkerung wohnt. Zahnarzt Dr. Frank Schwardmann wird in einem Vortrag ausführlichen Einblick in die Ausübung der Zahnheilkunde in Namibia gewähren. In Swakopmund steht der Besuch einer privaten Zahnarztpraxis auf dem Programm. Allen Teilnehmern des Fachprogrammes werden acht Fortbildungspunkte anerkannt.

## Unterlagen

In bewährter Weise hat die LZÄKB die Organisation der Fachexkursion in die Hände des RDB – Reisedienst Bartsch GmbH aus Bad Honnef – gelegt. Eine detaillierte Beschreibung der Reise sowie das Anmeldeformular erhalten Sie mit dem nächsten Rundschreiben „BRAND-AKTUELL“ im Juli.

Teilnehmen an der Fachexkursion können alle Mitglieder der LZÄKB sowie deren Angehörige, Freunde und Bekannte. Wer das Rundschreiben „BRAND-AKTUELL“ nicht erhält, kann die Unterlagen bei der LZÄKB, Jana Kronesser, Tel. 03 55/ 3 81 48-10 oder per E-Mail: jkronesser@lzkb.de anfordern.

# Aktuell, kompakt und interdisziplinär

## Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde am Philipp-Pfaff-Institut startet Ende August – Frühbucherrabatt noch bei Anmeldung bis zum 15. Juli möglich – Moderator Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer eröffnet die interdisziplinäre Fortbildungsreihe

*Autorin: Sabine Berg,*
*Philipp-Pfaff-Institut Berlin*

Aktuell, kompakt und interdisziplinär – das Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde am Philipp-Pfaff-Institut in Berlin ist eine Fortbildungsreihe, die sich mit der aktuellen Forschung der wichtigsten Disziplinen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auseinandersetzt.

Bereits zwei Curricula mit jeweils 24 Veranstaltungstagen wurden unter der Moderation von Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer (Greifswald) in den vergangenen Jahren am Philipp-Pfaff-Institut in Berlin erfolgreich durchgeführt. Für die einzelnen Bausteine, die sich jeweils einem spezifischen zahnmedizinischen Fachgebiet widmen, konnte das Fortbildungsinstitut gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. h. c. Meyer namhafte Referenten gewinnen.

Diese geben an jeweils einem Wochenende gut strukturierte Übersichten zu einem spezifischen Themenschwerpunkt und viele sofort in der Praxis umsetzbare Hinweise. Kombiniert werden die Vorträge mit intensiven praktischen Übungsteilen, die soweit möglich im neu eingerichteten Phantomraum des Philipp-Pfaff-Institutes stattfinden.

„Im gesamten Curriculum wird sehr gut herausgearbeitet, was heute Standard sein sollte, welche Dinge gegebenenfalls unter besonderen Bedingungen erreichbar sind, was noch Zukunftsmusik ist oder nur ein nicht unterlegtes Anpreisen der Industrie“, so fasst Dr. Matthias Wilke – ein ehemaliger Teilnehmer – die Fortbildungsserie zusammen. Als persönlichen Mehrwert nahm er neben dem fachlichen Input und den neu erlernten Fertigkeiten auch den intensiven Erfahrungsaustausch mit, den die Teilnehmer untereinander und mit den Referenten pflegten. Dr. Wilke resümiert, dass er bereits an den Montagen nach der Fortbildung feststellen konnte, dass viele Dinge besser oder schneller gelingen. Kurz: Die Arbeit macht einfach wieder mehr Spaß.
Das nächste Curriculum beginnt am 26./27. August. Bei Anmeldung bis zum 15. Juli haben Sie die Möglichkeit, einen Frühbucherrabatt in Anspruch zu nehmen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Bausteinen können Sie am Philipp-Pfaff-Institut unter Tel. 030 414725-0 erfragen oder in der Kursbörse im Internet auf www.pfaff-berlin.de einsehen. Ihre Anmeldungen nimmt das Philipp-Pfaff-Institut ab sofort schriftlich per Fax über 030 4148967 oder per E-Mail entgegen: info@pfaff-berlin.de.

Neu im Programm 2011:
Strukturierte Fortbildung: Applied Kinesiology für Zahnärzte (Kursnr. 1030.0)
Erster Termin: 30. September; 09:00 – 18:00 Uhr sowie 1. Oktober 2011; 09:00 – 17:00 Uhr
(insgesamt 6 Veranstaltungstage und 52 Fortbildungspunkte)
Kursgebühr: 1.590,00 € (Frühbucherrabatt bis 26.08.2011 möglich)
Ausführliche Informationen zur Fortbildung: www.pfaff-berlin.de

# Tierischer Zuwachs am Philipp-Pfaff-Institut

Eine kleine Eule namens Pfaffikus ist das jüngste Mitglied des „Pfaff-Teams“. Mit seinem Witz und Charme wird dieses possierliche Tierchen das Institut noch unverwechselbarer machen und den Fortbildungsgedanken pfiffig weitertragen.

*Autoren: Sandra Bohm, Sabine Berg*
*Philipp-Pfaff-Institut Berlin*

Schon als kleiner Nestling war ich von der Zahnmedizin fasziniert. Auf der Suche nach Fortbildungsmöglichkeiten führte mich mein Weg nach Berlin. Bereits im Anflug auf das Charitégebäude in der Aßmannshauser Str. 4-6 spürte ich, dass ich hier genau am richtigen Ort bin. Voller Vorfreude spazierte ich durch die Eingangshalle und wurde gleich von den Mitarbeitern des Philipp-Pfaff-Instituts herzlich empfangen. Liebevoll tauften sie mich auf den klangvollen Namen „Pfaffikus“ und machten mich kurzum zum neuen Pfaff-Maskottchen.

Als Uhu gehöre ich zur Gattung der Eulen und gelte von Geburt an als besonders weise und wissbegierig. Kein Wunder also, dass ich mich am Philipp-Pfaff-Institut sehr wohlfühle. Mein Gesicht wirkt reif und erfahren und strahlt Ruhe und Besonnenheit aus. Mit meinen großen Augen folge ich aufmerksam den zahlreichen Kursen, die am Philipp-Pfaff-Institut angeboten werden und bilde mich so stetig fort. Auch in den Aufstiegsfortbildungen zur ZMV, ZMP und DH bin ich erfolgreich unterwegs. Deshalb trage ich auch stolz die drei Farben rot (ZMV), grün (ZMP) und orange (DH). Die Löckchen aus dem 18. Jahrhundert verdanke ich meinem berühmten Namensgeber, den Begründer der Deutschen Zahnmedizin und Königlich-Preußischen Hofzahnarzt, Hofrat Philipp Pfaff.

Ich bin glücklich, ein Teil dieses außergewöhnlichen Fortbildungsinstitutes zu sein, das in enger Zusammenarbeit mit der Zahnklinik der Charité seit vielen Jahren zahnmedizinische Fortbildung auf hohem Niveau anbietet. Nicht nur die Zertifizierung DIN EN ISO 9001 garantiert unseren Kursteilnehmern heute und in Zukunft eine hohe Fortbildungsqualität, sondern auch ich werde regelmäßig mit wachen Augen über den Kursen kreisen. Mein Ziel ist es, den Fortbildungsgedanken gemeinsam mit meinen Kollegen und Kolleginnen weiterzutragen – nicht nur informativ, sondern vor allem auch emotional und pfiffig. So werde ich Ihr Fortbildungsinstitut bereichern und noch unverwechselbarer machen.

Ich freue mich auf Sie – Ihr Pfaffikus

Pfaffikus, das neue Maskottchen des Philipp-Pfaff-Institutes

# Fragen und Antworten zur Abrechnung

„Es wird immer Fragen geben, auf die man selbst bei Google keine Antwort findet."

Willy Meurer

Rainer Linke
Vorstandsmitglied
der KZVLB

*Autoren: Rainer Linke, Anke Kowalski*

## 2 ½ Jahre nach Implantatversorgung (aaV) Überkronungsnotwendigkeit

*Frage:* Wie unten abgebildet, ergibt sich aus der Befundsituation eine Überkronungsnotwendigkeit für den Zahn 27. Die Übernahme des Festzuschusses 1.1 wurde von der Krankenkasse mit der Begründung: *„Kein Zuschuss für 27 möglich, da bereits in 10/08 ein Zuschuss für eine Brückenversorgung von 25 – 27 erstattet wurde (als andersartige Versorgung 26 = Implantat).*" abgelehnt. Ist diese Entscheidung korrekt?

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | | | | | | ? | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anke Kowalski
stellv. Abteilungsleiterin
Abrechnung

*Antwort:* Ausgehend davon, dass in 10/08 lediglich der fehlende Zahn 26 als behandlungsbedürftig befundet wurde (Zahnarzt plante Implantatversorgung), wurde seitens der Krankenkasse entsprechend der Festzuschuss-Richtlinie 6 Satz 2*1 die Brücke von 25 bis 27 bezuschusst. Offensichtlich hat sich 2 ½ Jahre später für den Zahn 27 eine Überkronungsnotwendigkeit ergeben, die zum Zeitpunkt der Implantatversorgung noch nicht bestand. Nach unserer Auffassung ist es nicht rechtmäßig, ohne weiteres Tun vom „Kassenschreibtisch" aus eine „erneute" Bezuschussung abzulehnen. Auf der Grundlage des § 4 Abs. 1 der „Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen" hätte entsprechend der Protokollnotiz*2 die Möglichkeit seitens der Krankenkasse genutzt werden müssen, in Bezug auf die offensichtlich vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängel eine gutachterliche Überprüfung zu zulassen. Ermutigen Sie Ihren Patienten auf der Basis dieser Vereinbarung in den Widerspruch zu gehen und mit Hilfe eines bestellten Gutachters die vermuteten Planungs- bzw. Ausführungsfehler überprüfen zu lassen.

In diesem Zusammenhang muss unbedingt darauf hingewiesen werden, dass der Überkronungsnotwendigkeit eine Befundveränderung vorausgeht, denn in 10/08 bestand diese noch nicht. Außerdem wäre die Krankenkasse auch zur Bezuschussung verpflichtet gewesen, wenn in 10/08 anstelle der Implantatversorgung die Regelversorgung (eine Brücke) angefertigt worden wäre und sich innerhalb der zweijährigen Gewährleistungszeit eine Überkronungsnotwendigkeit ergeben hätte, die nicht auf einen Planungs- bzw. Ausführungsfehler den Zahnarztes zurückzuführen gewesen wäre, sondern lediglich auf einer neuen Befundsituation basiert hätte. Nur dass dann nicht die Bezuschussung einer Einzelkrone, sondern die Bezuschussung einer neuen Brücke in der Leistungspflicht der Krankenkasse gestanden hätte.

## IP 4 als Vertragsleistung

*Frage:* In welchen zeitlichen Abständen kann bei welchen Patienten eine lokale Fluoridierung der Zähne (IP 4) als Vertragsleistung abgerechnet werden?

*Antwort:* **Grundsätzliches:** Eine Leistung nach Nr. IP 4 kann je Kalenderhalbjahr **einmal** für Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, abgerechnet werden. **Besonderheiten sind:**

**1. Vorzeitiger Durchbruch der 6-Jahres-Molaren**

Dann ist die Abrechnung der lokalen Fluoridierung der Zähne 1 x je Kalenderhalbjahr auch bei Kindern unter 6 Jahren möglich.

**2. Kinder mit hohem Kariesrisiko ab dem 30. Lebensmonat bis zum vollendeten 6. Lebensjahr**

Wurde ein hohes Kariesrisiko nachgewiesen, so ist bei Kindern vom 30. bis 72. Lebensmonat die Abrechnung der lokalen Fluoridierung der Zähne entsprechend der Richtlinie 7 zur Früherkennungsuntersuchung **2 x je Kalenderhalbjahr** möglich. Ein hohes Kariesrisiko wird durch die folgenden Werte für kariöse, wegen Karies entfernte und gefüllte Zähne angezeigt:

| Alter bis: | | |
|---|---|---|
| 3 | dmf-t | > 0 |
| 4 | dmf-t | > 2 |
| 5 | dmf-t | > 4 |
| 6 | dmf-t | > 5 |

**3. Patienten von 6 bis 17 Jahren mit hohem Kariesrisiko**

Wurde ein hohes Kariesrisiko nachgewiesen, so ist bei Versicherten nach dem sechsten Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Nr. IP 4 **je Kalenderhalbjahr zweimal** möglich. Ein hohes Kariesrisiko gem. IP-Rili Nr. 6 wird anhand des Karies-Indexes DMF-T/DMF-S nachgewiesen:

| Alter bis: | |
|---|---|
| 7 | dmf/DMF (t/T) > 5 oder D (T) > 0 |
| 8-9 | dmf/DMF (t/T) > 7 oder D (T) > 2 |
| 10-12 | DMF (S) an Approximal/Glattflächen > 0 |
| 13-15 | D (S) an Approximal/Glattflächen > 0 und/oder mehr als 2 kariöse Läsionen |

Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

**Hinweis zu den Besonderheiten 2. und 3.:**

Die Einschätzung des Kariesrisikos **muss** anhand des jeweiligen Indexes erfolgen (eine ggf. „genetische Karies-Veranlagung“ ist beispielsweise keine vertragszahnärztliche Abrechnungsindikation und scheidet somit als Begründung für die Abrechnungsfähigkeit aus).

## Wurzelstiftkappen bei mehr als drei Restzähnen in vorhandene Prothese einarbeiten

*Frage:* Bezogen auf die unten abgebildete Unterkiefer-Befundung soll auf dem Zahn 35 eine Wurzelstiftkappe mit Kugelknopfanker in die vorhandene Prothese eingearbeitet werden. Sind hierfür Festzuschüsse ansetzbar?

*Antwort:* **Grundsätzliches:** Vertragsleistung nach den Abrechnungsbestimmungen der Geb.-Nr. 90 und der Regelleistung nach dem Befund 4.8 ist die Wurzelstiftkappe mit Kugelknopfanker als Verbindungselement nur im Zusammenhang mit Cover-Denture-Prothesen bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer. Dieser Sachverhalt ist zahnmedizinisch begründet.

Werden Wurzelstiftkappen mit Kugelknopfanker in anderen Befundkonstellationen eingegliedert, werden diese nicht als anerkannte vertragszahnärztliche Versorgungsformen betrachtet und sind deshalb auch nicht festzuschussfähig.

**Aber:** Im kausalen Zusammenhang mit Wiederherstellungsmaßnahmen ist es durchaus praktikabel, Wurzelstiftkappen auch bei mehr als 3 Restzähnen im Kiefer anzufertigen. Hier liegt es im Ermessen der Krankenkasse, für diese Wiederherstellungsmaßnahme die Befund-Nrn. 1.1 und 1.5 zu bezuschussen (es besteht kein Rechtsanspruch). Es handelt sich dann um eine gleichartige Versorgung.

| B | f | f | k | | | | | | k | | | | | | f | f |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| B | e | e | e | k | e | | | | | | | t | tw | e | e | e |
| R | | | | | | | | | | | | | ? | | | |
| TP | | | | | | | | | | | | | R | | | |

*¹ „.....Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand.....“

*² Zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungen und sogenannten Mischfällen (Nr. 7 d) der Anlage 3 BMVZ/ Anlage 4 EKVZ ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 7 bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

# Für den Zahnarzt oft eine Gratwanderung

## Der jüngste Arbeitskreis Behindertenbehandlung des Landes Brandenburg beschäftigte sich intensiv mit Rechtsfragen bei der zahnmedizinischen Behandlung von Menschen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen.

Dipl.-Stom. Bettina Suchan ist im Vorstand Referentin für Zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen und Alterzahnheilkunde

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

Wie verhält sich der Zahnarzt aus rechtlicher Sicht richtig, wenn ein Patient mit geistiger Behinderung oder eine pflegebedürftiger Mensch behandelt werden muss? Wie sieht die Gesetzeslage aus, wenn der Patient nicht oder nicht mehr für sich selbst sprechen kann und nicht selbstständig handeln kann? Dürfen automatisch die Angehörigen entscheiden, was gut und richtig bei der Behandlung ist oder kann das der Zahnarzt allein? Diese und andere Fragen erläuterte Dr. jur. Thomas Auerbach aus Potsdam auf der diesjährigen Fortbildungsveranstaltung des Arbeitskreises zur Behandlung von Menschen mit Behinderung und pflegebedürftigen Patienten.

### Zunächst Alter des Patienten entscheidend

Zuallererst muss zwischen minder- und volljährigen Patienten unterschieden werden. So lange ein Patient minderjährig ist, egal ob mit Behinderung oder ohne, dürfen die Eltern ohne Einschränkung alles entscheiden. Für Minderjährige gibt es keinen Betreuer. Allerdings endet die Personensorge mit dem 18. Geburtstag. Dann tritt die Betreuung in Kraft.

Diese muss im Falle einer Behinderung auch von den Eltern für ihre Kinder und von Kindern für ihre Eltern beim Betreuungsgericht beantragt werden. Das Gericht spricht dann eine Betreuung für die unterschiedlichen Bereiche aus: Vermögenssorge, Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Behördenangelegenheiten, Post. Innerhalb dieser Bereiche ist der Betreuer für seinen Betreuten verantwortlich.

### Die Einwilligungsfähigkeit

Das heißt aber nicht, dass damit die Geschäftsfähigkeit des Betreuten außer Kraft gesetzt ist. Gerade bei der zahnärztlichen Behandlung kommt es oft vor, dass der behinderte Patient zwar mit einer Pflegeperson aus der Wohneinrichtung in die Praxis kommt, aber nicht mit dem Betreuer. Für den Fall konnte Dr. Auerbach den Anwesenden die Sicherheit vermitteln, dass auch ein betreuter Patient innerhalb des Betreuungsbereiches, also hier der Gesundheitssorge, eigene Entscheidungen treffen darf. Kann der Patient trotz seiner Behinderung den Erklärungen des Zahnarztes folgen

Auf reges Interesse stieß die Fortbildung des Arbeitskreises Behindertenbehandlung am 11. Mai

und die Behandlung verstehen, so ist er einwilligungsfähig. Der Zahnarzt hat die Befugnis, zu entscheiden, ob er das ist oder nicht.

Ob ein Patient gegen seinen Willen zwangsbehandelt werden kann, wenn eine zahnärztliche Behandlungsnotwendigkeit vorliegt, ist rechtlich ebenfalls ganz klar geregelt: Nur dann, wenn ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt. Eine medizinische Behandlungsnotwendigkeit rechtfertigt keine Behandlung unter Zwang. Auch der Betreuer darf die Entscheidung des Betreuten nicht einfach korrigieren, wenn er die Behandlung für notwendig erachtet, der Betreute aber im Rahmen seiner Einwilligungsfreiheit die Behandlung ablehnt. In äußerst seltenen Ausnahmenfällen, zum Beispiel wenn durch eine zahnärztliche Behandlung in Narkose bei schwerwiegendsten Vorerkrankungen des betreuten Patienten eine Gefahr für dessen Leben entstehen kann, muss das Gericht eine Entscheidung über die Durchführung der Behandlung treffen.

Die Entscheidung zwischen Einwilligungsfähigkeit und Zwangsbehandlung ist oft eine Gratwanderung für den behandelnden Zahnarzt. Diese kann ihm niemand abnehmen, aber Dr. Auerbach konnte mit dieser Fortbildungsveranstaltung dazu beitragen, dass sie mit dem Wissen der rechtlichen Grundlagen wesentlich sicherer gefällt kann.

# Falten im Gesicht oder Hals für Zahnärzte tabu

[Klartext vom 4. Mai 2011] Das Verwaltungsgericht Münster hat mit Urteil vom 19. April 2011 (Az: 7 K 338/09) entschieden, dass Zahnärzte keine Faltenbehandlungen im Gesichts- oder Halsbereich durchführen dürfen. Das Unterspritzen solcher Falten sei von der zahnärztlichen Approbation nicht gedeckt. Die Klägerin des Verfahrens, eine Zahnärztin, hatte sich an die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe gewandt. Diese sollte ihr bestätigen, dass es ihr nicht verwehrt sei, unter anderem Hyaluronsäure bzw. Botolinumtoxin im Gesichts- und Halsbereich ihrer Patienten zu injizieren. Die Kammer konnte im Hinblick auf die Reichweite von § 1 Zahnheilkundegesetz nicht entsprechen.

Deshalb wurde das Verwaltungsgericht zur Entscheidung aufgefordert. Das Gericht betont, dass es sich bei der Faltenunterspritzung um erlaubnispflichtige Heilkunde handele, die nicht durch Zahnärzte erbracht werden dürfe. Eine zahnärztliche Approbation reiche hierfür nicht aus. Sie berechtige nach § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz zur Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Damit werde der dem Zahnarzt eröffnete Behandlungsbereich räumlich abgegrenzt. Die Lippe stelle die äußere Grenze des Mundbereichs dar.

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) verabschiedete in seiner Sitzung am 13. April 2011 einstimmig folgende Stellungnahme: „Bei der Augmentation der Lippen und/oder perioraler Falten handelt es sich um kosmetische Eingriffe, die ärztliches, diagnostisches Fachwissen erfordern, um einer Gesundheitsgefährdung durch den Eingriff vorzubeugen. Die Eingriffe sind daher als Heilkunde anzusehen. Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich-wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Der von der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde umfasste Bereich erfasst das zum Mund gehörende Gewebe, das heißt den Mundinnenraum, begrenzt durch das Lippenrot. Die Lippenunterspritzung ist deshalb vom Begriff der Zahnheilkunde umfasst und darf von Zahnärzten ausgeführt werden. Die Behandlung der Gesichtsoberfläche, insbesondere der perioralen Falten oder der Naso-Labial-Falten gehört dagegen grundsätzlich nicht zu den der Zahnheilkunde zugewiesenen Körperbereichen.“

Das Urteil des Verwaltungsgerichts Münster bestätigt den BZÄK-Vorstand in seiner Entscheidungsfindung.

# Steuer bei privat genutztem Dienstwagen

**Die private Nutzung von Kraftfahrzeugen im Betriebsvermögen, sei es nun durch den oder die Firmeninhaber selbst oder deren Arbeitnehmer, wirft immer wieder Fragen zur steuerlichen Behandlung auf.**

*Autor:*
*Steuerberaterkammer Brandenburg*

Verwendet der Unternehmer ein betriebliches Kfz für private Fahrten, so liegt eine Nutzungsentnahme vor, die wie auch Sachentnahmen steuerlich zu erfassen ist. Befindet sich lediglich ein Fahrzeug im Betriebsvermögen und hat der Betriebsinhaber kein weiteres Fahrzeug privat angemeldet, so wird davon ausgegangen, dass der Firmenwagen auch für private Zwecke genutzt wird. Dürfen Arbeitnehmer den Firmenwagen auch für Privatfahrten nutzen, müssen sie den daraus gezogenen Nutzen als geldwerten Vorteil versteuern. Die Ermittlung des zu besteuernden Wertes kann in diesen Fällen auf unterschiedliche Weise erfolgen.

## Ein-Prozent-Methode

Die 1-Prozent-Regelung kann für solche Fahrzeuge in Anspruch genommen werden, die nachweislich zu mehr als 50 Prozent betrieblich genutzt werden. Hiernach werden für die Privatnutzung pauschal pro Kalendermonat ein Prozent des gültigen inländischen Listenpreises einschließlich Umsatzsteuer und zuzüglich der Kosten für eine Sonderausstattung zum Zeitpunkt der Erstzulassung als Berechnungsbasis veranschlagt. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Wagen aus Zweit- oder Dritthand gekauft, geleast oder sonst wie günstig erworben wurde. Der Listenpreis ist ein fiktiver Wert, der in den meisten Fällen über dem tatsächlichen Kaufpreis liegen dürfte. An einem vereinfachten Beispiel lassen sich die steuerlichen Konsequenzen verdeutlichen: A hat einen zum notwendigen Betriebsvermögen zählenden Gebrauchtwagen für 20.000 Euro gekauft. Der inländische Listenpreis einschließlich Sonderausstattungen belief sich im Zeitpunkt der Erstzulassung auf etwa 32.000 Euro. Somit muss A als Privatentnahme ein Prozent von 32.000, also 320 Euro pro Monat bzw. 3.840 Euro jährlich, als privaten Nutzungsanteil versteuern und kann sich nicht etwa an dem konkreten Erwerbspreis orientieren. Für Fahrten zwischen Wohnung und Betriebsstätte sind in aller Regel zusätzlich 0,03 Prozent des Listenpreises pro Monat anzusetzen.

Beratung durch einen Steuerberater kann sich lohnen

## Alternative Fahrtenbuch

Anstelle der so genannten 1-Prozent-Regelung kann der Betriebsinhaber oder Arbeitnehmer auch die konkret auf die privaten Fahrten entfallenden Kosten als Bemessungsgrundlage für den Privatnutzen heranziehen, wenn er durch ein Fahrtenbuch lückenlos nachweist, welche Fahrleistung jeweils im Kalenderjahr auf die betriebliche und private Nutzung entfällt. Dies gilt auch dann, wenn mehrere Fahrzeuge privat genutzt werden, aber dann sind auch für jedes Fahrzeug die entsprechenden Nachweise zu führen. In einem Fahrtenbuch sind zeitnah während des ganzen Jahres genaue Angaben zu machen zum Datum, zum Kilometerstand, den gefahrenen Kilometern, dem Zweck und Ziel der Reise, um hier nur einiges zu nennen. Wird das Fahrtenbuch als nicht ordnungsgemäß geführt vom Finanzamt verworfen, greift automatisch die 1-Prozent-Regelung.

Neben der grundsätzlichen Entscheidung für die 1-Prozent-Regelung oder die Führung eines Fahrtenbuches gibt es einige gesetzliche Neuregelungen und aktuelle Entscheidungen des Bundesfinanzhofes, die bei der Besteuerung von privat genutzten Dienstwagen zu beachten sind:

## Neue Lohnsteuerrichtlinien bei Unfallkosten

Mit Beginn des Jahres 2011 wurde durch die neuen Lohnsteuerrichtlinien u.a. die finanzielle Behandlung von Unfällen mit privat genutzten Firmenwagen neu geregelt. Demnach sind privat verursachte Unfallkosten mit einem Firmenwagen nicht mehr automatisch mit der 1-Prozent-Regelung bzw. dem Führen eines Fahrtenbuches abgegolten. Die Übernahme der Unfallkosten durch den Arbeitgeber ist ab einer bestimmten Größenordnung als geldwerter Vorteil einzuordnen und somit sowohl lohnsteuer- als auch sozialversicherungspflichtig. Allerdings ist der Fiskus bereit, in Abhängigkeit von der Schadenshöhe ein Auge zuzudrücken. Dies gilt in aller Regel dann, wenn die privaten Unfallkosten einen Betrag von 1.000 Euro für den Einzelfall nicht überschreiten. Zahlungen Dritter, also etwa der Versicherung, können vorher in Abzug gebracht werden. Anders verhält es sich - vereinfacht dargestellt - bei betrieblich veranlassten Fahrten. Die Übernahme der Unfallkosten durch den Arbeitgeber stellt hier nur dann einen geldwerten Vorteil dar, wenn etwa Trunkenheit am Steuer der Unfallauslöser war. Bei Fremdverschulden oder höherer Gewalt ist ein geldwerter Vorteil in aller Regel nicht anzunehmen.

## Sonderfall Nachrüstung

Wie Ende 2010 in einem Fall vom Bundesfinanzhof entschieden wurde (VI R 12/09), hat im Gegensatz zur Anrechnung der Sonderausstattung, die sich bei der Erstzulassung im Fahrzeug befindet, eine nachträgliche Veränderung keine steuerlichen Konsequenzen. Konkret ging es darum, dass das Finanzamt die Kosten für eine nachträgliche Umrüstung geleaster Fahrzeuge, die den Mitarbeitern auch privat zur Verfügung standen, in die Berechnung der 1-Prozent-Pauschale einbeziehen wollte. Dieses Begehren wurde letztlich vom Bundesfinanzhof abgewiesen, da der Gesetzgeber „mit der Anknüpfung der Bemessungsgrundlage an den Zeitpunkt der Erstzulassung statt an die tatsächlichen Anschaffungskosten ... nachträgliche Wertveränderungen ... von der Bemessungsgrundlage der 1-Prozent-Regelung“ ausgenommen habe.

## Fazit

Hier können nur einige Aspekte des komplexen Bereiches privater Nutzung von betrieblichen Fahrzeugen grob skizziert werden. Hinzu kommen u.a. Sonderregelungen für bestimmte Berufsgruppen oder Behinderte. Deshalb empfiehlt es sich, die jeweiligen finanziellen Auswirkungen mit Hilfe eines Steuerberaters oder einer Steuerberaterin zu prüfen.

Die Steuerberaterkammer Brandenburg hat einen Steuerberater-Suchdienst ins Leben gerufen. Im Internet kann man den passenden Steuerberater finden: www.stbk-Brandenburg.de

# RA Harmut Kilger neuer ABV-Vorsitzender

**Die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) hat am 30. April während ihrer Mitgliederversammlung einen neuen Vorsitzenden gewählt – bisheriger Vorsitzender wurde mit zwei hohen Auszeichnungen geehrt.**

Kontakt:
Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V.
Luisenstraße 17
10117 Berlin
Tel. 030/ 800 93 100
www.abv.de

Rechtsanwalt Hartmut Kilger (Tübingen) wurde von der 33. Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) in Berlin zum neuen Vorsitzenden des Vorstandes gewählt. Der bisherige Vorsitzende, RA Dr. Ulrich Kirchhoff (Celle), war am 12. März 2011 aus gesundheitlichen Gründen von seinem Amt zurückgetreten. Stellvertretende Vorsitzende der ABV bleiben der Apotheker Karl-August Beck (Fürth) und der Zahnarzt Dr. med. dent. Helke Stoll (Eilenburg). Die ABV vertritt die Interessen von 89 berufsständischen Versorgungswerken für die Angehörigen der verkammerten Freien Berufe: Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigte, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer, Zahnärzte sowie Ingenieure und Psychotherapeuten.

Das Ausscheiden Kirchhoffs aus dem Vorstand der ABV machte zudem die Nachwahl eines Vorstandsmitglieds für den Berufsstand der Rechtsanwälte notwendig. Die Mitgliederversammlung wählte den Präsidenten des Versorgungswerkes der Rechtsanwälte im Lande Nordrhein-Westfalen, Lothar Lindenau. Die Amtsperiode des ansonsten unveränderten Vorstandes endet 2012. Der Vorstand der ABV setzt sich aus vier Ärzten, zwei Zahnärzten, einem Tierarzt, zwei Apothekern, zwei Architekten, zwei Rechtsanwälten, einem Notar, einem Steuerberater und einem Wirtschaftsprüfer zusammen.

## Verdienstkreuz für Dr. Kirchhoff

Während der Mitgliederversammlung wurde der ehemalige ABV-Vorsitzende Dr. Ulrich Kirchhoff mit der Ehrenschale der ABV ausgezeichnet. Zuvor zeichnete der Bundespräsident Dr. Kirchhoff für seine herausragenden Dienste um die berufsständische Versorgung der verkammerten Freien Berufe und die ABV mit dem Verdienstkreuz am Band des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland aus. Die Auszeichnung erhielt Dr. Kirchhoff aus den Händen der Staatssekretärs im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Andreas Storm. Er betonte in seiner Ansprache, Dr. Kirchhoff habe mit Beharrlichkeit und Geschick die Interessen der freiberuflichen Versorgungswerke in den vergangenen zehn Jahren als Vorsitzender vertreten.

Foto links: Dr. Ulrich Kirchhoff (li) wird mit dem Verdienstkreuz am Band des Verdienstordens der BRD ausgezeichnet.

Foto rechts: Der neue ABV-Vorsitzende, RA Hartmut Kilger.

# Gesunde Zähne haben gut lachen!

## Am 19. und 20. Mai fand in Potsdam die diesjährige Arbeitstagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) und der Geschäftsführer/-innen der Landesarbeitsgemeinschaften für Kinder- und Jugendzahnpflege statt.

*Autoren: Dr. Gudrun Rojas, Brandenburg/H. | Bettina Bels, Potsdam*

Der Einladung des Büros der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg folgten 18 Vertreter aus 14 Bundesländern. Die Teilnehmer wurden von Dr. Ulrich Widders, Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg, und Dipl.-Stom. Bettina Suchan, Vorstandsmitglied der Landeszahnärztekammer Brandenburg und Mitglied im Beirat für Zahngesundheit, begrüßt.

### Neue Internetseite für Prophylaxe

Dr. Ulrich Widders erläuterte, wie die im § 21 SGB V verankerte Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg umgesetzt wird und stellte eine neue Internetseite vor. Um die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste und ihrer Partner transparenter zu machen, wird ab sofort unter: www.brandenburger-kinderzaehne.de zielgruppenspezifisch zu verschiedenen Themen der Zahn- und Mundgesundheit der Kinder informiert und über die gruppenprophylaktischen Aktivitäten im Land Brandenburg berichtet. Die Homepage bietet Informationen zu den Prophylaxemaßnahmen, Ansprechpartnern, Tipps und Tricks zur Zahnpflege und vieles mehr.

### Zentrales Thema: Kleinkinder

Einen Schwerpunkt der Arbeitstagung bildete der Austausch zu Herangehensweisen der Gruppenprophylaxe für die unter 3-Jährigen. Die Zugangswege, um die Jüngsten zu erreichen, sind sehr unterschiedlich und gelingen unter anderem über Kitas, Krabbelgruppen, Eltern-Kind-Zentren und Medienkampagnen. Eltern und Multiplikatoren einzubinden, ist gerade in dieser Altersgruppe wichtig, wie in der Diskussion zum Ausdruck kam und die unterschiedlichen Materialien aus den Ländern zeigten. Der von der LZÄKB herausgegebene, landesweit eingesetzte Zahnärztliche Prophylaxe-Pass „Mutter & Kind“ ist dafür ein Beispiel. Er wird über die gynäkologischen Praxen zusammen mit dem Mutterpass ausgegeben und begleitet Mutter und Kind bis zum 2. Geburtstag. Danach bekommen die Kinder den Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass für Vorschulkinder. Das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ aus Frankfurt (Oder), ein Ernährungs- und Aufklärungsprogramm für Erzieher und Eltern, zeigt, dass damit die Zähne der Jüngsten gesund erhalten werden können.

Dr. Gudrun Rojas ist Mitglied des Beirates für Zahngesundheit, Bettina Bels ist Koordinatorin des Büros für zahnärztliche Gruppenprophylaxe des Landes Brandenburg

Die Teilnehmer der DAJ-Arbeitstagung

Ein Beispiel für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind auch die Schulungen der Familienpaten in den Netzwerken Gesunde Kinder im Bereich Zahn- und Mundgesundheit. Dass von den 10.651 untersuchten zwei Jahre alten Kindern im Land Brandenburg bereits bei 644 Kindern Karies und bei 349 Kindern Initialkaries diagnostiziert wurde, hat überrascht. Derartige Informationen zusammenzustellen und öffentlich zu machen, ist daher ein Anliegen, dem sich die DAJ zukünftig widmen wird.

Die Weiterentwicklung der epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe (DAJ-Studie), die Maßnahmendokumentation, Fortbildungsplanung sowie Aspekte der Qualitätssicherung und Zusammenarbeit waren weitere Themen der Arbeitstagung. Am Ende konnten alle Teilnehmer neue fachliche Impulse für ihre Arbeit und schöne Eindrücke aus Potsdam mit nach Hause nehmen.

# Eberswalder aktiv für die Gesundheit

Erläuterungen am Modell: Dr. Bundschuh berät Ratsuchende

[ZBB] Kaum eine Gesundheitsmesse ist so gut besucht, wie die „Mensch & Gesundheit“ in Eberswalde, die dieses Jahr am 21. und 22. Mai stattfand. An beiden Messetagen strömten die Besucher in den Familiengarten - über 12.000 am Samstag und am Sonntag sogar noch mehr. Besser als an anderen Standorten verstehen es die Veranstalter, in einer Mischung aus Ausstellung und Aktion Angebote für die ganze Familie zu machen. Auch die moderaten Eintrittspreise von zwei Euro tragen dazu bei, dass die Messe von vielen Eberswaldern immer wieder als Beratungsangebot und geschätzte Freizeitbeschäftigung angenommen wird.

Die KZVLB ist seit fünf Jahren auf der Messe vertreten und es zeigt sich, dass diese Kontinuität Vertrauen schafft: Zunehmend gezielt und in Erwartung eines fachlichen Rates von Dr. Bundschuh steuern Besucher den Stand der KZVLB an. In oft sehr ausführlichen Gesprächen können unter Zuhilfenahme zahntechnischer Modelle die meisten Fragen und Probleme geklärt werden.

# In Potsdam diesmal zwei Schülergesundheitstage

Spielerisch konnte jede Altersstufe Gesundheitsthemen erarbeiten

[ZBB] Weil der Andrang der Potsdamer Schüler zum Schülergesundheitstag kaum noch zu bewältigen war, weitete das Zentrum Freizeit die Veranstaltung auf zwei Tage aus. So konnten Schülern der Grundschulen und der weiterführenden Schulen altersentsprechende Workshops und Aktionen angeboten werden. Weil viele Potsdamer Gesundheitseinrichtungen mitmachen, waren die Themen breit gefächert. Es ging um Alkohol und Drogen, Diabetes, Zahngesundheit, Wellness, die Sinne, aber auch um Krankheit und Tod. Ob beim Vorlesen , in Gesprächsrunden, beim Theaterspielen oder Mitmach-Aktionen und Quiz konnte jeder Schüler ein passendes Angebot herausfinden.

Vor allem am ersten Tag ging es mit 650 Schülern der Klassen eins bis vier turbulent zu. Am Stand der KZVLB konnte ein Zahngesund-Quiz gelöst werden. Als Belohnung durften alle, die richtig geantwortet hatten, das Glücksrad drehen und kleine Preise in Empfang nehmen. Auch bei den Schülern ab Klasse 5 war der Gesundheitstag gefragt: 230 kamen am zweiten Tag an den Heiligen See.

Erfreulich, dass sich jährlich mehr Klassen zum Gesundheitstag anmelden. Um allen gerecht zu werden, wird gibt es im kommenden Jahr eine Drei-Tages-Veranstaltung.

# Es droht leider bald ein Fachkräftemangel

*Autor: Dr. Thomas Herzog*
*Vorstandsmitglied der LZÄKB*

Wenn man Fachkräfte drückt und quetscht, tut das denen weh und ist gefährlich. Kommt dabei gar „eine Fachkräftemangel“ zum Einsatz, wird das Unterfangen bedrohlich. Davor habe ich im vergangenen Zahnärzteblatt Brandenburg (Nr. 2/2011) auf Seite 37 ausdrücklich gewarnt:

„Droht bald eine Fachkräftemangel?“

So kann also ein Buchstabe den Sinn völlig verfälschen und ich habe trotz des ernsten Themas herzlich gelacht! Wenn also mit meinem Personal etwas nicht klappt, werde ich ihnen künftig mit der Mangel drohen ...

*Anmerkung der Redaktion: Wir entschuldigen uns natürlich für diesen Fehler.*

# Auf Bildungsmessen für Fachkräfte geworben

[ZBB] Die Landeszahnärztekammer Brandenburg hat sich auch in diesem Jahr auf Bildungsmessen im Land präsentiert, um für den spannenden und abwechslungsreichen Beruf der/des „Zahnmedizinschen Fachangestellten“ zu werben. So waren wir im Januar in Cottbus, im April in Potsdam sowie im Mai in Frankfurt (Oder) vertreten.

In Potsdam und Frankfurt (Oder) unterstützten uns erstmals Zahnärzte aus der Region, denen allesamt mal die Arbeit am Stand – statt am Behandlungsstuhl – viel Spaß bereitete. Außerdem gefiel vor allen Dingen den jungen Besuchern die neue Ausstattung unseres Messestandes. Es ist sicher nicht in Zahlen auszudrücken, inwieweit die Messebeteiligung für einen Anstieg der Ausbildungszahlen sorgen wird. Aber zumindest hatten Schüler, Eltern und Lehrer die Möglichkeit, mit diesem Angebot Einblick in einen qualifizierten Beruf in der Zahnarztpraxis zu erhalten.

Im Internet können Sie sich unter www.lzkb.de einerseits über die nächsten Termine der Bildungsmessen 2012 informieren. Andererseits gibt es zahlreiche Fotos von vorangegangenen Messen zu sehen.

Darüber hinaus nutzen Sie bei Ihrer Suche nach künftigen Auszubildenden auch die Stellenbörse – sie wird gut frequentiert!

Fotos von der Messe in Frankfurt (Oder) (links, Mitte) und Potsdam. Vielen Dank allen beteiligten Zahnärzten: ZÄ Beate Ermlich-Pocher (2.v.l.), Dipl.-Stom. Angela Fuhrmann (2.v.r.) sowie Dr. Torsten Kastner.

# Wir trauern um unsere Kollegen

**Dr. med. dent. Heinz Reski**
aus Dahlewitz
geboren am 12. Januar 1921
verstorben im März 2011

**Zahnarzt Hans-Joachim Wehlte**
aus Potsdam
geboren am 13. April 1936
verstorben im Mai 2011

# Gewinnen Sie mit „Farbe“

## Aus Anlass des diesjährigen Deutschen Zahnärztetages am 11. und 12. November in Frankfurt a. Main ruft die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) als Mitveranstalter wieder zu einem Fotowettbewerb auf.

*Autor: Dr. Wolfgang Bengel*
*Vizepräsident der DGZMK*

Farben finden sich überall – wo finden Sie „Ihre“ Farbe? Informationen zum Deutschen Zahnärztetag gibt es über: www.dtzt.de

Farbe beeinflusst unser Leben wie kaum ein anderer Sinneseindruck. Wir werden von Farben emotional angesprochen, vom dunklen Blau des Himmels im Gebirge ebenso wie vom Rot des Sonnenuntergangs. Manche Farben regen an, andere beruhigen. Farben werden verwendet, unser Aussehen zu verbessern und unser Verhalten zu beeinflussen. Für den Zahnarzt ist es eine Herausforderung, die richtige Farbe seiner Restaurationen zu finden.

Farbe steht daher im Mittelpunkt des diesjährigen Fotowettbewerbs der DGZMK. Nach dem großen Erfolg in den Vorjahren wird für den Deutschen Zahnärztetag 2011 wieder ein Fotowettbewerb ausgeschrieben. Teilnehmen kann jeder.

Eingereicht werden sollten eine bis maximal drei Abbildungen im Format 30 x 40 cm sowie zusätzlich die Bilddatei in einer Größe von ca. 1024 x 768 Pixeln. Ausdruck und Datei sind bitte an das Büro der DGZMK in Düsseldorf zu senden: dgzmk@dgzmk.de; Liesegangstr. 17 a, 40211 Düsseldorf.

Wie auch in den Vorjahren stehen wertvolle Sachpreise zur Verfügung. Eine Jury wird die Siegerbilder ermitteln. Einsendeschluss ist der 15. Oktober 2011.

### „Farbe“ nicht auf Zahnfarbe begrenzt

Der diesjährige Fotowettbewerb steht unter dem Thema „Farbe“, wobei der Bildinhalt natürlich nicht auf die Zahnfarbe begrenzt ist. Nehmen Sie teil und zeigen Sie mit Ihren schönsten Bildern die Farbigkeit unseres Lebens!

Vergeht auch
Jahr und Jahr,
eines ist ganz klar:
Das Leben muss man
stets genießen,
keine Stunde darf
ohne Freud
verfließen!

(Verfasser unbekannt)

# Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag

... und wünschen allen Zahnärztinnen und Zahnärzten, die in den Monaten Juli und August ihren Ehrentag feiern, beste Gesundheit, schöne Momente im Leben sowie vergnügliche Stunden mit Familie und guten Freunden. Alles Gute insbesondere ... *

## im Monat Juli

*zum 89. am 11. Juli*
MR Hans-Georg Neumann
aus Burg (Spreewald)

*zum 89. am 21. Juli*
ZÄ Margarete Maaßen-
Kühner aus Kleinmachnow

*zum 88. am 8. Juli*
MR Dr. med. dent. Egon
Grieser aus Schöneiche

*zum 88. am 17. Juli*
ZÄ Helga Rademacher
aus Stahnsdorf

*zum 88. am 27. Juli*
Dr. med. dent. Barbara
Händel aus Frankfurt (Oder)

*zum 85. am 28. Juli*
SR Dr. med. dent. Ingeborg
Renner aus Eberswalde

*zum 84. am 29. Juli*
Dr. med. Egon Richter
aus Zehdenick

*zum 83. am 3. Juli*
ZA Paul Sandner aus Cottbus

*zum 81. am 14. Juli*
Dr. med. dent. Horst Henkel
aus Spremberg

*zum 80. am 25. Juli*
Dr. med. dent. Gisela Huhle
aus Templin

*zum 70. am 1. Juli*
ZA Bernd Steinbrücker
aus Oderberg

*zum 70. am 4. Juli*
ZÄ Hannelore Franze
aus Potsdam

*zum 70. am 7. Juli*
Dr. med. dent. Bernd Hunger
aus Lauchhammer

*zum 70. am 11. Juli*
Dr. med. dent. Lieselotte
Niehoff aus Karstädt

*zum 70. am 15. Juli*
ZÄ Gisela Starck
aus Kleinmachnow

*zum 65. am 14. Juli*
Dipl.-Med. Angela Kirchner
aus Cottbus

*zum 65. am 16. Juli*
Dipl.-Med. Elke Kaufmann
aus Vetschau

*zum 65. am 21. Juli*
ZÄ Edith Worbs
aus Wittenberge

## im Monat August

*zum 101. am 30. August*
Dr. med. dent. Erich Künzer
aus Brandenburg a.d.H.

*zum 98. am 5. August*
ZA Kurt Peschky
aus Zepernick

*zum 89. am 4. August*
Dr. med. Ilse Buckentin
aus Dolgenbroth

*zum 89. am 22. August*
Dr. med. dent. Gerhard Koch
aus Zeuthen

*zum 86. am 22. August*
Dr. med. dent. Joachim Bär-
wald aus Spremberg

*zum 84. am 28. August*
Dr. med. dent. Eberhard
Schneider aus Ludwigsfelde

*zum 83. am 13. August*
OMR Dr. med. dent. Richard
Faupel aus Mahlow

*zum 81. am 18. August*
Dr. med. dent. Anneliese
Hoffmann aus Prenzlau

*zum 81. am 20. August*
MR Dr. med. dent. Gertraude
Schreinert aus Eberswalde

*zum 81. am 25. August*
ZÄ Elli Riemer
aus Wusterwitz

*zum 80. am 2. August*
Dr. med. dent. Richard
Richter aus Cottbus

*zum 75. am 19. August*
Dr. med. dent. Klaus Köning
aus Oranienburg

*zum 75. am 25. August*
ZÄ Ingeborg Meier
aus Frankfurt (Oder)

*zum 70. am 13. August*
Dr. med. Mareile Vinzelberg
aus Brandenburg a.d.H.

*zum 70. am 20. August*
ZÄ Ingrid Stegmann
aus Golm

*zum 65. am 18. August*
Dr. med. Claudia Dalicho
aus Brandenburg a.d.H.

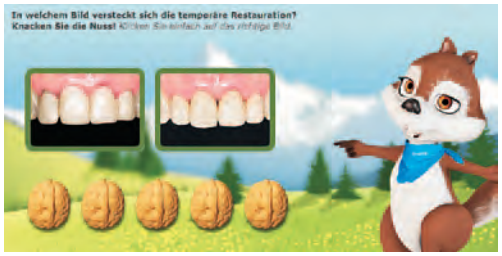
*zum 65. am 31. August*
Dr. med. Ernst Landeck
aus Mahlow ⛔

* Zahnärzte, die keine Gratulation wünschen, wenden sich bitte mindestens zehn Wochen vorher an: Jana Zadow, LZÄKB, Tel. 03 55 381 48-15.

## Straumann Implantate mit lebenslanger Garantie

Auf der IDS wurde es bereits angekündigt: Straumann hat seine Garantiezeiten neu gestaltet. Dies gilt für Produkte, die seit dem 1. März 2011 gekauft wurden. Straumann gibt auf Sekundärteile sowie auf zahn- und implantatgetragene Restaurationen aus Keramik bis zu fünf, aus Metall bis zu zehn Jahre und auf Implantate eine lebenslange Garantie. Somit sind jetzt auch Cares-Sekundärteile und CAD/CAM-gefertigte Kronen und Brückengerüste aus Keramik oder Metall abgedeckt. Mit dieser Neuerung wird der schnelle und reibungslose Ersatz aller System-Komponenten gewährleistet. Bedingung für eine Leistungsübernahme sei unter anderem eine sterile und gekennzeichnete Rücksendung innerhalb von drei Monaten nach dem Vorfall. Weitere Informationen über: Straumann GmbH, www.straumann.de oder Tel. 0761 4 50 10.

## Täuschend echt – und doch „nur“ ein Provisorium?




Noch bis zum 30. Juni 2011 haben Zahnärzte und ihre Praxisteams Gelegenheit, bei der Teilnahme an einem Online Quiz von 3M ESPE ihr visuelles Talent unter Beweis zu stellen. Es gilt, mit Protemp 4 Temporäres Kronen- und Brückenmaterial hergestellte Provisorien auf Fotos zu identifizieren – keine leichte Aufgabe, denn sie unterschieden sich kaum von natürlichen Zähnen. Diejenigen, welche die harte Nuss knacken und fünf Mal in Folge das richtige Foto auswählen, nehmen an einer Verlosung teil. Protemp 4 Temporäres Kronen- und Brückenmaterial von 3M ESPE ist ein BIS-Acrylat-Composite mit einer innovativen Monomermatrix und Füllkörpern, die auf neuester Nanotechnologie basieren. Das Produkt bietet eine hohe Festigkeit und einfache Handhabung. Dank ausgezeichneter mechanischer Eigenschaften ist es nicht nur für die Herstellung von provisorischen Kronen, Brücken, Inlays und Onlays, sondern auch für Langzeitprovisorien geeignet. Die Restaurationen weisen eine hervorragende Polierbarkeit und Glanzbeständigkeit auf. Mehr Informationen über das Quiz und das Material: www.3MESPE.de.

## Erfolg ist kein Zufall, sondern ein Ergebnis

In einer bundesweiten Seminarreihe „Praxisorganisation und Kommunikation“ stehen insbesondere weiche Themen im Vordergrund. ADVISA Aachen, Mitglied im ADVISION Steuerberaterverbund, vermittelt Personalführungsthemen und anderes zur Praxisorganisation in dem Seminar „Wie werde ich der perfekte Chef?“. Die Bedeutung der so wichtigen Qualitätskriterien „Praxisorganisation und Kommunikation“ wird oft unterschätzt. Ärzte müssen aber diese sogenannten weichen Themen genauso professionell angehen wie ihr Fachgebiet. Wer das beherrscht, ist auf dem Weg zum Erfolg.

„Wer das negiert, verliert,“ so Marc Müller (Foto), Geschäftsführer der ADVISION Steuerberatungsgesellschaft mbH. „Wir verstehen uns als Helfer und Partner des Arztes. So kamen wir auf die Idee, diese Themenreihe ins Leben zu rufen“, so Müller weiter. „Mit der Kock & Voeste GmbH arbeiten wir bereits seit vielen Jahren sehr vertrauensvoll zusammen. Da fiel uns die Wahl von Stephan Kock als Referenten leicht“. Der erfahrene Supervisor, Coach und Praxisberater widmet sich seit vielen Jahren mit Leidenschaft dem Thema Existenzsicherung für Heilberufler.

Das praxisorientierte Training für Ärzte und Zahnärzte vermittelt den Teilnehmern die Wege zur erfolgreichen Personalführung. Das nächste Seminar in unmittelbarer Nähe findet am 29. Juni in Cottbus statt. Stephan Kock bietet bei dieser bundesweiten Wirtschaftsseminarreihe der ADVISION insgesamt vier Hauptmodule zur Auswahl an: Verkaufen „Schweigen ist Silber, reden ist Gold! Das bedarfsorientierte Patientengespräch“, Motivation „Wie werde ich der perfekter Chef?“, Zeitmanagement „Keep it simple – Ideen zur Arbeitsorganisation und Zeitmanagement“ und „Bewerbungstraining für angestellte Ärzte Joblift –Ideen für Ihre Bewerbung“.

Weitere Informationen unter: www.advision.de oder www.kockundvoeste.de.

# SIE HABEN FORMAT

## UND WIR HABEN DIE GRÖSSE, DIE ZU IHNEN PASST!

im Zahnärzteblatt Brandenburg

**Kleinanzeigenteil**
Mindestgröße: 43 mm Breite x 30 mm Höhe

| | |
|---|---|
| Private Gelegenheitsanzeigen: | je mm 1,20 € |
| Stellenangebote: | je mm 1,20 € |
| Stellengesuche: | je mm 1,00 € |
| Chiffregebühr: | 5,50 € |

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

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

| | |
|---|---|
| Stellengesuche | 60,– € |
| Stellenangebote | 72,– € |
| Private Gelegenheitsanzeigen (Format: 90 mm breit x 32 mm hoch) | 72,– € |

**Geschäftsanzeigen**

| | |
|---|---|
| 1/1 Seite (185 x 270 mm) | 1.268,– € |
| Farbzuschlag | 1.142,– € |
| 1/2 Seite (90 x 270 mm/185 x 132,5 mm) | 698,– € |
| Farbzuschlag | 629,– € |
| 1/3 Seite (185 x 87 mm) | 475,– € |
| Farbzuschlag | 427,– € |
| 1/4 Seite (90 x 132,5 mm) | 384,– € |
| Farbzuschlag | 346,– € |
| 1/8 Seite (90 x 64 mm) | 212,– € |
| Farbzuschlag | 190,50 € |

Anzeigenschluss: am 20. des Vormonats

**Anzeigen:**
Samira Rummler
Telefon 030 - 761 80-663
Fax: 030 - 761 80 693
rummler@quintessenz.de


# Zahnärzteblatt Brandenburg


### HERAUSGEBER:

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

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

### FÜR DIE KZVLB REDAKTION:

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

### FÜR DIE LZÄKB REDAKTION:

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

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

### REDAKTIONSBEIRAT:

KZV LB: Dr. Eberhard Steglich, Dipl.-Stom. Sven Albrecht, Raimar Köster, Dr. Loretta Geserich
LZÄKB: Dipl. -Stom. Jürgen Herbert, Dipl.-Stom. Bettina Suchan

### HINWEIS DER REDAKTION:

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

### FOTOS UND ILLUSTRATIONEN:

ABV, Sabine Berg, Bundessteuerberaterkammer, Sandra Bohm, DGZMK, Gerd Eisentraut, Sabine Fiedler, fotolia RDB, Christina Pöschel, pro Dente, Foto Winzer, Jana Zadow



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



### VERLAG, ANZEIGENVERWALTUNG UND VERTRIEB:

Quintessenz Verlags-GmbH, Komturstraße 18, 12099 Berlin
Telefon: 030 76180-5, Telefax: 030 76180-693
Internet: http://www.quintessenz.de
E-Mail: info@quintessenz.de
Konto: Commerzbank, Konto-Nr. 180215600, BLZ 100 400 00.
Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 14/2011 gültig
Geschäftsleitung: Horst-Wolfgang Haase/Alexander Ammann
Verlagsleitung: Johannes W. Wolters
Herstellung: Thomas Pricker
Vertrieb: Angela Köthe
Anzeigen: Samira Rummler

### DRUCK UND WEITERVERARBEITUNG:

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

### ISSN 0945- 9782

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