Zahnärzteblatt BRANDENBURG

OFFIZIELLES MITTEILUNGSBLATT FÜR DIE ZAHNÄRZTE IM LAND BRANDENBURG

Neue Angebote

Internetseiten der LZÄKB mit neuer Ansicht und erweitertem Spektrum S. 7

Grundsätzliches

Einvernehmliche Sitzung zur Ermittlung des durchschnittlichen Punktwertes S. 8

Gebührenrecht

Antworten zu Aufbaufüllungen und weiteren Fragen der GOZ 2012 S. 32

Parodontologie

– das Schwerpunktthema in dieser Ausgabe S. 19

Ausgabe 4 August 2012

Nachhaltig transparent

Autor: Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender der KZVLB

Es gibt seit einiger Zeit eine neue Verbalkeule: nachhaltig und transparent. Diese Vokabeln müssen praktisch in jedem Statement und jeder Rede vorkommen, sonst ist man konservativ oder zuweilen sogar reaktionär. Wir waren es gewohnt, dass Reden und Handeln zweierlei Dinge sind und meinten, dass dies überwunden ist. Leider ist diese Gesellschaft in einen Schnellzug eingestiegen und glaubt, dass sie das Steuerrad sicher in den Händen hält. Doch es verfestigt sich immer mehr der Eindruck, dass die Menschen Marionetten an den Strippen wirtschaftlicher Interessengruppen sind. Frei nach dem Motto: Koste es was es wolle, Hauptsache, ich verdiene!

Worum es geht?

Unendliche Geschichte

Fortsetzung elektronische Gesundheitskarte. Natürlich hat keiner daran geglaubt, dass es das war und keine Weiterentwicklung stattfinden würde. Doch hier hat man für den Bürger und auch für den praktizierenden Arzt die Transparenz schlichtweg vergessen und die Nachhaltigkeit findet nicht statt. Es ist schon beängstigend, wie wir mit sensiblen Daten umgehen und den Bürger für dumm verkaufen. Für einen angeblichen Nutzen verlangen wir die Aufgabe von Selbstbestimmung und Persönlichkeitsschutz. Wenn wir uns an die Entwicklung von „Toll collect“ erinnern, ist das, was sich heute mit den Gesundheitsdaten aller Bürger abspielt, ein erneuter Versuch hin zum Überwachungsstaat. Nur die Kosten sind diesmal noch höher und per Gesetz zum Selbstbedienungsladen verkommen.

Auch Sie sind betroffen

Gerade haben Sie erst ein neues Lesegerät angeschafft und haben die Praxissoftware dem angepasst. Da kommt der Roll out um die

Dr. Eberhard Steglich

Ecke und führt zu erheblichen neuen Anforderungen. Auch wenn Brandenburg nicht zum Testgebiet gehört, so sind Sie, falls ein Patient aus einem dieser Gebiete bei Ihnen auftaucht, dennoch sofort davon betroffen. Das Kartenlesegerät kann zwar physikalisch weiter genutzt werden, es benötigt aber ein Update. Und Sie benötigen vermutlich einen Online-Zugang für den Patientenstammdatenabgleich.

Natürlich gibt es auch Ersatzverfahren und Ausweichmöglichkeiten. Doch warum ist es nicht möglich, in einem kleinen Testgebiet einen autarken Feldversuch zu starten, der die Versorgung der Patienten nicht behindert und die Kosten nicht ins Uferlose abgleiten lässt. Konjunkturprogramme für die IT-Industrie kann man auch in anderen Wirtschaftszweigen durchführen, hierzu ist der Bereich der Gesundheit mehr als ungeeignet. Da hilft es auch nicht, dass wir noch ein paar Jahre Zeit haben, denn die sind allzu schnell vergangen.

Seite 19 – Schwerpunktthema „Parodontologie“
Die Vorbereitungen für den 22. Brandenburgischen Zahnärztetag sind im vollem Gange. Passend zum Thema beschäftigen sich in dieser Ausgabe eine brandenburgische Zahnärztin und ein Zahnarzt aus Mecklenburg-Vorpommern unter verschiedenen Aspekten mit der Parodontologie. Während Kerstin Olesch-Graupner aus ihren Erfahrungen als KZV-Gutachterin resümiert, stellt Dr. Ronald Möbius M.Sc. einen neuen Denkansatz zur tetracylinunterstützten Parodontaltherapie vor.

Seite 6 – Der Präventionsausschuss der LZÄKB konstituierte sich für die laufende Legislaturperiode

Seite 10 – Die Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung der KZVLB zur Analogsedierung und ITN

Die Seite 3
NACHHALTIG transparent 3

Berufspolitik
IDEEN sammeln, Konzepte erarbeiten 6
NEUES Aussehen und erweiterte Angebote 7
GRUNDSTEIN für Vertragsverhandlungen gelegt 8
NEUES aus der AG Wirtschaftlichkeitsprüfung 10

Praxis
DAMPFSTERILISATOR und dessen Validierung 12

Praxismitarbeiter
NACH Prophylaxe-Pässen bitte immer fragen 14
PRÜFUNGSTERMINE für den Zeitraum 2012/2013 15
MIT Faltblättern in den Praxen für den Beruf werben 15

Fortbildung
WIRKSAMKEIT von Adhäsivsystemen verbessern 16
PFAFF: Termine für DH-Seminar und Prophylaxetag 18
ZAHNÄRZTETAG bietet aktuelle Parodontologie 19
INFEKTIONSKRANKHEIT Parodontitis 20
PARODONTALER Knochenabbau, Teil 1 22
INFEKTIONSKRANKHEITEN | Impfschutz | Krankenhaushygiene 25

Amtliche Mitteilungen der LZÄKB
ÄNDERUNG der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin 27

Seite 14 – Zahnärztliche Prophylaxe-Pässe helfen dabei, die Zahngesundheit der Jüngsten zu erhalten

Seite 47 – Das zehnte brandenburgische Motorradtreffen führte in den Harz

Seite 41 – Ein Prophylaxeshop bindet Patienten, birgt aber steuerrechtlich einige Fallstricke für die Zahnarztpraxis

Seite 50 – Um die 300 Kinder beteiligten sich beim 14. Bambini-Lauf der Zahnarztpraxis Dr. Benno Damm

Privates Gebührenrecht

AUFBAUFÜLLUNG und Analogleistung berechnen 32
DIE GOZ 2012 im Detail – Teil 2 34

Abrechnung

FRAGEN und Antworten zur Abrechnung 36

Recht & Steuern

GESETZLICH und privat nicht kombinierbar 38
CHECKLISTE für einen Prophylaxeshop 41
FEHLERHAFTER Zahnersatz – wer haftet? 42

Aktuelles

VERSORGUNGSWERK für die Zukunft gut aufgestellt 44
MITARBEITER der Körperschaften stellen sich vor: Sekretariat und Empfang der LZÄKB 46
ZUM 10. Motorradtreffen den Harz erkundet 47
KIEFERORTHOPÄDIE und Porzellan 48
DAS war schon der 14. Bambini-Lauf! 50

Termine

WIR gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag 51
WIR trauern um unsere Kolleginnen 52
EINLADUNG zum 21. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern 52

Inhaltsverzeichnis Jahrgang 22/2011 29
ZahnRat-Faxformular für Nachbestellungen 31
Impressum | Verlagsseite 53

Ideen sammeln, Konzepte erarbeiten

Während der konstituierenden Kammerversammlung im März wurden unter anderem die Mitglieder für den Präventionsausschusses gewählt. Statt drei sind es jetzt sechs Mitglieder – dem erhöhten Arbeitsaufwand in Sachen Prävention angemessen.

Autorin: Jana Zadow-Dorr, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit LZÄKB

Die Facetten im Bereich der Prävention sind breit gefächert: Angefangen bei den Schwangeren ziehen sich notwendige Maßnahmen durch alle Altersklassen. Damit verbunden gilt es, bewährte Aktionen auf den Prüfstand zu stellen, eventuell auszubauen sowie Ideen für weitere Konzepte zu sammeln und ausgewählte – im Land Brandenburg machbare – Aktionen zu starten. Über diese Aufgaben verständigten sich die Mitglieder des Präventionsausschusses Anfang Juni in ihrer ersten Sitzung.

Prophylaxepass Mutter & Kind mehr beachten

Wird eine Schwangerschaft diagnostiziert, erhält die zukünftige Mutter normaler Weise von der Frauenarztpraxis einen „Prophylaxe-Pass Mutter & Kind“. Der Pass gibt Tipps für die junge Mutter und verweist auf die empfohlenen Praxisbesuche für Mutter bzw. das Kind bis zum Alter von 18 Monaten. Jedoch: Entweder die Mutter hat den Pass gar nicht erhalten – oder er ist zu Hause in Vergessenheit geraten. Hier hilft nur, dass in den Zahnarztpraxen immer wieder nachgefragt wird, ob der Pass dabei ist. Auch bei den anderen Prophylaxepässen für Vor- und Schulkinder wünschen sich die Mitglieder des Präventionsausschusses eine regere Benutzung durch die Praxisinhaber. In den Bezirksstellenversammlungen sollen deshalb die Pässe und deren inhaltliche Ziele nochmals vorgestellt werden.

Sie möchten eine Schulung in einem Heim oder bei Angehörigen durchführen? Dann wenden Sie sich wegen des Prophylaxekoffers an den nächsten beauftragten Zahnarzt in Ihrer Nähe. Die Übersicht finden Sie unter www.lzkb.de >> Kammer >> Bezirksstellen

Weiterer Schwerpunkt: Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Um die Lebensqualität von Patienten mit Handycap und älteren Patienten, welche sich nicht selbst pflegen können, im Bereich der Mundhygiene zu verbessern, initiierte der Präventionsausschuss in der vorangegangenen Legislaturperiode das Projekt „Prophylaxekoffer zu Schulungszwecken“. Nun möchten die Ausschussmitglieder das Konzept für die Betreuungszahnärzte weiterentwickeln und erarbeiten dazu einen Fragebogen für die Heime. Sehr gut bewerteten die Anwesenden das „Handbuch der Mundhygiene“, welches seitens der Bundeszahnärztekammer herausgegeben worden ist. Jedem Prophylaxekoffer liegt dieses Handbuch bei. Dennoch sollte jedes Heim im Land Brandenburg über so ein Handbuch verfügen – ein Plan für nächstes Jahr.

Besprochen wurden zudem die erstmaligen Schulungen für Berufsschullehrer von Altenpflegern – diese werden in Cottbus und Potsdam im Frühjahr 2013 durchgeführt.

Dr. med. Petra Haak wurde als stellvertretende Vorsitzende gewählt, Dr. med. dent. Björn Claessen als Vorsitzender.

Die Mitglieder des Präventionsausschusses:

Dr. med. dent. Björn Claessen, Glienicke/Nordbahn
Dr. med. Petra Haak, Frankfurt (Oder)
Dr. med. dent. Toralf Best, Frankfurt (Oder)
Dipl.-Med. Ilse Körber, Pritzwalk
Zahnärztin Irene Steffen, Schwedt
Dipl.-Stom. Reimund Zlobinski, Hörlitz, sowie
Dipl.-Stom. Bettina Suchan, Lauchhammer,
zuständiges Vorstandsmitglied

Neues Aussehen und erweiterte Angebote

Seit dem 1. Juni stellen sich die Internetseiten der LZÄKB unter der bekannten Adresse www.lzkb.de in einem überarbeiteten Auftritt dar. In loser Folge werden wir einzelne Rubriken vorstellen. Wir beginnen mit der Eingangsseite.

[ZBB] Die Begrüßungsseite gewährt im mittelsten Fenster einen ersten Überblick über neue oder wichtige Beiträge auf den Seiten der Kammer. Die rechte Seite bietet unsere Servicedienste und Veranstaltungen.

Über den Button „Z-QMS“ gelangen Sie direkt zum Online-Portal des Zahnärztlichen QualitätsPraxisManagements. Das Qualitätsmanagementsystem können Sie für Ihre Praxis nutzen. Innerhalb einer „Vertragsmappe“ stehen an konzentrierter Stelle zahlreiche Arbeits- und Informationsmaterialien für Ihre Arbeit in der Praxis.

Neu: Zahnarzt-Suchdienst mit erweiterten Funktionen

Der Zahnarzt-Suchdienst auf der rechten Seite ist nun so eingerichtet, dass nach ganz bestimmten Tätigkeitsschwerpunkten und Praxisbesonderheiten gesucht werden kann. Neu ist die Möglichkeit, die Übersichtsliste nach Postleitzahl, Ort, Vorname oder Name sortieren zu lassen. Erst nach Auswahl eines Namens sind detaillierte Kontaktdaten ersichtlich.

Praxisbörse jetzt mit Foto möglich

Die Job- und Praxisbörse gehört nun ebenfalls fest zur rechten Service-Seite. Sie untergliedert sich in die Jobbörse mit ihren Angeboten und Gesuchen für Zahnärzte, ZFA-Auszubildende und Praxismitarbeiter sowie in die Praxisbörse mit den Angeboten und Gesuchen. Im Bereich der Praxisangebote besteht ab sofort für die anbietenden Zahnärzte die Möglichkeit, zu ihrem Praxisangebot bis zu drei Fotos einzustellen. Gern richten wir für bereits bestehende Praxisangebote Fotos ein – senden Sie uns dazu bitte Ihre Fotos per E-Mail an: Jana Zadow-Dorr, jzadow-dorr@lzkb.de.

Blick auf die Startseite, die auf aktuellste Beiträge innerhalb der Internetseiten aufmerksam macht. Neu sind auch die Hinweise auf die nächsten oder auf besondere Kurse der LZÄKB auf der rechten Seite.

Grundstein für Vertragsverhandlungen gelegt

Am 9. August fand eine Sitzung mit den Krankenkassen statt, in der die Grundsätze für für die Ermittlung des durchschnittlichen Punktwertes nach § 85 Abs. 2a SGB V für das Land Brandenburg erörtert wurden.

Rainer Linke, stellv. Vorsitzender des Vorstands der KZVLB

Autor: Rainer Linke, KZVLB

In der ZBB-Ausgabe 3/2012 hatten wir bereits über die vorbereitenden Arbeiten bezüglich der Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013, das heißt, die „Stunde Null“ berichtet. Voraussetzung für die Umsetzung ist zunächst einmal die Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwerte. Durch die einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwerte und Berücksichtigung dieser neuen durchschnittlichen Punktwerte als Ausgangsbasis für die Vergütungsvereinbarungen 2013 sollen Belastungsunterschiede zwischen den Krankenkassen und Ersatzkassen beseitigt und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt werden.

In der Sitzung mit den Krankenkassen am 9. August 2012 haben wir die Eckpfeiler für die Punktwertnevellierung festlegen können. Danach ermitteln die Vertragspartner im Land Brandenburg die unterschiedlichen Punktwerte für die Bereiche:

1. BEMA-Teile 1, 2 und 4
2. BEMA-Teil 3
3. IP/FU

Einig sind sich die Vertragspartner auch darüber, dass für die Ermittlung des regionalen durchschnittlichen Punktwertes die mit den Krankenkassen und Ersatzkassen für das Jahr 2012 gesamtvertraglich vereinbarten Punktwerte (unabhängig davon, ob sie als Vergütungspunktwert, Punktwert für Einzelleistungsvergütung, Abrechnungs- bzw. Zuzahlungspunktwert) vereinbart worden sind.

Auch über die Einpreisung der für die Krankenkassen als auch der für die Ersatzkassen entstandenen Kosten für den Sprechstundenbedarf in Bezug auf die verordnungsfähigen Arzneimittel (Analgetika, Sedativa und Hypnotica, Analeptica und Cardiaca) in den Punktwert der BEMA-Teile 1, 2 und 4 ohne IP/FU des Jahres 2012 bestand Einvernehmen.

In den gemeinsam ermittelt gewichteten Punktwert werden die entsprechenden Kosten für den Sprechstundenbedarf eingepreist, wobei der SSB-bezogene bereinigte anteilige Punktwert nicht budgetrelevant ist.

Einigkeit konnte auch erzielt werden über die Berechnung der Punktmenge, wobei zur Berechnung der durchschnittlichen Punktwerte die abgerechnete Punktmenge für den Mischzeitraum der Quartale III/11 – II/12 herangezogen wird. Nach Vorliegen der endgültigen Abrechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2012 werden die Gesamtvertragspartner bis spätestens 16. November die einvernehmliche Berechnung der durchschnittlichen Punktwerte 2012 vornehmen. Damit ist ein erster und zugleich entscheidender Schritt für die Berechnung der Ausgangsgrundlage für die Vertragsverhandlungen 2013 getan.

§ 85 Abs. 2a SGB V (Neufassung)

(2a) Für die Vereinbarung der Vergütungen vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahr 2013 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2012 die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach den gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktmengen. Soweit Punktwerte für das Jahr 2012 bis zum 30. September 2012 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2011 unter Berücksichtigung des Absatzes 3g und unter Anwendung der um 0,5 Prozentpunkte verminderten für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate zugrunde gelegt.
Erfolgt die Vergütung nicht auf der Grundlage von vereinbarten Punktwerten, legen die Vertragspartner nach Satz 1 für die jeweiligen Leistungsbereiche einen fiktiven Punktwert fest, der sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punktmenge zur vereinbarten Gesamtvergütung im Jahr 2012 ergibt. Die Partner der Gesamtverträge passen die für das Jahr 2012 vereinbarte Gesamtvergütung auf der Grundlage der nach den Sätzen 1 bis 3 festgestellten Punktwerte an und legen diese als Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 zugrunde.

Neues aus der AG Wirtschaftlichkeitsprüfung

Unter dem Vorsitz von Dr. Paul Zorn tagte am 13. Juni die Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsrüfung. Sie befasste sich mit der Prüfvereinbarung und fasste Grundsatzbeschlüsse zu Gebührenpositionen Analogsedierung und ITN.

Dr. Paul Zorn, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft „Grundsatzfragen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung“ der KZVLB

Autor: Dr. Paul Zorn, Strausberg

In der Prüfungsstelle ist zum wiederholten Male die Frage aufgeworfen worden, inwieweit Anästhesien nach den Geb.-Nrn. 40 (I) bzw. 41a (L1) BEMA im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung unter Narkose abrechenbar sind.

Definition der Begriffe

Narkose:

Unter einer Narkose wird die spezifische, durch betäubende Arzneimittel reversibel hervorgerufene Ausschaltung der Funktion weiter Teile des zentralen Nervensystems verstanden (siehe BEMA-Kommentar KCH-41, 11).

Analgosedierung:

Unter einer Analgosedierung wird ein Verfahren verstanden, bei dem durch die Kombination schmerzstillender Medikamente (Analgetika) und beruhigender Medikamente (Sedativa) ein Bewusstseinszustand erreicht wird, bei dem der Patient einerseits ansprechbar ist und (im Unterschied zur Narkose) selbständig atmet, andererseits in seiner Wachheit und Aufmerksamkeit so weit eingeschränkt ist, dass die gewünschten Behandlungsmaßnahmen ohne Angst- und Abwehrreaktion vorgenommen werden können (siehe BEMA-Kommentar, ebenda, KCH-41, 11).

In den vereinbarten Abrechnungsbestimmungen zum BEMA-Z sind keine eindeutigen Bestimmungen enthalten, ob und inwieweit im Rahmen der ITN bzw. Analgosedierung zusätzlich eine Infiltrationsanästhesie bzw. Leitungsanästhesie abrechenbar ist. Nach Auffassung der Mitglieder der Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung sind für die Beantwortung der von der Prüfungsstelle aufgeworfenen gebührenrechtlichen Anfrage die Abrechnungsbestimmungen nach Nrn. 40 und 41 BEMA sowie die Behandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu beachten. Insbesondere gilt hier B.IV.6.:

„Der Bundesausschuss stellt in seiner Protokollnotiz zu Narkosen fest: ‚Eine zentrale Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung gehört dann zur Leistungspflicht der GKV, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die Leistung ist im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen.‘“

Die Zieldefinition der Lokalanästhesie lautet gemäß Kommentar 1 Begriffsbestimmung und Indikation zur KCH Nr. 40 von Liebold/Raff/Wissing: „Das Ziel der Anwendung von Lokalanästhetika […] in der Zahnheilkunde ist die örtliche Verminderung bzw. Ausschaltung von subjektivem Schmerzempfinden bei zahnärztlichen Eingriffen […] Die Infiltrationsanästhesie hat zum Ziel, die Schmerzrezeptoren und feinen Nervenäste eines bestimmten, sehr begrenzten Behandlungsgebietes zu erfassen, um in diesem Gebiet schmerzfrei zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen durchführen zu können […]“.

Für die Narkose gilt gemäß EBM I 2.1.3: „[…] Eine Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und – sofern vorhanden – fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenord-nungsposition sind […]“ und gemäß EBM I 4.3.7: „[…] 3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.“

Beschluss:

- Eine regelmäßige Berechnung der Nrn. 40 bzw. 41 BEMA neben der vertragszahnärztlich indizierten Narkose ist grundsätzlich nicht möglich.

Begründung

Aus den eindeutigen Abrechnungsbestimmungen ergibt sich, dass im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung die Narkose die „ultimaratio“ zur Schmerzausschaltung darstellt. Die Narkose selbst ist als Alternative und nicht als Ergänzung zur Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie anzusehen.

- Die Nrn. 40 und 41 BEMA zum Zwecke des Erreichens einer relativen Blutarmut ist weder durch die BEMA-Abrechnungsbestimmungen noch durch die maßgeblichen Richtlinien des G-BA abgedeckt. Vielmehr ist das Ziel in der Zahnheilkunde die örtliche Verminderung bzw. Ausschaltung von subjektiven Schmerzempfindungen bei zahnärztlichen Eingriffen, also die Durchführung einer schmerzfreien zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme.

  Allerdings sind zur Berücksichtigung individueller Gegebenheiten in begründeten Ausnahmefällen (bei größeren chirurgischen [operativen] Eingriffen) und bei ent-sprechender Dokumentation als notwendige zusätzliche Maßnahmen im Rahmen der vertragszahnärztlich indizierten Narkose die Nrn. 40 beziehungsweise 41 BEMA zusätzlich berechnungsfähig.

- Bei der Analgosedierung schließt sich die Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung der Auffassung im BEMA-Kommentar an, wonach zusätzlich zur Analgosedierung durchaus oftmals eine lokale Anästhesie nach Nrn. 40 beziehungsweise 41 BEMA erforderlich sein kann. Die lokale Anästhesie ist im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung über die KZV (Dokumentation beachten!) abrechnungsfähig. ⛔

Dampfsterilisator und dessen Validierung

Je nach dem, wie Medizinprodukte angewendet werden und aus welchem Material sie beschaffen sind, sind sie entsprechenden Risikogruppen zugeordnet. Danach richtet sich wiederum die Aufbereitung – wie der nachfolgende Beitrag vermittelt.

ZA Thomas Schwierzy, Vorstandsmitglied der LZÄKB

Christina Lukas, Referat Zahnärztliche Berufsausübung der LZÄKB

Autoren: ZA Thomas Schwierzy, Strausberg
Christina Lukas, LZÄKB

Bei der Risikobewertung von Medizinprodukten wird jedes Medizinprodukt, in Abhängigkeit seiner Anwendung und Materialeigenschaften, einer Risikogruppe (unkritisch, semikritisch A/B, kritisch A/B/C) zugeordnet. Jede Risikogruppe stellt unterschiedliche Anforderungen an die Aufbereitung.

Dampfsterilisation in der Praxis immer noch sicherste Methode

Es existieren unterschiedliche Sterilisationsverfahren, wobei die Dampfsterilisation die älteste Sterilisationsmethode darstellt und gegenwärtig als schnellstes, ökonomischstes und sicherstes Sterilisationsverfahren für zahnmedizinische Instrumente gilt. Zur Dampfsterilisation werden in der Zahnmedizin Dampf-Kleinsterilisatoren – sogenannte Autoklaven – verwendet, welche gemäß DIN 13060 nach drei Sterilisationstypen klassifiziert werden (siehe Tabelle unten).

Validierung von Sterilisationsverfahren unerlässlich

Bei allen Sterilisationsverfahren ist eine Validierung bei Neuinbetriebnahme sowie in regelmäßigen Zeitabständen notwendig. Die Validierung umfasst die Abnahme-, Funktions-, und Leistungsbeurteilung:

- Bei der Abnahmebeurteilung wird sowohl die Eignung des Gerätes zur Sterilisation von Medizinprodukten als auch die Sicherstellung, dass der Dampfsterilisator und dessen Zubehör ordnungsgemäß geliefert und installiert wurden, bestätigt.
- Die Funktionsbeurteilung beinhaltet die Überprüfung der Funktion des Gerätes am Aufstellort.
- Inhalt der Leistungsbeurteilung ist die Überprüfung der Sterilisationsleistung bei den zur Sterilisation vorgesehenen Medizinprodukten.

Sofern der Sterilisator über die Standardausrüstung nach DIN EN 13060 verfügt und mit einem Prozessbeurteilungssystem gemäß Anhang B ausgerüstet ist, muss die erneute Beurteilung spätestens nach maximal 4.000 Chargen oder zwei Jahren oder entsprechend den Angaben des Herstellers nach der letzten Beurteilung durchgeführt werden. Prozessrelevante Veränderungen können vorzeitig eine vollständige oder teilweise erneute Beurteilung erforderlich machen.

Die demnächst in Kraft tretende DIN SPEC 58929 enthält nähere Angaben zur Durchfüh-

Übersicht über die drei Sterilisationstypen

Typ	Sterilisationstemperatur und Einwirkzeit	Verfahren der Luftentfernung / Dampfdurchdringung
Typ N	121°C / mindestens 15 Minuten	Der Dampf verdrängt durch den Unterschied im spezifischen Gewicht die Luft und kann so am Sterilgut kondensieren.
Typ S	oder	Autoklaven, bei denen die Dampfdurchdringung durch spezielle Mechanismen, beispielsweise durch gezielte Dampfinjektion oder mehrfachen Druckwechsel, erzielt wird.
Typ B	134°C / mindestens 3 Minuten	Die Luft wird durch evakuieren (Vakuum) aus dem Sterilgut entfernt, wobei der anschließend einströmende Dampf an allen Teilen des Instruments (auch Hohlräume) kondensiert. Der Vorgang wird mehrfach wiederholt.

rung der Validierung von Dampf-Kleinsterilisatoren, wie sie in der Zahnarztpraxis angewendet werden. Darin ist auch definiert, unter welchen Umständen eventuell eine Revalidierung nach maximal 2.000 Chargen oder einem Jahr nach der letzten Prüfung erfolgen soll.

Dampfsterilisator Typ B ist zu bevorzugen

Das Sterilisationsverfahren mit einem Dampfsterilisator Typ B gewährleistet eine sichere Kondensation des Wasserdampfes – und somit Sterilisation – sowohl bei Instrumenten mit Hohlräumen (so chirurgische Hand-, Winkelstücke und Turbinen) als auch für poröses Sterilgut wie Tupfer und Kompressen. Verantwortlich für die sichere Trocknung des Sterilgutes ist der Einsatz eines Nachvakuums. Die Trocknung der Sterilgüter ist Voraussetzung dafür, dass eine Rekontamination vermieden wird. Feuchte oder nasse Sterilverpackungen sind nicht keimdicht und daher als unsteril einzustufen. Aus diesen Gründen ist ein sogenannter B-Steri zu bevorzugen, da er sowohl Sterilisationscontainern, Klarsichtsterilverpackungen als auch Sterilisiervlies eine ausreichende Dampfdurchdringung ermöglicht. Darüber hinaus können die Medizinprodukte aller Risikogruppen – wie sie auch in Zahnarztpraxen zur Anwendung kommen – mit dem Dampfsterilisator Typ B sterilisiert werden. ⛔

Z QMS
Zahnärztliches Qualitätsmanagementsystem

Kursanmeldung noch möglich

Fortbildungskurs EP-P 1/12:
„Erfolgreiches Praxismanagement unter dem Aspekt aktueller Gesetzlichkeiten“
für ZMV | zuständige Praxismitarbeiterinnen – Hinweise zur Dokumentation von Sterilisationsverfahren und dem korrekten Erstellen von Standardarbeitsanweisungen –

Folgende Materialien erhalten Sie:
- DAHZ-Hygieneleitfaden – Druckexemplar
- Z-QMS Handbuch
- USB-Stick

Dieser Zusatzkurs findet am Mittwoch, **dem 10. Oktober** von 14:00 bis 18:00 Uhr in Potsdam statt.

Anmeldungen sind unter anderem im Internet unter www.lzkb.de möglich.

DAHZ-Hygieneleitfaden 8. Ausgabe 2011

Nähere Informationen zu der Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten, Voraussetzungen für die Aufbereitung von Medizinprodukten und dessen Aufbereitungsverfahren, Chargenkontrolle und Freigabe von Medizinprodukten, Dokumentation der Aufbereitung und Lagerung von Medizinprodukten können Sie dem DAHZ-Hygieneleitfaden entnehmen. Diesen finden sie unter www.z-qms.de >> Service Portal >> Zahnärztliche Berufsausübung >> Hygiene als PDF-Datei.

Ab sofort können Sie den Leitfaden auch als Druckexemplar für 13,- € bei der LZÄKB bestellen. Bitte richten Sie Ihre Bestellung an clukas@lzkb.de oder senden ein Fax an 0355 3 81 48-48.

Ist als Druckexemplar bei der LZÄKB zu erhalten: der Hygieneleitfaden des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in Zahnarztpraxen (DAHZ).

ANZEIGE

Nach Prophylaxe-Pässen bitte immer fragen

Seit vielen Jahren führt die LZÄKB im Land „Zahnärztliche Prophylaxe-Pässe“ für die verschiedenen Gruppen „Mutter & Kind“, „Vorschulkinder“ sowie „Schulkinder“. Die Praxismitarbeiter am Empfang haben dabei eine wichtige Rolle inne.

Dipl.-Stom. Bettina Suchan, Vorstandsmitglied der LZÄKB

Autorin: Dipl.-Stom. Bettina Suchan, Lauchhammer

In jeder zahnärztlichen Praxis gehören Kinder, Schwangere und junge Muttis mit ihren Babys zum normalen Alltag in der Behandlung. Interessant wird es, wenn ein Prophylaxe-Pass mitgebracht wird. Vielleicht haben Sie sich dann schon folgende Frage gestellt: „Wofür sollen die eigentlich gut sein?“

Ziel: Prophylaxe optimieren

Ziel der Prophylaxe-Pässe für die Vorschul- und die Schulkinder ist es, dass Zusammenwirken von Gruppen- und Individualprophylaxe zu optimieren. Durch das Eintragen der jeweiligen durchgeführten Prophylaxemaßnahme seitens der Kolleginnen und Kollegen des ÖGD und der niedergelassenen Zahnärzte sowie Kieferorthopäden können Doppelbehandlungen wie Fluoridierungen vermieden werden. In der Praxis des Hauszahnarztes kann beobachtet werden, ob das Kind die Prophylaxemaßnahmen in der kieferorthopädischen Praxis wirklich in Anspruch nimmt. In der kieferorthopädischen Praxis und bei den Besuchen der Kolleginnen und Kollegen vom ÖGD in den Kindergärten und Schulen kann durch das regelmäßige Führen des Passes verfolgt werden, ob die Kinder die Überweisung zur notwendigen zahnärztlichen Behandlung auch befolgen.

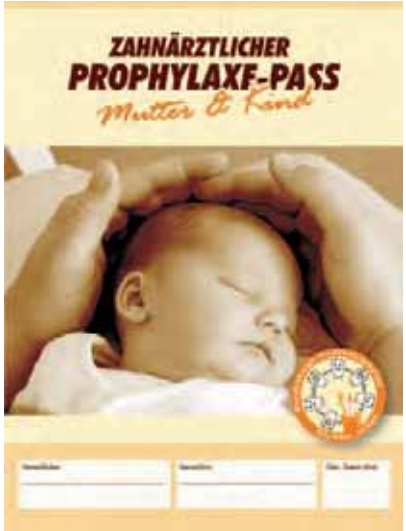
Nicht zuletzt ist der Pass für die Eltern als Anregung gedacht, die Zahngesundheit ihres Schützlings im Blick zu haben.

Werdende Mütter sensibilisieren

Bei dem Prophylaxe-Pass für Mutter und Kind, der normalerweise in der Frauenarztpraxis gemeinsam mit dem Mutterpass ausgeteilt wird, verhält sich das Ganze etwas anders: Dieser Pass soll vor allem die Schwangere und spätere junge Mutter für die Zahngesundheit ihres Babys sensibilisieren. Jede Mutti will nur das Beste für ihr Kind. Leider fehlt oft das Wissen, was auch für die Zähne des Kindes das Beste ist. Der Prophylaxe-Pass gibt die Möglichkeit, in kurzer Form die wichtigsten Dinge zu vermitteln, um spätere Schäden wie frühkindliche Milchzahnkaries zu vermeiden.

In den Zahnarztpraxen haben sich die Pässe leider noch nicht so gut etabliert. Deshalb meine Bitte an Sie: Fragen Sie die Kinder, deren Eltern sowie die Schwangeren nach dem „Prophylaxe-Pass“. Fordern Sie Ihre jungen Patienten und die jungen Muttis mit den Babys dazu auf, den Pass zu jeder Behandlung mitzubringen. Tragen Sie bitte alle durchgeführten Prophylaxemaßnahmen in den Pass ein. Als Praxismitarbeiterin haben Sie meistens einen sehr guten Zugang zu den Kindern und den Eltern. Gerade am Empfang ist die Frage nach dem Pass ganz leicht mit der Frage nach der Versicherungskarte zu verbinden.

Die im Land Brandenburg verteilten Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe



Prüfungstermine für den Zeitraum 2012/2013

Termine der Zwischenprüfung Herbst und Abschlussprüfung Winter im Ausbildungsberuf „Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r“ für alle regulären Teilnehmer, Vorzieher sowie Wiederholer

Zwischenprüfung

Die Zwischenprüfung für Auszubildende und Umschüler findet am **7. Oktober 2012** statt. Die Anmeldung ist durch die ausbildenden Zahnärzte auf dem von der LZÄKB zugesandten Formular vorzunehmen. Das Berichtsheft ist am Prüfungstag zur Einsichtnahme vorzulegen.

Abschlussprüfung Winter 2012/2013

schriftliche Prüfung am	**15. Dezember 2012**
praktische Prüfung im Zeitraum	**11. bis 19. Januar 2013**

Anmeldeschluss (Ausschlussfrist):

- für Vorzieher und Wiederholer **4. Oktober 2012**
- für alle anderen Teilnehmer **11. Oktober 2012**

Die Regularien zur Abschlussprüfung

finden Sie im Internet unter www.lzkb.de >> Praxismitarbeiter >> Prüfungen.

Mit Faltblättern in den Praxen für den Beruf werben

[ZBB] Zwar hat das neue Ausbildungsjahr bereits begonnen – aber Bewegung auf dem „Markt“ der Ausbildungsplätze ist im Prinzip des gesamte Jahr über. Deshalb möchten wir in Erinnerung rufen, dass Sie die Möglichkeit haben, mit Faltblättern für zukünftige Praxismitarbeiter zu werben. Dargestellt werden: das Berufsbild, die Anforderungen, der Ausbildungsweg mit Inhalten, Fortbildungsmöglichkeiten sowie die Ausbildung in Fakten. Wünschen wir uns zahlreiche Interessenten!

Faltblatt zum Berufsbild ZFA

Bitte bestellen Sie Ihre Exemplare über Seiring-Design, Tel. 0335 525206, Fax: 0335 541763 oder E-Mail: agentur@seiring.de.
Druck- und Versandkosten (zzgl. 19 % MwSt.):

Stück	Kosten	Versand	Gesamt
10	5,- €	3,50 €	8,50 €
25	10,- €	3,50 €	13,50 €
50	34,- €	3,50 €	39,90 €

Wirksamkeit von Adhäsivsystemen verbessern

Durch Veröffentlichungen nach der IDS in Köln gab es im Praxisteam Diskussionen über die Zeitmäßigkeit der angewendeten Composite und insbesondere über die Richtigkeit eingefahrener Verarbeitungsmethoden. Daher lockte ein Kurs am Pfaff ...

Dr. Peter Nachtweh

Autor: Dr. Peter Nachtweh, Berlin

Vorweggenommen: Es war ein wunderschöner Sommertag und ich machte mir bei der Anfahrt zum Philipp-Pfaff-Institut in der Aßmannshauser Straße so meine Gedanken, ob die Entscheidung richtig war, diesen Kurs vor einigen Wochen zu buchen. Mein Interesse war durch eine E-Mail des Institutes geweckt worden; das Thema an sich durch Veröffentlichungen nach der IDS im Praxisteam des öfteren Gesprächsstoff: Hat die Polymirationsleuchte noch die benötigte Kapazität, gebrauche ich ein bewährtes Adhäsivsystem und wende ich es auch richtig an? Warum treten postoperative Sensibilitäten auf?

Fortbildung tut immer Not

Nach einem Blick auf den Inhalt des Kurses war klar: Hier konnten meine Fragen beantwortet werden. Und ohne schmeicheln zu müssen: Mit Dr. Uwe Blunck als Referenten musste der Tag einfach zum Erfolg führen. Es war nicht der erste Kurs, den ich mit ihm zum Thema „Adhäsivtechnik“ gebucht hatte. Aber die Zeit vergeht schnell und es bereitet bekannterweise Schwierigkeiten, auch mit den kleinen ständigen Verbesserungen in der Wissenschaft und Technik der Zahnmedizin Schritt zu halten. Fortbildung tut also Not, und ich fragte mich, wer hat bei diesem Thema ähnlich gedacht wie ich. Wer sind die anderen Kursteilnehmer?

Ein neugieriger Blick über die Runde verschaffte Klarheit. Wir waren an diesem Tage nur neun Teilnehmer; überraschenderweise mehr ältere Kolleginnen und Kollegen. Vertrauten die Jüngeren noch den Erkenntnissen ihrer Studienzeit?

Theorie und Praxis gut gewechselt

Es wurde ein harter, anstrengender, konzentrierter, abwechslungsreicher und letztendlich erfolgreicher Fortbildungssonnabend. Hart auch, weil ich selten so lange auf dem zahnärztlichen Arbeitsstuhl sitzen musste. Anstrengend und konzentriert, weil man den Ausführungen des Kursleiters von Anfang an stets aufmerksam folgen musste, um nicht den Faden und den Anschluss zu verlieren. Abwechslungsreich, weil Theorie und Praxis wechselten und von Dr. Blunck sehr anschaulich und gut organisiert demonstriert wurden.

Kurs perfekt nachbereitet

Der praktische Teil des Kurses war perfekt vorbereitet. Man konnte aus allen Bereichen die gängigen Adhäsivsysteme testen, in dem man an vorbereiteten Zahnschnitten die Haftungskräfte der Systeme an Schmelz und Dentin überprüfen lassen konnte – Erinnerungen an Studienzeiten wurden dabei wach. Der besondere Service bestand zusätzlich darin, dass man einige Tage später die eigenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der anderen Kursteil-

Nächster Kurs zum Thema am Philipp-Pfaff-Institut:
„Wie kann die Wirksamkeit von Adhäsivsystemen verbessert werden?“
– Praktische Übungen zur Anwendung von Adhäsivsystemen und Lichtgeräten –
Referent: OA Dr. Uwe Blunck (Berlin) | Kursnr.: 4050.1
Termin: **20. Oktober 2012**, 09:00 bis 18:00 Uhr | Punkte: 9
Weitere Infos zur Fortbildung: www.pfaff-berlin.de

nehmer vergleichen konnte, wenn es sich um das gleiche Adhäsivsystem handelte. Hatte man im Kurs das gleiche Adhäsivsystem verwendet wie in der täglichen Praxis, waren die eigenen Werte mit den Ergebnissen eines anderen Kursteilnehmers mit demselben System vergleichbar.

Es ist bekannt, dass Dr. Blunck seine Kurse mit viel Engagement auch über den eigentlichen Fortbildungstag hinaus betreut und im Kurs selbst bei allen individuellen Fragen kompetent zur Verfügung steht. Erfolgreich und lohnenswert war der Kurs für mich persönlich, weil meine Fragen aus dem täglichen Umgang mit meinen verwendeten Adhäsivsystemen durch die vermittelten Kursinhalte indirekt beantwortet wurden.

Am meisten habe ich aus den Fragen der Anderen und den kleinen „Nebensächlichkeiten“ des Kursablaufes gelernt. Und wenn man am Ende des Tages den finanziellen Einsatz mit dem ideellen Nutzen vergleicht, dann geht man besonders gut gelaunt nach Hause – trotz des versäumten Sonnentages.

Doch halt: In finanzieller Hinsicht gibt es einen kleinen Wermutstropfen. Ich werde mir doch eine neue Polymerisationsleuchte kaufen. Warum? Das erfahren Sie, wenn Sie diesen Kurs im Wiederholungsfall am Philipp-Pfaff-Institut buchen. **Das** ist meine abschließende kollegiale Empfehlung, verbunden mit einem herzlichen Dank an den Referenten sowie den Institutsleiter Dr. Schmidt-Rogge mit seinem freundlichen Team für eine perfekte Organisation.

ANZEIGE

Links:
Situation während eines Seminares zur Aufstiegsfortbildung Dentalhygienikerin

Rechts:
Foto vom Prophylaxetag 2011

PFAFF BERLIN

Termine für DH-Seminar und Prophylaxetag

Informationsabend zur Aufstiegsfortbildung DH

[Pfaff] Das nächste Dentalhygieniker-Seminar am Philipp-Pfaff-Institut startet im April 2013. Bewerbungsschluss ist am Freitag, dem 16. November 2012. Alle Interessenten sind herzlich zum kostenfreien Informationsabend am Freitag, dem 26. Oktober, ab 19:30 Uhr im Philipp-Pfaff-Institut, Aßmannshauser Str. 4-6, 14197 Berlin eingeladen. An diesem Abend informieren wir Sie über die Inhalte des DH-Seminares und die organisatorischen Modalitäten. Gleichzeitig haben Sie die Möglichkeit, mit Referenten und ehemaligen Teilnehmerinnen ins Gespräch zu kommen. Nutzen Sie dieses Forum, um Ihre Fragen zu stellen und einen umfassenden Einblick in den Ablauf des DH-Seminars zu erhalten. Das Philipp-Pfaff-Institut freut sich auf Ihr Kommen.

17. Berliner Prophylaxetag im Dezember

Der Prophylaxetag hat sich als fester Fortbildungstermin in vielen brandenburgischen und Berliner Praxen etabliert und jährt sich inzwischen zum 17. Mal am 7. und 8. Dezember 2012. Das Programm steht ab sofort im Internet unter www.pfaff-berlin.de. Selbstverständlich informieren wir Sie auch über die bekannten Medien über das vollständige Programm, welches sich wieder aus sieben bis acht verschiedenen Workshops am Freitag und einem Vortragsblock am Samstag zusammensetzt. Merken Sie sich bereits jetzt den Termin des Fachkongresses vor und freuen Sie sich auf einen erlebnisreichen und anregenden Tag – vielleicht gemeinsam mit Ihrem gesamten Team.

Zahnärztetag bietet aktuelle Parodontologie

Die ersten Anmeldungen von Zahnärzten und Praxismitarbeitern sind für den 22. Brandenburgischen Zahnärztetag am 23. und 24. November eingegangen. Prof. Dr. Thomas Hoffmann hat interessante Vorträge zusammengestellt.

[ZBB] Das Programm kann im Internet unter www.lzkb.de eingesehen und das Anmeldeformular online ausgefüllt werden. Oder Sie nutzen für Ihre Anmeldung das Formular aus dem Vorprogramm, welches im Rundschreiben BRAND-AKTUELL im Juli beilag bzw. noch einmal im September enthalten ist.

Änderung des Programmes am Samstag

Für den Samstag hat sich seit der Drucklegung des Vorprogrammes eine Änderung ergeben: Den Part von Dr. Wolfgang Bolz übernimmt komplett Prof. Dr. Hannes Wachtel, München. Dadurch verschieben sich auch einige Vorträge. Das Wissenschaftliche Programm wird demzufolge am Samstag wie im Kasten stehend durchgeführt. Die Änderungen sind im Internet bereits ausgeführt.

09:00	Der komplexe parodontal-restaurative Fall – Einführung Prof. Dr. Hannes Wachtel, München
09:30	Welche Fälle sind mit konservativer Therapie zu lösen? PD Dr. Gregor Petersilika, Würzburg
10:00	*Dentalausstellung | Kaffeepause*
10:30	Welche Fälle sind mit PAR-Chirurgie zu lösen? PD Dr. Stefan Fickl, Würzburg
11:00	Implantate bei parodontal vorgeschädigten Patienten Dr. Arndt Happe, Münster
11:30	Wann ist kein Zahnerhalt mehr möglich? Prof. Dr. Hannes Wachtel, München
12:00	*Dentalausstellung | Mittagspause*
13:00	Praxiskonzepte Prof. Dr. Hannes Wachtel, München
13:30	Perioprothetik aus gutachterlicher Sicht Prof. Dr. Michael Walter, Dresden
14:00	Mukositis – Periimplantitis-Explantation – Dr. Elyan Al-Machot, Dresden
14:45	Diskussion

Infektionskrankheit Parodontitis

Des Patienten „Schicksal“ ist gleichzeitig seine Chance, vorausgesetzt, er befindet sich in den richtigen Händen. – Die brandenburgische Autorin hat das Thema des diesjährigen Zahnärztetages zum Anlass genommen, einige Erfahrungen zu resümieren.

Kerstin Olesch-Graupner, KZV-Gutachterin

Autorin: Kerstin Olesch-Graupner, Eichwalde

Es ist bei Weitem kein neues Thema. Und gleichzeitig so brisant wie nie. Wer die Fachzeitschriften in diesen Wochen aufschlägt, findet immer wieder aktuelle Artikel zum Thema Parodontitis. Selbst der diesjährige Zahnärztetag im November in Cottbus steht unter dem Tagungsthema: „Aktueller Stand der Parodontologie“ (siehe Seite zuvor).

Überbewertet! Sagen viele Kollegen. Niemals, sage ich als Parodontologin und KZV-Gutachterin. Denn an jedem Tag kommen Patienten in die Praxis. Und an jedem Tag wird Parodontitis diagnostiziert.

Moderne Parodontitistherapie findet strukturiert statt

Ehrlich gesagt: Es gibt viele Gründe, die Parodontitistherapie künftig noch mehr in den Mittelpunkt zahnärztlichen Tuns zu rücken. Denn sie spielt in allen Bereichen der Zahnmedizin DIE entscheidende Rolle. Kein Implantat sollte in einem chronisch entzündeten Gebiss Zähne ersetzen, der dünne Gingivatyp kann schon vor der kieferorthopädischen Behandlung erkannt und geschützt werden, oder: Was ist bei einer parodontalhygienisch einwandfreien prothetischen Versorgung im Besonderen zu beachten? Und: Ist es nicht wesentlich für uns als ZahnÄRZTE zu zeigen, dass Parodontitis ein gesamtmedizinisches Phänomen darstellt, das speziell von uns Zahnärzten erkannt, thematisiert und therapiert wird?! Um unseren Berufsstand als ZahnÄRZTE neu zu definieren?

Doch was macht nun den Unterschied? Was sind die entscheidenden Eckpfeiler für eine gelungene Behandlung dieser Infektionskrankheit?

Ich möchte Sie in den folgenden Kapiteln dazu ermuntern, weiterhin oder gerade jetzt einem strukturierten Vorgehen den Vorzug zu geben, um jedem Patienten werbewirksam entgegnen zu können: Wir machen das gemeinsam, damit SIE wieder kraftvoll zubeißen können …

Wie war das doch gleich mit der Definition der PA?

„Parodontitis ist eine entzündliche Infektionskrankheit des Parodonts – der zahnhaltenden Gewebe –, ausgelöst durch Plaquebakterien. Die Entzündungsreaktion (Gingivitis) führt zur Taschenbildung und zu Gewebeabbau, einschließlich dem Verlust von Alveolarknochen und schließlich den Zähnen.“

Sie wissen das längst – werden Sie entrüstet sagen. Allerdings habe ich auch nicht behauptet, dass Sie zu den etwa 50 Prozent Zahnärzten gehören, die keine Parodontitis bei ihren Patienten diagnostizieren können oder wollen. Was mir jedoch als Gutachterin im wahrsten Sinne des Wortes in die zahnmedizinischen Hände fällt, lässt mich manchmal ebendiese über dem Kopf zusammen schlagen. Nicht aus Überheblichkeit – das kann ich Ihnen versichern! Sondern aus Traurigkeit darüber, dass dem Patienten so wenig geholfen wird mit einer Parodontitistherapie, die bei ihm durchgeführt werden soll, obwohl er noch nicht verstanden hat, was sein Part bei der Behandlung ist: Nämlich die Plaque auf seinen Zähnen so gut wie möglich zu eliminieren.

Parodontologie als Konzept

Wo beginnt Parodontitistherapie – wo hört sie auf – wenn sie jemals aufhören sollte? Ein wichtiges Kriterium einer erfolgreichen Behandlung ist der Plaque-Index. Wenn sich der Plaque-Index beim Patienten unter 20 Prozent bewegt, bringt das ein spürbares Ergebnis.

Eine gut ausgebildete Prophylaxeassistentin oder DH schafft das allemal, behaupte ich kühn. Und das ist auch die Grundlage des Konzepts: eine oder mehrere gut ausgebildete(n) Prophylaxemitarbeiterin(nen), die in einem (oder mehreren) technisch hochmodern ausgestatteten Prophylaxezimmer(n) Tag für Tag nichts anderes machen als mit den Patienten eine ausgezeichnete Mundhygiene zu üben. Ich spreche dabei nicht von einmal Zahnstein entfernen und den nächsten Termin in sechs Monaten.

Und noch etwas ist von immenser Bedeutung: Dieses Konzept lebt, wenn der Behandler/Praxisinhaber es selbst lebt. Es lebt nicht von einem großzügig zur Verfügung gestellten Hinterzimmer, in das sowieso keiner will, oder von der Prophylaxe während der Mittagspause, wenn der Chef sein Zimmer gerade nicht braucht. Übertreibung veranschaulicht.

PSI nutzen

Um beim Patienten Betroffenheit zu erzeugen und ihm mit dem, was in seinem Mund so vor sich geht, vertraut zu machen, hat der Behandler eine der wichtigsten Aufgaben zu erfüllen: Er muss es ansprechen! Als Unterstützung gibt es seit einigen Jahren einen zusätzlichen Befundungsindex mit dem schönen Namen: PSI (Parodontaler Sreening-Index). Wie er optimal genutzt wird, lässt sich zum Beispiel in einem Artikel von Wolfgang Bengel, Thomas Hoffmann, Jörg Meyle: „PSI – der parodontale Screening Index“, zm 20/2002, Seite 38 (zu finden im zm-Archiv) nachlesen. Der Wert sagt uns und dem Patienten, ob eine parodontale Behandlung resultieren sollte und gibt erste Hinweise auf therapeutische Konsequenzen.

Als Früherkennungsparameter kann der PSI auch auf anderer Ebene unterstützen. Er kann uns empathisch machen in unseren Bemühungen, Sorge um die Zahngesundheit unseres Patienten zu haben. Und er kann dazu führen, dem Patienten einen bei uns schon oft gehörten Satz zu entlocken: „So intensiv hat sich ja noch nie jemand um mich gekümmert“. Der PSI wird mit jeder 01 bei Neupatienten erhoben und dann mit dem Patienten besprochen. Ehrlich wird ihm gesagt, was die – deutlich und laut vorgelesenen – Zahlen bedeuten. Die ersten Therapieschritte werden gemeinsam festgelegt. Im Hinterkopf haben wir und unser Patient den Erhalt möglichst aller oder vieler Zähne. So führt kein Weg am Prophylaxezimmer vorbei.

Ein Einwand sei mir gestattet. Die großartigen Artikel, die in den vielfältigen Fachjournalen reich bebildert zu lesen waren, haben mich früher immer verunsichert. Wie soll man DAS alles auf einmal umsetzen? Heute weiß ich: Einen Elefanten esse ich auch nicht in einem Stück. Will sagen: Es dauert seine Zeit, bis die Parodontologie in der Praxis und auch in allen Köpfen der Praxismitarbeiter integriert ist. Vertrauen Sie dabei unbedingt auf die Kreativität ihrer Mitarbeiterinnen.

Fangen Sie die Parodontitistherapie mit den moderaten Fällen an. Das bringt Erfolgserlebnisse und führt dazu, mehr Lust statt Frust auf die schwierigeren Fälle zu bekommen. Die kann man zunächst noch überweisen. Und das sollten Sie auch. Die moderne Parodontologie macht heutzutage so vieles möglich, dass es eine wahre Freude ist, Zähne wieder fest werden zu sehen. Jeder Patient will schließlich seine natürlichen Zähne so lange wie möglich behalten. Das ist der Wunsch unserer Patienten und schon können wir dort einhaken. Der Nutzen, den der Patient aus seiner Behandlung zieht, ist: Er behält seine natürlichen Zähne – ein Leben lang! Der Nutzen, den Sie daraus ziehen: Sie haben Patienten mit parodontal gesunden Gebissen, langjährig treue Propyhlaxepatienten und können zufrieden und sicher prothetisch versorgen, implantieren, ästhetisch verschönern, kieferorthopädisch regulieren – ganz Ihrer Spezialisierung entsprechend.

Die Patienten laufen nicht weg, wenn man ehrlich mit ihnen über ihre Situation spricht. Sie suchen das Weite – und sich damit einen anderen Zahnarzt –, wenn ihr Wunsch nach „natürlichen Zähnen ein Leben lang“ mit jeder Extraktion aus parodontalem Grund Zahn für Zahn abhanden kommt.

Die Fortsetzung dieses Beitrags erfolgt in einem der nächsten Ausgaben des ZBB.

Parodontaler Knochenabbau, Teil 1

Der Autor ist praktizierender Zahnarzt in Mecklenburg-Vorpommern. Auf dem Gebiet der Parodontologie (tetracylinunterstützte Parodontaltherapie) stellt er einen neuen Denkansatz vor.

Dr. Ronald Möbius MSc (Parodontologie), Studium an der Universität Rostock, Diplom- und Promotionsarbeit auf dem Gebiet der Parodontologie, Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie

Autor: Dr. Ronald Möbius M.Sc., Brüel

Alle Maßnahmen, die zur Veränderung der Mundflora und des Biofilms führen, wie Mundhygiene, PZR, Antiseptika und Antibiotika, Laser, Ozon, Photodynamische Therapie, haben keinen direkten Einfluss auf die parodontale Gewebsdestruktion, sondern wirken indirekt über eine verringerte Wirtsreaktion. MMP – Inhibitoren, Probiotics und Tetracycline als Adjunkt – haben einen direkten Einfluss durch reversible Hemmung der Osteoklastenfunktion und stoppen direkt den parodontalen Knochenabbau.

Atiologie

Die häufigsten Erkrankungen des Zahnhalteapparates sind plaqueassozierte, meist chronisch entzündliche Veränderungen der Gingiva und des Parodonts. Eine Gingivitis kann bestehen, ohne sich zu einer Parodontitis zu entwickeln (Pilz et al.1980). Wie bei jeder Infektion sind einerseits die Vermehrung pathogener Mikroorganismen, ihre toxische Potenz und eventuell ihre Fähigkeit, ins Gewebe einzudringen, andererseits die individuell unterschiedliche Reaktion des Wirts auf den Infekt die entscheidenden Kriterien (Rateitschak & Wolf 2004). Eine absolute Plaquefreiheit, die Verhütung jeglichen Biofilms auf den Zahnoberflächen, ist in der Praxis nicht erreichbar. Ein Expertensymposium diskutierte den neuen Umgang mit der Plaque: „Plaquekontrolle war gestern. Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen“ (Bachmann 2005). Das Biofilmmanagement umfasst die selbstständige, regelmäßige Pflege durch den Patienten, die professionelle Unterstützung durch die Praxis in Motivation, Reinigung und professioneller Herstellung hygienischer Verhältnisse (Thomas & Nakaishi 2006). Nimmt die Bakterienflora einen parodontopathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und spezifischen Immunreaktionen (Heidemann et al. 2005).

Es gibt viele Möglichkeiten. Mikroorganismen sind nur ein Auslöser für das spezifische und unspezifische Abwehrsystem. Durch Mikroorganismen erfolgt kein Knochenabbau – er erfolgt durch körpereigene Prozesse.

Pathogenese

Die regelmäßige mechanische Entfernung der Plaque – das Biofilmmanagement – ist die primäre Maßnahme zur Prävention oder Verhinderung der Parodontitisprogression (Bachmann 2005). Ein großes, nicht zu unterschätzendes Problem stellt die Anatomie dar. Nicht einsehbare Rillen, Lagunen, Vertiefungen, Ausstülpungen, Einziehungen, Sprünge, Frakturen und sonstige nicht oder nicht vollständig zu reinigende Areale stellen ein Bakterienreservoir dar, das auch mit der PZR nur ungenügend bearbeitet werden kann (Renggli 1994). Andererseits zeigen sich durch die regelmäßige mechanische Behandlung, summierende, irreversible Folgeschäden an der Zahnhartsubstanz. Es ist im Praxisalltag nicht möglich, Zahnplaque aus feinsten Rillen und Kratzern, engen Furkationen und anderen Reservoiren im Taschenbereich vollständig mechanisch zu entfernen (Rateitschak & Wolf 2004). So haben pathogene Keime Zeit, ungestört und unbeeinflusst durch die mechanische Beeinflussung des Patienten und des Behandlers sich zur mikrobiellen Plaque zu formieren.

Die Pathogenität der Plaque ist zurückzuführen auf die Gesamtmasse der Bakterien, die Toxine und antigen wirkende Substanzen produzieren und zu Entzündungen führen. Aber die Pathogenität ist auch auf das Vorhandensein

besonders pathogener Keime, die mit spezifischen Virulenzfaktoren die Gewebe schädigen oder die Wirtsabwehr beeinträchtigen, zurückzuführen (Williams et al. 1997). Es fällt klinisch immer wieder auf, dass es Patienten gibt, die trotz guter Mundhygiene an einer Parodontitis erkranken und andere, die trotz schlechter Mundhygiene keine Parodontitis entwickeln. Demnach kann das Ausbrechen bzw. der Verlauf einer Parodontalerkrankung nicht allein von der mikrobiellen Infektion abhängen.

Pathirana (2005) führte gezielt hierzu Untersuchungen durch und kam zu dem Resultat, dass in ihren Ergebnissen keine höhere Empfänglichkeit für die Parodontose bei Allergikern festzustellen ist. Andererseits kann sie aber aufgrund ihrer Ergebnisse eine mögliche Beteiligung allergischer Pathomechanismen bei der Entstehung der Parodontitis nicht ausschließen.

Seit langem ist man sich darüber im Klaren, dass genetische Variationen in der Zytokinexpression einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor für die Entstehung schwerer Parodontalerkrankungen darstellen (Wachter 2005). Zu den potentiellen parodontopathogenen Bakterienspecies gehören Keime, die die Bindegewebsschranke durchdringen und sogar die Zellen des Taschenepithels besiedeln und dort der Wirtsabwehr und der mechanischen Behandlung entgehen können (Andrian et al. 2004, Filoche et al. 2004, Kuehn & Kesty 2005).

In den vergangenen Jahren haben sich die Auffassungen über die Ätiologie der Parodontitis gewandelt. Früher wurden einzig die Bakterien als entscheidender Faktor angesehen. Bestimmte pathogene Mikroorganismen wurden mit verschiedenen Formen der Parodontitiserkrankungen sowie der Geschwindigkeit ihres Verlaufs in Zusammenhang gebracht. Die Existenz und Verteilung pathogener Bakterien korrelierte aber nicht immer mit Entstehung und Progression der Parodontitis. So konnte auch der Nachweis erbracht werden, dass pathogene Bakterien in der Tasche nicht zwangsläufig die Ursache derselben sein müssen, sondern vielmehr das Taschenmilieu gute Voraussetzungen für die Entwicklung und das Leben pathogener Keime bietet, die dann allerdings – im Sinne eines Circulus vitiosus – an der Progression der Erkrankung beteiligt sein können (Rateitschak & Wolf 2004). Nach wie vor gilt der Grundsatz: „Ohne Bakterien keine Parodontitis“, aber andererseits auch die Tatsache, dass Bakterien – auch parodontopathogene – nicht unbedingt eine Parodontitis verursachen müssen (Heidemann et al. 2005, Kleber 2000, Rüdiger 2002). Daher ist es zweckdienlich, die notwendige mechanische Therapie mit einer medikamentösen Paralleltherapie zu kombinieren (Rateitschak & Wolf 2004). Die Pathogenese von Parodontitiden stellt eine komplexe Interaktion zwischen parodontopathogenen Mikroorganismen und Immunabwehrmechanismen des Wirts dar. Zwar werden parodontopathogene Bakterien als Hauptauslöser parodontaler Erkrankungen angesehen, die parodontale Destruktion wird größtenteils

ANZEIGE

Weitere Informationen rund um das Doxycyclin einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe können beim Autor erfragt werden: E-Mail: info@moebius-dental.de, Fax: 038483 31539

aber durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile verursacht und nur zu sehr geringem Anteil direkt durch die Mikroorganismen (Wachter 2005).

Wirtsassoziierte Aspekte

Das Immunsystem ist verantwortlich für den Schutz des Organismus vor Infektionskrankheiten. Es umfasst das unspezifische und spezifische Abwehrsystem. Beide untergliedern sich jeweils in eine zelluläre und humorale Komponente. Im Rahmen der humoralen Immunabwehr kann das Immunsystem gegen Mikroorganismen hochspezifische Antikörper bilden. Bei der Parodontitis ist eine erhöhte Antikörperreaktivität der hydrolytischen Enzyme nachgewiesen worden, für die proteolytischen Enzyme hingegen ist dies nicht der Fall. Es gibt keine Korrelation zwischen den klinischen Parametern und den positiven Antikörperreaktivitäten, weder vor, noch nach einer Parodontaltherapie (Ordelheide 2006).

Der Zerstörung des Parodonts können unterschiedliche Vorgänge zugrunde liegen. So ist ein Gewebsverlust allein durch immunpathologische Reaktionen auslösbar. In unzähligen Studien zur Ursache der Parodontitis sind die mikrobiellen Faktoren als primus Agens beschrieben worden. Es werden zwei verschiedene Mechanismen unterschieden. Erstens die direkte Invasion des Gewebes durch die subepitheliale Flora und zweitens ein Entsenden von Substanzen in das Gewebe, während die Bakterien selbst in der Tasche bleiben. Diese Substanzen können

1. eine direkte Zellschädigung bewirken,
2. die Freisetzung biologisch aktiver Faktoren bewirken oder
3. die Interzellularmatrix angreifen.

Der Biofilm ist trotz Professioneller Zahnreinigung nicht komplett zu entfernen – es ist lediglich ein Biofilmmanagement möglich.

Auf Grundlage von eigenen Untersuchungen kommt Puschmann (2003) zu der Annahme, dass die freigesetzten Kollagenasen, Lipopolysaccharide und proteolytisch aktiven Membranvesikel als Triggerfaktoren eine Immunantwort des Wirtes auslösen, dessen eigene Abwehr jedoch den entscheidenden Anteil am Gewebsuntergang hat.

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu bisherigen Vorstellungen ist nicht mangelnde Mundhygiene, sondern eine Fehlentwicklung bzw. Überreaktion des oralen Immunsystems die primär treibende Kraft in der Parodontose. Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen. Nimmt die Bakterienflora einen parodontalpathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und zur spezifischen Immunreaktionen. Bakterien sind der Auslöser, nicht die Ursache der Parodontitis. Die parodontale Destruktion erfolgt größtenteils durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile und nur zu sehr geringem Anteil direkt durch die Mikroorganismen selbst.

Unser Wissen auf diesem Gebiet ist enorm gestiegen. Aber der effektive Nutzen für unsere parodontal erkrankten Patienten entspricht immer noch nicht unseren Erwartungen in der täglichen Arbeit. Es ist schwierig, in der gesamte Gruppe der parodontalen Risikopatienten ohne drastisch einschneidende Maßnahmen sichere vorausschauende Zahnerhaltung zu betreiben.

Die gesamte Forschung und Wissenschaft dreht sich um eine „gesunde Mundflora“. Wie gesund muss die Mundflora bei dem einzelnen Patienten sein, um keine parodontaldestruktive Wirtsreaktion auszulösen? Und selbst wenn diagnostische Marker zur Reduzierung bestimmter parodontalpathogener Keime raten, ist die therapeutische Konsequenz PZR,

Taschenreinigung, verbesserte Mundpflege, Antiseptika, Antibiotika. Dieses führt zu einer Veränderung der Mundflorazusammensetzung. Die Qualität und Quantität der Bakterien in der Mundflora wird sich ändern, aber Bakterien werden bleiben. Forschung und Wissenschaft bemühen sich, über die qualitativ und quantitativ veränderte Mundflora weniger Wirtsreaktionen auszulösen. Indirekt durch verminderte parodontal immunologische Reaktionen wird der Destruktionsprozess verlangsamt. Aber in der parodontalen Risikogruppe wird es dennoch zum Zahnverlust kommen. Und nur das Kriterium „Anzahl der vorhandenen Zähne“ ist der direkte Index. Alle anderen Indizes sind indirekt, mit einer hohen Sensitivität und Spezifität. Aber diese Indizes zeigen uns nur, ob der Patient eine ausreichende Mundpflege betreibt, oder ob Entzündungen vorhanden sind. Ob diese vielleicht ungenügende Zahnpflege oder lokale Entzündungen jemals zum Zahnverlust führen, lässt sich aus diesen Indizes nicht direkt ablesen.

Die immunologischen Abläufe, die zum Knochenabbau führen, sind genetisch determiniert, aber beeinflussbar. Das erklärt, warum wir Patienten mit parodontalpathogenen Keimen ohne wesentliche Parodontitiszeichen kennen, und warum Patienten trotz effektiver Zahnpflege und professioneller Unterstützung mit weiterem Knochenabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust rechnen müssen.

Gute Mundhygiene und selbst professionelle Zahnpflege können die Folgen und Schwächen der natürlichen Abwehrmechanismen nur in begrenztem Maße ausgleichen. Dafür benötigen wir einen direkten therapeutischen Eingriff in das parodontale Boneremodelling. Während direkte MMP-Inhibitoren und Probiotics zurzeit erforscht werden, steht uns lokales Doxycyclin zur Anwendung zur Verfügung. Alle anderen bekannten Maßnahmen wie Mundhygiene PZR, Laser, Ozon, Photodynamische Therapie, Antiseptika und Antibiotika haben einen Einfluss auf das Entzündungsgeschehen, aber keinen direkten Einfluss auf den parodontalen Knochenabbau. Über eine verringerte Wirtsreaktion erhofft man sich bei dieser Therapie indirekt durch Verbesserung der klinischen Situation eine Normalisierung des Boneremodelling. Tetracycline hemmen reversibel den parodontalen Knochenabbau und greifen so direkt in den Knochenumbauprozess ein, wobei das Doxycyclin das wirksamste Tetracyclin ist. Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiotische Wirkung im Vordergrund.

Lesen Sie im Teil 2, warum und wie diese adjunktiv lokal Doyclclin unterstützte PA-Therapie funktioniert.

Infektionskrankheiten/Impfschutz/Krankenhaushygiene

	Fälle im Juli	Kumulativwert (02.01. bis 29.07.12)*
Campylobacter	248	1.060
Norovirus**	127	4.149
Lyme-Borreliose	108	375
Keuchhusten	87	912
Salmonellose	52	400
Rotavirus	52	1.587
Windpocken	19	380
Yersiniose	19	53
MRSA	9	70
Listeriose	6	15
Adenovirus (Keratokonjunktivitis)	2	8
EHEC/STEC	1	19
Legionellose	1	3

* vorläufige Zahlen, Stand: 10.08.2012 (durch Nachmeldungen kann es Differenzen zwischen der Summe der Einzelmonate und dem aktuellen Kumulativwert geben)

** ausschließlich labordiagnostische Fälle

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

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

Amtliche Mitteilungen
der Landeszahnärztekammer Brandenburg

Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin

Vom 21. April 2012
ABl. Nr. 27 vom 29.06.2012 (S. 1099)

Artikel 1

Die Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin hat in ihrer Sitzung am 21. April 2012 folgende Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin vom 7. Mai 2011 (ABl. 2012 S. 21 beschlossen:

1. § 3 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Vertreterversammlung ist das oberste Organ des Versorgungswerkes. Sie besteht aus zwölf Mitgliedern, die dem Versorgungswerk angehören müssen. Die Zahnärztekammer Berlin und die beteiligten Kammern benennen dem Versorgungswerk ihre jeweiligen Vertreterinnen oder Vertreter. Die Amtsperiode entspricht der Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin. Die Vertreterversammlung gibt sich eine Geschäftsordnung sowie eine Wahlordnung zur Wahl des Aufsichts- und des Verwaltungsausschusses. Ihr obliegen folgende Aufgaben:

1. Wahl und Abberufung der oder des Vorsitzenden, der oder des stellvertretenden Vorsitzenden und der weiteren vier Mitglieder des Aufsichtsausschusses,
2. Wahl und Abberufung der oder des Vorsitzenden, der oder des stellvertretenden Vorsitzenden und der weiteren vier Mitglieder des Verwaltungsausschusses,
3. die Entgegennahme und Feststellung des Jahresabschlusses,
4. die Entlastung der Mitglieder des Aufsichts- und des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes,
5. die Beschlussfassung über die Verwendung von Überschüssen, über die Maßnahmen zur Deckung von Fehlbeträgen und über die allgemeine Rentenbemessungsgrundlage,
6. die Beschlussfassung über Änderungen der Satzung mit Zweidrittelmehrheit,
7. die Beschlussfassung über Richtlinien für die Vertreterversammlung sowie den Aufsichts- und den Verwaltungsausschuss, insbesondere Geschäftsordnungen für die Ausschüsse, Anlagerichtlinien, die Rehabilitationsordnung.
8. die Beschlussfassung über Entschädigungsregelungen, insbesondere über eine Reisekostenordnung und eine Sitzungsgeldordnung.

Beschlüsse nach Satz 6 Nummer 1 und 2 können nur gefasst werden, wenn diese mit der Einladung auf der Tagesordnung bekanntgegeben worden sind. Für die Abberufung von Mitgliedern des Aufsichts- oder des Verwaltungsausschusses nach Satz 6 Nummer 1 und 2 ist eine Mehrheit von zwei Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung notwendig."

2. § 4 Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Ihre Amtsperiode entspricht der Amtsperiode der Vertreterversammlung."

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Ihre Amtsperiode entspricht der Amtsperiode der Vertreterversammlung."

b) in Absatz 4 wird die Angabe „Unterausschüsse" durch die Angabe „Kommissionen" ersetzt.

c) Absatz 7 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses erhalten auf Beschluss der Vertreterversammlung eine Aufwands- und Übergangsentschädigung."

4. § 12 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) folgender neuer Satz 1 wird eingefügt:

„Anträge auf Leistungen und Zuschüsse sind nur wirksam, wenn sie schriftlich oder zur Niederschrift beim Versorgungswerk gestellt werden."

b) der bisherige Satz wird Satz 2.

5. In § 15 Absatz 2 werden folgende neue Sätze 3 und 4 angefügt:

„Die berufliche Tätigkeit ist im Sinne dieser Vorschrift eingestellt,
1. bei angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten nach Fortfall der Gehaltszahlung,
2. bei niedergelassenen bzw. selbständig tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten nach Einstellung der gesamten zahnärztlichen Tätigkeit, frühestens jedoch bei Verzicht auf die Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung oder die Ermächtigung nach § 31 der Zulassungsverordnung.

Das Ruhen der Zulassung oder der Ermächtigung steht im Falle

1. der Gewährung einer Rente wegen vorübergehender Berufsunfähigkeit nach Abs. 1 Nummer 1 nicht entgegen,
2. der Gewährung einer Rente wegen dauernder Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr.2 nicht entgegen, sofern der Verzicht auf die Zulassung oder die Ermächtigung bis zum Ende des Kalendermonats erfolgt, der auf den Monat der Zustellung des Bescheides an das Mitglied über die Zuerkennung dieser Rente folgt."

6. In § 16 Absatz 2 werden die Sätze 5 und 6 wie folgt neu gefasst:

„Das Eintrittsalter bestimmt sich nach dem erstmaligen Eintritt in eine Versorgungseinrichtung gemäß Absatz 3 Satz 2 Nummer 2, frühestens aber nach dem 1. des Monats der Entrichtung des ersten Beitrages. Als Eintrittsalter wird das Alter an dem Geburtstag angesehen, der dem Eintritt bzw. dem 1. des Monats der Entrichtung des ersten Beitrages am nächsten liegt; gibt es keinen nächstliegenden Geburtstag, so ist der auf den Eintritt folgende Geburtstag maßgebend."

7. § 26 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„...wobei der den Regelbeitrag (gemäß Absatz 1 Nummer 1 oder § 40 Absatz 4) übersteigende Beitragsanteil nach § 28 Absatz 2 bewertet wird."

8. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Erlischt die Mitgliedschaft und wird die oder der Berufsangehörige Mitglied einer anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung, so werden auf ihren oder seinen Antrag die von ihr oder ihm oder für Sie oder ihn geleisteten Beiträge an diese Versorgungseinrichtung übergeleitet, sofern

1. der Antrag beim Versorgungswerk oder der anderen Versorgungseinrichtung binnen sechs Monaten seit Beginn der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung eingegangen ist,
2. die beitragspflichtige Mitgliedschaft 96 Kalendermonate nicht überschritten hat,
3. ein Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht und
4. die Bestimmungen dieses Abkommens einer Überleitung nicht entgegenstehen.

Neben den Beiträgen werden Zinsen übergeleitet, sofern das jeweilige Überleitungsabkommen das vorsieht. Soweit die Überleitung erfolgt ist, erlöschen sämtliche Ansprüche der oder des Berufsangehörigen gegen das Versorgungswerk.

(3) Erlischt die Mitgliedschaft einer oder eines Berufsangehörigen bei einer auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung und tritt die Pflichtmitgliedschaft zum Versorgungswerk ein, so werden auf ihren oder seinen Antrag die von ihr oder ihm oder für sie oder ihn geleisteten Beiträge an das Versorgungswerk übergeleitet, wenn

1. der Antrag beim Versorgungswerk oder der anderen Versorgungseinrichtung binnen sechs Monaten seit Eintritt der Pflichtmitgliedschaft eingegangen ist,
2. die beitragspflichtige Mitgliedschaft bei der abgebenden Versorgungseinrichtung 96 Kalendermonate nicht überschritten hat,
3. die oder der Berufsangehörige zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflichtmitgliedschaft das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
4. ein Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht und
5. die Bestimmungen dieses Abkommens einer Überleitung nicht entgegenstehen.

Neben den Beiträgen werden Zinsen übergeleitet, sofern das jeweilige Überleitungsabkommen das vorsieht. Die übergeleiteten Beiträge, nicht jedoch übergeleitete Zinsen, werden auch für Zeiten vor dem 1. Januar 2008 als Pflichtbeiträge nach § 26 bzw. freiwillige Beiträge nach § 28 behandelt und nach § 16 bewertet. Enthält die Überleitung Nachversicherungsbeiträge, finden insoweit die für die Nachversicherung geltenden Bestimmungen Anwendung."

b) Absatz 5 und Absatz 6 werden aufgehoben.

Artikel 2

Die vorstehenden Satzungsänderungen treten am Tage nach der Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin in Kraft.

Nach § 4 b Absatz 5 Satz 6 in Verbindung mit § 14 Absatz 1 des Berliner Kammergesetzes in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937, S. 1980), das zuletzt durch Gesetz vom 17. März 2010 (GVBl. S. 135) geändert worden ist, genehmigt.

Berlin, den 29.05.2012

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Im Auftrag
Music

Ausgefertigt am 6. Juni 2012

Dr. E. Schäfer Vorsitzender des Aufsichtsausschusses	A. Essink Vorsitzender des Verwaltungsausschusses	Dr. I. Rellermeier stellv. Vors. des Verwaltungsausschusses

Die vollständige Satzung finden Sie als PDF-Datei zum Herunterladen unter www.VZBerlin.org.

Heft 1

Probleme der Freiberufler finden Gehör 5
Neuwahl des Vorstandes der KZVLB 6
Dr. Eberhard Steglich: Freiheit ist Verantwortung 8
Rainer Linke: Sicher, dass der neue Apparat funktionieren wird 11
Mitglieder der Vertreterversammlung 14
Freiberufler feiern 20. Verbandsjubiläum 16
„Horizonte 2011“ mit Blick auf die Fachkräfte 17
In insgesamt 29 Workshops intensiv gelernt 18
Interessante Kurse der dezentralen Fortbildung 19
Prävention, die ankommen soll(te) 20
Hinweise zum Betrieb von Amalgamabscheidern 23
Krebsvorsorge in der Zahnarztpraxis 24
Messe: Cottbuser kümmern sich um ihre Gesundheit 25
Infektionskrankheiten/Impfschutz/Krankenhaushygiene 26
Infektionsepidemiologische Lage – Jahresrückblick 26
Fragen und Antworten zur Abrechnung 28
Wir bauen auf und ... liquidieren 30
Die GOZ und Justitia 32
Ausbildungsratgeber zur Berufsschulzeit 34
Schein-Gemeinschaftspraxen geht‘s ans Honorar 36
Wahl der nichtrichterlichen Beisitzer der Berufsgerichte für Heilberufe erfolgt 38
apoBank fördert Networking von Heilberuflerinnen 39
Tagebuch eines Zahnmedizin-Studenten Teil 4 41
Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag 43
Verlagsseite 44
Impressum 45
Kleinanzeigen 47

Heft 2

Alte und doch neue Spitze 3
VV-Vorsitzende möchten das Ehrenamt stärken 5
Crossmedia – Das Internet verändert die Welt!? 6
(Nach-)Wahlen und viel Diskussionsstoff 8
Beschlüsse der Kammerversammlung 12
Zahnärztliche Berufsausübung im Wandel 14
20 Jahre Landeszahnärztekammer 17
Inhaltsverzeichnis Jahrgang 21/2010 18
Infektionskrankheiten | Impfschutz | Krankenhaushygiene 16
Inspektionen jetzt auch in Zahnarztpraxen 20
Vorgestellt: HELIOS Klinikum Bad Saarow 21
Digitale Dentalradiografie hat sich bewährt (1) 22
ZahnRat-Bestellfaxformular 39
Gut gerüstet für die Gesundheitskarte 24
Schnittstelle Kieferorthopädie und Chirurgie 26
Ihr Fortbildungsinstitut ist nun ISO-zertifiziert 27
Oft keine Erstattung bei GOÄ-Positionen 28
Gerichte bremsen Beihilfestellen aus ... 29
Fragen und Antworten zur Abrechnung 32
Weiblich, ledig, jung gesucht 34
„Versäumungsurteil im Namen der Republik“ 36
Droht bald ein Fachkräftemangel? 37
Junge Zähne zum fünften Mal im Fokus 40
Die Internetseite der KZVLB im Wandel 41
Gesundheitsmesse mit Verbesserungspotential 41
Zahnärztliche und Kfo-Versorgung im Bereich der KZVLB 42
Neuzulasungen 43
Spendenaufruf für die Tsunami-Opfer in Japan 43
Brandenburgischer Zahntechniker hilft in Peru 44
400 bis 500 Euro fehlen für Zahnbehandlung 45
Termine, Porträt, Impressum und Verlagsseite 46

Heft 3

Dauerbrenner Werbung und Bereitschaftsdienst 3
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
Digitale Dentalradiografie hat sich bewährt (2) 14
Möglichkeiten der Berufsausübung 17
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
Fragen und Antworten zur Abrechnung 24
Für den Zahnarzt oft eine Gratwanderung 26
Steuer bei privat genutztem Dienstwagen 28
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
Wir trauern um unsere Kollegen 34
Gewinnen Sie mit „Farbe“ 34
Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag 35
Verlagsseite 36
Impressum 37
Kleinanzeigen 38

Heft 4

Und wieder ein neues Jahrhundertwerk 3
„Zahnärztin ist der schönste Beruf für mich“ 5
„Inzwischen werben wir um Azubis!“ 6
Bessere Finanzlage der Krankekassen 8

Neu: Kollektive Ergänzungsverträge 10
Kontinuität an der Kammerspitze in Thüringen 14
Assistenten nur mit Genehmigung anstellen 16
Generationswechsel in Spreenhagen 20
„Fit für die Praxisbegehungen“ ist handfeste Hilfe 22
Lachgas in der Zahnheilkunde? 24
Die Zukunft der Abrechnung in Brandenburg 26
Fortbildungspflicht in Brandenburg erfüllt 28
Prüfungstermine für den Zeitraum 2011/2012 30
Aktuelle Angebote des Philipp-Pfaff-Institutes 32
Programmhinweis 21. Brandenburgischer Zahnärzetag 33
Baltische Impressionen – Bericht von der Fachexkursion 34
Medizin trifft Kunst 38
HUK-Coburg lässt „herzlich“ grüßen 40
Fragen und Antworten zur Abrechnung 42
Möglichkeiten der Berufsausübung 44
Neuzulassungen 45
Keine Zulassung ohne Freiberuflichkeit 46
Hilfe für Ostafrika: Gegen Hungersnot 47
Die 13 als Glückzahl – der Bambinilauf jährt sich 48
ZahnRat-Bestellfaxformular 49
Gelungenes Motorradtreffen in der Prignitz 50
Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag 51
Verlagsseite 52
Impressum 53

Heft 5

Die unendlichen Geschichten 3
Erste Bekanntmachung des Wahlleiters 5
Tagung der VV-Vorsitzendenrunde 6
Fort- und Weiterbildung auf dem richtigen Weg 8
Nutzen Statistiken der zahnärztlichen Presse? 9
Kassiert die KZV doppelt? 10
Gutachtertagung der Kieferorthopäden 14
Möglichkeiten der Berufsausübung 16
Alterszahnheilkunde – warum, wann und wie? 18
Vom unglaublichen Mehrwert einer DH 20
KZV bietet neuen Service 24
Neuzulassungen im Land Brandenburg 24
Investitionen in der Zahnarztpraxis 25
Hoher Besuch: Praxisbegehung in Oranienburg 26
Aktualisierter Hygieneplan für Zahnarztpraxen 28
Unnötige Zunahme von Masern-Erkrankungen 30
Infektionskrankheiten/Impfschutz/Kranken-haushygiene 30
Feierlicher Berufsabschluss mit Visionen 32
Fragen und Antworten zur Abrechnung 34
Das soll sich mit der novellierten GOZ ändern 36
Verkauf von Gutscheinen im Internet unzulässig 38
ZahnRat-Redaktionssitzung in Magdeburg 39
Wieder erfolgreich „Ins Maul geschaut“ 40
Zutaten zum Tag der Zahngesundheit 42
KZV-Mitarbeiter für guten Studienabschluss belobigt 44
Mit „epost“ sicher kommunizieren 45
Studienkameraden in die Arme gelaufen 46
Honorarprofessur für Dr. Dietmar Oesterreich 47
16. Sportwochenende in Bad Saarow 48
Erfolg hat nur, wer etwas tut: Unternehmerabende 50
Wir trauern um unseren Kollegen 50
Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag 51
Verlagsseite 52
Impressum 53

Heft 6

Wahlaufruf zur Kammerwahl 2012 3
Die sechste Legislaturperiode im Blick 6
Standespolitik derzeit stark gefordert 10
Wenn der Wind des Wandels weht 16
Problemdiskussion in der Staatskanzlei 19
Neu in der KZV: AG Wirtschaftlichkeitsprüfung 20
Kongress gab Impulse für den Praxisalltag 22
Fotos vom Zahnärztetag und Gesellschaftsabend 30
19 Prophylaxekoffer für Schulungen im Land 31
Pfaff: Die neuen Programmhefte sind da 32
Aus Z-PM S wird Z-QMS als Online-Version 36
Die MSH-Hilfe geht online: www.msh-hilfe.de 39
Zweite Bekanntmachung des Wahlleiters 25
Prüfungstermine für das erste Halbjahr 2012 33
Berichtigung zum Abschluss mit „sehr gut“ 33
Qualität der beruflichen Bildung im Blick 34
Fragen und Antworten zur Abrechnung 40
„Plaudern aus der Praxis“ ein Kavaliersdelikt? 44
ZahnRat-Bestellfaxformular 45
Die wahren Helden des Sports 46
Erfolgreiche Fortbildung von und für Kollegen 47
Die KZV hat ein Gesicht bekommen 48
GOZ-Schulungsveranstaltungen gut besucht 48
KZV-Mitarbeiter auf der Fortbildungsbank 49
Zweite Meinung für viele Patienten interessant 49
Drei-Länder-Versorgungswerk erfolgreich 50
Zahnärzte machen sich für Japans Waisen stark 50
Rumänische Kinder mit Chance auf gesunde Zähne 51
Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag 52
Verlagsseite | Impressum 54

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

www.zahnrat.de, www.zahnrat.eu, www.zahnrat.net

Versandkosten (zuzüglich 7 % MwSt.)

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

FAX-Bestellformular 0 35 25 - 71 86 12

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

Stück

- [ ] 70 „Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? ..."
- [ ] 71 Gesunde Kinderzähne fangen im Bauch an
- [ ] 72 Wenn das Kiefergelenk zum Knackpunkt wird
- [ ] 73 Ursachenforschung – Ohne genaue Diagnose keine wirksame Therapie
- [ ] 74 Zahnverlust – Was nun?
- [ ] 75 Benötigt mein Kind eine Zahnspange? Elternratgeber Kieferorthopädie

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis _____

Ansprechpartner _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

Datum _____ Unterschrift _____

Aufbaufüllung und Analogleistung berechnen

Die Mitglieder des GOZ-Ausschusses erhielten sehr viele Anfragen zur korrekten Abrechnung von Aufbaufüllungen. Deshalb sollen an dieser Stelle alle wesentlichen Punkte, die bei der Privatliquidation zu beachten sind, aufgeführt werden.

Dr. Heike Lucht-Geuther, Vorstandsmitglied der LZÄKB und GOZ-Ausschuss-vorsitzende

Autorin: Dr. Heike Lucht-Geuther, Hennigsdorf

In der GOZ wird die Aufbaufüllung nach der GOZ-Nr. 2180 abgerechnet. Der Leistungstext lautet: „Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone.“ Im Kommentar der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ist zu lesen, dass eine Aufbaufüllung immer im Zusammenhang mit einer sich anschließenden Überkronung eines Zahnes ausgeführt wird. Alle Kavitätenversorgungen innerhalb der Präparationssitzung sind nach der GOZ-Nr. 2180 zu berechnen.

Aufbaufüllungen dienen der Vorbereitung der zu überkronenden Zähne, um für eine Kronenpräparation genügend Substanz bereit zu stellen. Die Leistung kann einmal pro Zahn berechnet werden. Werden mehrere Kavitäten an einem Zahn mit Aufbaufüllungen versorgt, kann dieser zusätzliche Aufwand im Steigerungsfaktor Berücksichtigung finden.

Wird die Aufbaufüllung adhäsiv verankert, kann zusätzlich die GOZ-Nr. 2197 berechnet werden. Wird die Aufbaufüllung in Mehrschichttechnik ausgeführt, kann wegen des zusätzlichen Aufwandes der mehrfachen Schichtung der Steigerungsfaktor erhöht werden. Auch eine freie Vereinbarung mit einem Steigerungsfaktor > 3,5 ist denkbar. Die Ausführung in Mehrschichttechnik kann jedoch nicht der Grund für eine Analogberechnung sein.

Besonderheiten bei zeitlichem Verzug

Jetzt aufgepasst: Der Zahn wird mit Aufbaumaterial versorgt; die prothetische Weiterbehandlung erfolgt nicht im Anschluss. Gemeint sind Behandlungsfälle, bei denen:

- nach Wurzelbehandlung ein symptomloser Kontrollzeitraum abgewartet wird,
- eine apicale Veränderung ausheilen oder
- weil das Therapieziel eine Bissumstellung ist, die zunächst ausgetestet werden muss;
- wenn vor der ZE-Behandlung die systematische PAR-Behandlung ansteht oder
- wenn die spätere Versorgung des Zahnes noch nicht entschieden ist ...

Um weitere Gebissschäden über den indizierten Zeitraum hinaus zu verhindern, ist es hier notwendig, die Aufbaufüllungen auch mit Approximalkontakten zu versehen und die Kauflächenmorphologie wiederherzustellen. Schließlich braucht der Patient eine kaustabile Füllung für den zu überbrückenden Zeitraum. Diese Aufbaufüllungen, bei denen Kauflächenmorphologie und Approximalkontakte wiederhergestellt werden, können nach den Gebührennummern 2060 ff berechnet werden, denn der Leistungsinhalt für diese Füllungspositionen wird erfüllt (siehe BZÄK-Kommentar vom 7. Juni 2012).

Es kommt also zum Einen auf die Zeitspanne zwischen dem Legen der Aufbaufüllung und

Über die Seiten der Landeszahnärztekammer: www.lzkb.de >> Zahnärzte >> GOZ gelangen Sie unter anderem zum Kommentar der Bundeszahnärztekammer. Abrufbar sind ebenfalls die Gesetzestexte der GOZ, GOÄ und die Beihilfeverordnung. Die Synopsen GOZ 1988 zu GOZ 2012 geben einen schnellen Überblick über alle Änderungen im Paragrafen- und Gebührenteil.

der eigentlichen Kronenversorgung an, die innerhalb der vorbereitenden Therapie zahnmedizinisch notwendig und begründet sein muss. Zum Anderen ist zu beachten, dass der Leistungsinhalt der nach Nr. 2060 ff abgerechneten Füllung erfüllt wird.

Nicht berechenbar mit ...

Im Zusammenhang mit Einlagefüllungen (Nr. 2150 bis 2170) oder mit gegossenen Stiftstumpfaufbauten (Nr. 2190) sind Aufbaufüllungen nie berechenbar; das war auch in der „alten“ GOZ nicht anders.

Analogabrechnung

Die präendodontischen Kavitätenversorgungen sind in der GOZ nicht beschrieben und werden nach § 6 Abs. 1 analog berechnet. Sind Sie mit der Analogabrechnung vertraut? Hier ist alles Wesentliche zur Analogabrechnung zusammengefasst:

Mit der neuen GOZ haben sich die Voraussetzungen für Analogabrechnungen geändert. Im § 6 GOZ liest sich das wie folgt: „Selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine … gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist … kann eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Leistung … der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.“

Bei der Leistungsabrechnung empfehle ich Ihnen grundsätzlich das folgende Vorgehen, denn Sie müssen mehrere Dinge überprüfen: Als erstes prüfen Sie, ob die erbrachte und abzurechnende Leistung in einer Gebührenziffer der GOZ abgebildet ist. Ist die Leistung abgebildet, wird nach GOZ abgerechnet (Pauschalabrechnungen beispielsweise für die PZR sind nicht möglich, da die Leistung abgebildet ist). Fehlt die Leistung im Gebührenverzeichnis, muss als zweites geprüft werden, ob die

Klassisch ist es so: Vor einer prothetischen Versorgung kommt eine Aufbaufüllung. Aber Kopfschmerzen bereiten beim Abrechnen dieser Leistung oft die anderen Fälle ...

Leistung in den geöffneten Bereichen der GOÄ abgebildet ist. Ist die Leistung in beiden Gebührenverzeichnissen nicht abgebildet, dann ist als drittes zu prüfen, ob eine der Gebührenziffern der GOZ eine nach Art, Kostenaufwand oder Zeitaufwand vergleichbare Leistung abbildet. Nach dieser GOZ-Gebührenziffer wird dann analog abgerechnet. Wenn auch das nicht der Fall ist, kann eine über den § 6 Abs. 2 geöffnete Gebührenziffer bei der GOÄ eine Gebührennummer ausgewählt werden, die eine nach Art, Kostenaufwand und/oder Zeitaufwand vergleichbare Leistung abbildet.

Diese mehrstufige Prüfung ist bei jeder Leistungsabrechnung notwendig.

Unter www.bzaek.de wird demnächst eine Analogliste zur neuen Gebührenordnung veröffentlicht, in der die Leistungen aufgelistet werden, die einer analogen Berechnung zugänglich sind; allerdings ohne Festlegung auf eine bestimmte heranzuziehende Gebührennummer. Da der Zahnarzt immer in eigener Verantwortung festlegt, welche analoge Gebührenposition der nicht abgebildeten Leistung am ehesten entspricht, wurde auf die Festlegung auf bestimmte heranzuziehende Gebührennummern verzichtet. Schließlich sollen die Gestaltungsspielräume für uns Zahnärzte nicht eingeengt werden. Sie als Zahnarzt wählen in eigener Verantwortung aus, welche GOZ-Gebührennummer der nicht abgebildeten Leistung am ehesten entspricht, so dass mit der Analogposition im Steigerungsfaktor 2,3 eine angemessene Gebühr entsteht.

Die GOZ 2012 im Detail – Teil 2

In dieser Ausgabe folgen die Top-10-Fragen aus der GOZ-Sprechstunde bzw. aus Anfragen an das GOZ-Referat zu den Abschnitten B „Prophylaktische Leistungen“ und C „Konservierende Leistungen“ der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Dr. med. Ulfilas Rühtz, Mitglied des GOZ-Ausschusses der LZÄKB

Carola Kirsch, GOZ-Referat der LZÄKB

Autoren: Dr. med. Ulfilas Rühtz, Cottbus | Carola Kirsch, LZÄKB

Frage 1: Wie kann die Laserfluoreszenzkariesdiagnostik berechnet werden?

Antwort: Diese Leistung ist in der GOZ 2012 nicht beschrieben und stellt eine selbständige zahnärztliche Leistung dar. Somit ist sie gemäß § 6 (1) GOZ analog unter Beachtung der angegebenen Kriterien berechenbar.

Frage 2: Sind im Zusammenhang mit den Positionen 1000 und 1010 Beratungen aus der GOÄ berechenbar?

Antwort: Ja, wenn diese anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

Anmerkung: Die Abrechnungsbestimmungen der Positionen 1000 und 1010 lauten in der geltenden GOZ 2012 wie folgt: „Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.“

Frage 3: Ist das Fluoridierungsmedikament (zum Beispiel Lack oder Gel) zusätzlich neben der Position 1020 berechenbar?

Antwort: Nein, es ist nicht berechenbar.

Frage 4: Ist die Zungen- oder auch Wangenschleimhautreinigung als selbständige zahnärztliche Leistung berechenbar?

Antwort: Ja und zwar auch gemäß § 6 (1) GOZ als Analogberechnung.

Frage 5: Ist die Position 2390 „Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung“ neben endodontischen Leistungen berechenbar?

Antwort: Ja, denn der Verordnungsgeber stellt mit der Bemerkung „selbständige Leistung“ zwar fest, dass diese nicht Inhalt einer anderen Leistung sein darf, bestimmt aber nicht, dass sie als „alleinige Leistung“ abgerechnet werden soll. Aus dem Kommentar der BZÄK: „Die Leistung kann an vitalen oder avitalen Zähnen erbracht und berechnet werden. Die selbständige Leistung `Trepanation` ist mit der Eröffnung des koronalen Pulpenkavums abgeschlossen. Weitere endodontische Maßnahmen sind andere eigenständige Leistungen. Diese sind auch berechnungsfähig, wenn deren Durchführung im unmittelbaren Anschluss an die Trepanation erfolgt.“

Frage 6: Die parapulpären Stifte sowie die provisorische Stiftkrone ist nicht mehr Inhalt der GOZ 2012. Sind diese trotzdem berechenbar?

Antwort: Ja und zwar gemäß § 6 (1) GOZ als Analogberechnung.

Frage 7: Es gibt GOZ-Referenten, die in den Fortbildungsveranstaltungen die Auffassung vertreten, dass neben den GOZ-Positionen 2060, 2080, 2100 und 2120 (Restaurationen mit Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik) die GOZ-Position 2197 „Adhäsive Befestigung“ zusätzlich berechnet werden könnte. Welche Auffassung vertritt hier die LZÄK Brandenburg?

Antwort: Die adhäsive Befestigung von Restaurationen nach den GOZ-Positionen 2060, 2080, 2100 und 2120 kann nicht zusätzlich zur Position 2197 berechnet werden, sondern ist aufgrund der Leistungsbeschreibung Bestandteil der jeweiligen Leistung. Diese Auffassung wird auch von der BZÄK geteilt.

Frage 8: Ist der temporäre Verschluss von Kavitäten auch nach endodontischen Behandlungen, zum Beispiel medikamentöse Einlage Position 2430, berechenbar?

Antwort: Ja, es gibt hier keine Ausschlussbestimmungen. Die einzige Voraussetzung für die Abrechnung besteht darin, dass dieser Verschluss speicheldicht sein muss.

Frage 9: Ist die dentinadhäsive Aufbaufüllung analog gemäß § 6 (1) GOZ berechenbar?

Antwort: Nein. Für die Berechnung einer dentinadhäsiven Aufbaufüllung stehen die zwei nachfolgenden Abrechnungswege zur Verfügung:

1. Für einfachere und nicht über längere Zeiträume funktionell belastete Aufbauten (beispielsweise in direktem zeitlichen Zusammenhang mit nachfolgender Kronenpräparation) kommen die GOZ-Positionen 2180 „Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone“ plus 2197 „adhäsive Befestigung“ zum Ansatz. Erhöhte Schwierigkeiten oder zeitlicher Mehraufwand sind dabei mittels Steigerungsfaktor oder freier Vereinbarung kompensierbar.
2. Erfüllt die notwendige dentinadhäsive Aufbaufüllung die Kriterien einer adäquaten Kompositefüllung (zum Beispiel Funktionelle Oberflächenmorphologie, Kontaktgestaltung, marginale Adaptation ...), so ist durchaus der Leistungsinhalt der Gebührennummern 2060 ff erfüllt und steht zur korrekten Abrechnung zur Verfügung. Dies kann beispielsweise nach endodontischen Versorgungen oder im Rahmen funktioneller Therapiemaßnahmen notwendig sein, um im Rahmen der Verlaufskontrolle die Zahnhartsubstanz vor definitiver Neuversorgung sicher zu stabilisieren.

Frage 10: Sind provisorische Inlays berechenbar?

Antwort: Ja. Die Positionen 2260 bzw. 2270 beinhalten die provisorische Versorgung von Zähnen bzw. Implantaten. ⛔

Fragen und Antworten zur Abrechnung

„Paradox ist, dass der negative Befund beim Arzt als positiv empfunden wird.“ *

*Helga Schäferling, (1957), deutsche Sozialpädagogin

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVLB

Anke Kowalski
Stellv. Abteilungsleiterin Abrechnung

Autoren: Rainer Linke, Anke Kowalski, KZVLB

Der „Befund“ versteht sich als Ergebnis, welches aufgrund einer Untersuchung festgestellt wird. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz müssen laut Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan alle bestehenden zahnmedizinischen Befunde gemäß den vorgeschriebenen Abkürzungen immer komplett eingetragen werden. Dass sich diese Vorschrift nicht in jedem Fall problemlos in der Praxis umsetzen lässt, zeigen Ihre nachstehenden Anfragen.

Befund-Kürzel bei der Darstellung von Suprakonstruktionen

Frage: Eine metallische Hybridbrücke von Zahn 35 bis Zahn 37 muss erneuert werden;

Zahn 35: Erneuerung der metallischen Vollkrone,

Zahn 36: Erneuerung des metallischen Brückengliedes,

Zahn 37: Erneuerung der implantatgetragenen metallischen Vollkrone.

Welche Befundkürzel müssen jeweils eingetragen werden?

Antwort: Da in der vertraglichen Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan im Jahr 2005 keine eindeutige Zuordnung für die Befundungskürzel bei Suprakonstruktionen zu entnehmen war, gab es unter anderem folgende Befundungseintragungsmöglichkeiten:

„kw-b-sw“ oder „kw-bw-sw“ oder „sw-bw-sw“ oder „sw-sw-sw“.

Im Einvernehmen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV wurde sich im Jahr 2008 darauf verständigt, dass „s“ nur bei Implantaten selbst anzusetzen ist; dies gilt sowohl für die Befundung als auch für die Planung. Demzufolge ergibt sich für diesen Fall folgende Kürzelzuordnung:

TP																
R																
B	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													kw	bw	sw	f
R																
TP													K	B	SK	

Befund-Kürzel „ur“

Frage: Wann wird das Kürzel „ur“ in der Befundspalte eingetragen?

Antwort: Entsprechend der vereinbarten Ausfüllhinweise zum Heil- und Kostenplan steht das Kürzel „ur“ für „unzureichende Retention“. Weiter heißt es in dieser Vereinbarung: *„Mit dem Kürzel ‚ur’ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit ‚ur’ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollten.“*

TP																
R			K	BV	KV	BV	KV	KV								
B	f			f		x		ur				k	b	k		
	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		k	b	k									k			
R																
TP																

Bef.-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
2.1	15	1
2.5	13	1
2.7	15-12	4
1.1	11	1
1.3	11	1

Beispiele – Fall 1:

Erläuterungen: Der Befund im Oberkiefer lässt eine festsitzende Brücke als Regelversorgung zu. Der Zahn 11 weist keine Überkronungsnotwendigkeit wegen weitgehender Zerstörung auf, jedoch wird er zur Stabilisierung der Brücke 12-16 benötigt und wird daher mit dem Befund „ur“ gekennzeichnet.

Hinweis: Der nicht lückenbenachbarte Zahn 11, der als Einzelkrone mit der Brückenversorgung verblockt ist, wird abrechnungstechnisch auch als Einzelkrone gewertet (d. h. Befund-Nrn. 1.1 sowie 1.3; BEMA Geb-Nr. 20 b).

ABER: Sollte es sich z. B. um folgende richtlinienkonforme Freiendbrücke handeln,

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

kann für den Zahn 14, der mit dem lückenangrenzenden Pfeilerzahn benachbart ist, kein zusätzlicher Festzuschuss nach der Befundgruppe 1 angesetzt werden, da dieser Pfeilerzahn dann Leistungsinhalt der Befund-Nr. 2 ist. Diese Freiendbrücke wird wie folgt bezuschusst:

Bef.-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
2.1	12	1
2.7	14-12	3

Beispiele – Fall 2:

TP	E	E	E	E	TV						TV	E	E	E	T	
R	E	E	E	E	TV						TV	E	E	E	KH	
B	ew	ew	ew	ew			k	b	k			ew	ew	ew	ur	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		k	b	k												
R																
TP																

Erläuterungen: Da im ersten Quadranten eine bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe sowie im zweiten Quadranten eine bis zum Eckzahn unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen vorliegt und der Behandler laut Regelversorgung festgelegt hat, dass eine dentale Verankerung durch Teleskopkronen (für Zähne 14 und 23) notwendig ist, ist die Voraussetzung für den Befund 3.2 bereits gegeben (der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar). Somit besteht für diese beiden Zähne keine bestimmte, in Form eines Kürzels darzustellende Befundsituation als Voraussetzung für die Ansatzfähigkeit des Festzuschusses 3.2.

Entsprechend der Befundsituation hat der Behandler bezogen auf den Zahn 27 festgestellt, dass dieser Zahn aufgrund seiner anatomischen Gegebenheiten im Rahmen der Regelversorgung keine ausreichende Retention zur Aufnahme des indizierten Halteelementes bietet. Nach der ZE-Richtlinie 16. b) können Zahnkronen unter anderem angezeigt sein *„… zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.“*

Hieraus ergibt sich der Kronenfestzuschuss für den Zahn 27; insgesamt sind nachstehende Befund-Nrn. ansatzfähig:

Bef.-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
3.1	OK	1
1.1	27	1
3.2	14, 23	2
4.7	14, 23	2

Befund-Kürzel „)(“

Frage: Bezogen auf die nachstehende Befundsituation und Therapieplanung stellt sich die Frage: Welche Auswirkung hat der Lückenschluss im vierten Quadranten auf die zu bezuschussende Regelversorgung?

TP																
R																
B				k											k	
	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			fi	)(	k								k	b	k	
R		?	?	?	?											
TP			SKM													

Antwort: In den bundesweit vereinbarten Ausfüllhinweisen zum Heil- und Kostenplan ist unter anderem definiert: *„Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn …“.*

Somit ergibt sich für die tatsächlich eingliederungsfähige Regelversorgung folgende Abrechnung:

Bef.-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
2.1	46	1
2.7	44	1

Hinweis zum Festzuschuss 2.7 (Verblendung): Da für die Regelversorgung der Lücke ein Brückenfestzuschuss zum Ansatz kommt, die Lücke aber mit einem Implantat versorgt wird, ist trotz alledem der Festzuschuss für die Verblendung desjenigen Brükkenankers ansatzfähig, der im Rahmen der Regelversorgung topografisch im Verblendbereich ist, das Heißt im konkreten Fall für den Anker 44. Dies ergibt sich aus der Festzuschussrichtlinie A2, in welcher es heißt: *„Festzuschüsse für Verblendungen werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht.“*

Grundsätzlich gilt für alle Versorgungen, dass die topographische Lage über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7 entscheidet.

Gesetzlich und privat nicht kombinierbar

Der Abschluss einer Privatvereinbarung darf nicht Voraussetzung für Vertragsleistungen sein – bestimmte „Verkaufs“-Praktiken eines Kieferorthopäden zur PZR beschäftigten das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen

Ass. Claudia Mundt

Autorin: Ass. Claudia Mundt, KZV Mecklenburg-Vorpommern

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschied am 10. Juli 2010 (AZ: L 11 Ka 68/01) einen besonders dreisten Fall, in dem ein Kieferorthopäde die Erbringung von vertragszahnärztlichen Leistungen vom Abschluss einer PZR-Zusatzvereinbarung abhängig machte. Der Kieferorthopäde hatte mittels massiver Einflussnahme auf Patienten bzw. deren Eltern diese zu Privatleistungen gedrängt. In vier Fällen erschwerte der Kieferorthopäde systematisch die Behandlung bzw. brach sie schließlich sogar ab, weil die Patienten eine private Zuzahlung zu einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) abgelehnt hatten. Für diese Fälle gab er Handlungsanweisungen an das Praxispersonal heraus, nach welchen diesen Patienten zum Beispiel:

- ausschließlich Vormittagstermine unterbreitet wurden,
- der Behandlungsbeginn herausgezögert wurde, weil beispielsweise die Akte nicht auffindbar sei,
- der Behandlungsplan so geschrieben wurde, dass ein Gutachter ihn ablehnen musste oder
- statt der beantragten Multibandapparatur lediglich herausnehmbare Geräte verwendet wurden …

Dem Kieferorthopäden wurde die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung entzogen.

Das Verhalten des Kieferorthopäden stellt einen Verstoß gegen die vertragszahnärztlichen Pflichten dar und zwar in einem solchen Maß, dass seine Teilnahme am System der vertragszahnärztlichen Versorgung allen Leistungsträgern und auch den gesetzlich Versicherten auf Dauer unzumutbar ist. Das Gericht beurteilte die Vorgehensweise des Kieferorthopäden als perfides System, gesetzlich Versicherten eine Privatleistung aufzudrängen, damit diese eine im Rahmen der GKV geschuldete vertragszahnärztliche Leistung erlangen konnten.

Vertrauen stark gestört ...

Mit dieser Vorgehensweise wurde das Vertrauen von KZV und Krankenkassen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen des Zahnarztes derart gestört, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit nicht mehr zugemutet werden konnte. Denn die Funktionsfähigkeit des von anderen geschaffenen und finanzierten Leistungssystems der gesetzlichen Krankenkasse hängt entscheidend davon ab, dass die KZV und die Krankenkassen auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung und die peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen vertrauen können.

... = grobe Pflichtverletzung

Entsprechend stellt sich ein Verstoß gegen die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung und zur peinlich genauen Abrechnung stets als gröbliche Pflichtverletzung dar, die zur Entziehung der Zulassung bzw. im vorliegenden Fall zur Entziehung der Ermächtigung führt. Zwar wird mit einem Zulassungsentzug in das Grundrecht der Berufsfreiheit des betroffenen Vertragszahnarztes eingegriffen. Denn aufgrund der Versichertenstruktur in Deutschland mit weit überwiegend gesetzlich Versicherten entspricht ein Zulassungsentzug nahezu einem Berufsverbot. Er kommt also unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur dann in Betracht, wenn er das einzige Mittel zum Schutz und zur Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung ist. Diese Voraussetzung ist aber bei einer Fallgestaltung wie der vorliegenden gegeben.

Die Professionelle Zahnreinigung während einer kieferorthopädischen Therapie ist zwar dringend angeraten – kann jedoch nicht „erzwungen“ werden.

Diese Einschätzung greift unabhängig von der Notwendigkeit einer PZR im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung. Die höhere Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolgs oder ein eventuell erhöhtes Haftungsrisiko des Vertragszahnarztes müssen den Patienten und / oder den Krankenkassen auf andere Weise näher gebracht werden, als mit einem zwangsweisen Zuzahlungssystem. Denn letztlich steht es dem Vertragszahnarzt frei, gegebenenfalls in Absprache mit den Krankenkassen keine kieferorthopädische Therapie durchzuführen, wenn die erforderliche Mitarbeit des Patienten nicht gewährleistet ist. Eine Koppelung der Erbringung von vertragszahnärztlichen Leistungen an den Abschluss einer Privatvereinbarung ist also rechtswidrig.

Nachdruck aus: dens 4/2012

IDS®
12.–16.3.2013

Checkliste für einen Prophylaxeshop

Viele Patienten schätzen es, im Prophylaxeshop „ihrer“ Zahnarztpraxis Zahnpflegeprodukte zu erwerben. Doch Vorsicht: Werden steuerrechtliche Bestimmungen außer Acht gelassen, kann es für den Betreiber teuer werden.

Autor: Dipl.-Oec. Frank Pfeilsticker, Steuerberater

Die Einrichtung eines Prophylaxeshops ist häufig durch die strategische Überlegung geprägt, den Patienten einen zusätzlichen Service zu bieten, indem bestimmte Pflegeprodukte gleich aus einer Hand geliefert werden. Die Abgrenzung zu anderen Praxen durch den Shop kann somit ein geeignetes Instrument zur Patientenbindung sein. Um auch finanziell davon profitieren zu können, sollten die Verkaufsmargen sowie die anfallenden Kosten im Vorfeld gut durchkalkuliert sein.

Steuerlich sind im Wesentlichen folgende Aspekte wichtig:

Gewerbesteuer:

- Der Verkauf von Produkten ist als Handelsgewerbe bei der zuständigen Gemeinde als Gewerbe anzumelden. Das Gewerbeamt informiert das Finanzamt. Sofern der Gewinn aus dem gewerblichen Prophylaxeshop nicht über dem gewerbesteuerlichen Freibetrag von 24.500 € liegt, wird im Ergebnis keine Gewerbesteuer anfallen.

- Ist die Zahnarztpraxis als Berufsausübungsgemeinschaft tätig, ist wichtig, dass der Prophylaxeshop eindeutig rechtlich und organisatorisch von der zahnärztlichen Tätigkeit getrennt ist, ansonsten besteht die Gefahr, dass der Shop die freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit gewerblich infiziert und somit auch für die zahnärztliche Praxistätigkeit Gewerbesteuer anfallen könnte. Die Trennung ist z. B. durch die Gründung einer zweiten rechtlich selbständigen GbR möglich. Die Betreibung des Shops durch eine dritte Person (z. B. Ehegatte) wäre ebenfalls als einfache Lösung möglich.

Umsatzsteuer:

- Die Leistungen eines Zahnarztes sind nur dann umsatzsteuerfrei, wenn es sich dabei um die Ausübung der Zahnheilkunde handelt. Als Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige, auf zahnärztlich wissenschaftliche Kenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten anzusehen.

- Die Umsätze des Praxisshops unterliegen dagegen der Umsatzsteuer. Ist der Umsatz jedoch unter 17.500 Euro p. a., wird die USt nach der sog. Kleinunternehmerregelung nicht erhoben. Sofern die Praxis mit einem Eigenlabor betrieben wird, und diese Leistungen bereits über 17.500 € p.a. liegen, greift diese Vereinfachungsregel nicht und der Shop wird umsatzsteuerpflichtig.

- Auch hier könnte zur Vermeidung der Umsatzsteuerpflicht eine zweite Gesellschaft helfen, die noch einmal den Freibetrag von 17.500 € in Anspruch nehmen kann.

Einkommensteuer:

- Die Gewinne werden getrennt von den zahnärztlichen Einkünften der normalen Einkommensteuer unterworfen.

Dipl.-Oec. Frank Pfeilsticker, Steuerberater Konzept Steuerberatungsgesellschaft mbH, Berlin und Potsdam

Fehlerhafter Zahnersatz – wer haftet?

Um diese Frage entbrennt nicht selten Streit zwischen Zahnarzt und Labor. Doch als Faustregel gilt: Mängelrügen nach definitiver Eingliederung fallen dem Zahnarzt zur Last und bei werkvertraglichen Mangel erfolgt der Rückgriff auf das Labor.

Norman Langhoff, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Röver Brönner, Berlin, www.roeverbroener.de

Autor: Norman Langhoff, Berlin

Sind Patienten mit dem Zahnersatz unzufrieden, dann sieht sich der Zahnarzt in der Pflicht zur Nachbesserung. Hat er die Arbeit in einem gewerblichen Labor fertigen lassen, so wird er dort auf Erledigung dringen. In anderen Fällen sucht der Patient das Zahnarztlabor auch direkt auf – eigenständig oder auf Veranlassung des Zahnarztes. Ungewöhnlich ist es auch nicht, dass ein Zahntechniker zum Termin in der Praxis hinzukommt. Den Beteiligten sind die gegenseitigen Verantwortlichkeiten in solchen Fällen nicht immer klar. Der folgende Beitrag zeigt daher die jeweiligen Rechtsbeziehungen auf.

Struktur der Leistungsbeziehungen

Ausgangspunkt für die Darstellung der Leistungsbeziehungen ist – bei der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung gleichermaßen – die Erkenntnis, dass zwischen Patient und Zahnlabor keine vertraglichen Beziehungen bestehen. Es besteht bildlich gesprochen daher keine vertragliche Dreiecksbeziehung („jeder mit jedem“), sondern vielmehr eine Leistungskette, in der der Zahnarzt das Bindeglied darstellt, weil er sowohl mit dem Patienten als auch mit dem Zahnlabor in vertraglicher Beziehung steht (die Fälle der Beteiligung eines Praxislabors bleiben hier außer Betracht).

Keine Dreiecksbeziehung, sondern Leistungskette

Die Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen

Nach überwiegender Auffassung in Rechtsprechung und Fachliteratur wird der Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Patient als Dienstvertrag eingeordnet. Dies gilt unabhängig davon, ob der Behandlungsgegenstand zum Beispiel allein konservierend-chirurgische Leistungen oder die Fertigung und Eingliederung von Kronen, Brücken, Implantaten oder ähnliches ist. Grund hierfür ist die Annahme, dass die ärztliche Leistung der gesamten das vorherrschende Gepräge gibt. Nichtsdestotrotz finden jedoch auch einzelne werkvertragliche Elemente Berücksichtigung. Das bedeutet unter anderem, dass

- bei Erhalt des Zahlungsanspruchs kein Behandlungserfolg geschuldet wird,
- der Behandlungsvertrag jederzeit gekündigt werden kann,
- es keine spezielle dienstvertragliche Mängelgewährleistung gibt, aber
- dem Zahnarzt ein Nachbesserungsrecht zusteht (werksvertragsähnlich).

Prothetische Arbeiten stellen einen Teil der zahnärztlichen Behandlungsleistung dar. Auch wenn der Zahnarzt die Prothetik bei einem Labor in Auftrag gibt, wird diese Leistung dem Patienten gegenüber vom Zahnarzt verantwortet; der Laborunternehmer ist quasi „Subunternehmer“ des Zahnarztes. Anders als der Behandlungsvertrag ist das Vertragsverhältnis zwischen Zahnarzt und Labor jedoch werkvertraglicher Natur. Das bedeutet unter anderem, dass

- der Laborunternehmer ein Werk – also einen Erfolg schuldet,
- die Kündigung des Werkvertrages an bestimmte Voraussetzungen (zum Beispiel Fristsetzung) geknüpft ist und
- speziell werkvertragliche Mängelgewährleistungen bestehen.

Konsequenzen bei fehlerhafter Leistung

Kommt es bei zahnprothetischen Behandlungen zu Komplikationen, so können sich aufgrund der genannten strukturellen Unterschiede verschiedene Konstellationen ergeben. Hinzu kommt, dass das Vertragszahnarztrecht die zivilrechtliche Grundstruktur teilweise überlagert. Aus vertragszahnärztlichen Vorgaben ergibt sich, dass der Zahnarzt – anders als bei Privatbehandlungen – dem Kassenpatienten zwei Jahre Gewährleistung auf eine prothetische Versorgung zu geben hat. Stellt sich der Patient während der Gewährleistungsfrist vor und sind Nachbesserungen an der Versorgung vorzunehmen, hat der Zahnarzt diese durchzuführen. Der Patient hält sich an seinen einzigen Vertragspartner, den Zahnarzt.

Der Laborunternehmer ist jedoch kein direkter Leistungserbringer im vertragszahnärztlichen System, er ist also nicht per se in solchen Fällen zur kostenlosen Nachbearbeitung verpflichtet. Sind zur Nachbearbeitung auch Maßnahmen im Zahnlabor vorzunehmen, so kommt es auf die jeweiligen Umstände des Einzelfalles an, wer eventuelle Mehrkosten zu tragen hat.

Indem der Zahnarzt eine Brücke endgültig einzementiert und damit bewirkt, das sie nicht mehr entfernt werden kann, ohne sie zu zerstören, bringt er zum Ausdruck, dass er sie als vertragsmäßiges Werk anerkannt hat (OLG Düsseldorf vom 14. Mai 2009, Az: 5 U 135/08; Abruf-Nr. 100081 unter www.iww.de). Ergeben sich also nach definitiver Eingliederung begründete Mängelrügen, so fallen erneute Laborkosten dem Zahnarzt zur Last. Nichts anders gilt bei reiner Privatbehandlung. Alle labortechnischen Nachbesserungsmaßnahmen sollten daher vor der endgültigen Eingliederung veranlasst werden. Im Übrigen wird – Abnahmefragen einmal unberücksichtigt – zu unterscheiden sein: ein Rückgriff auf den Laborunternehmer zwecks Nachbesserung setzt eine werkvertraglichen Mangel voraus. War die Prothetik von Anfang an mangelbehaftet oder waren erste Nachbesserungen nicht ausreichend, so hat der Laborunternehmer Abhilfe auf seine Kosten zu schaffen. Haben zum Beispiel Behandlungsmaßnahmen des Zahnarztes die Prothetik beeinträchtigt, dann hat der also technisch ausgedrückt den Mangel am Werk selbst verschuldet und ein Gewährleistungsfall wird nicht anzunehmen sein.

Die Kardinalfrage wird dann sein, wann (allein) ein Verschulden des Laborunternehmers vorliegt und wann der Zahnarzt einstehen muss. Hier dürften folgende generelle Aussagen gelten: Materialfehler und handwerkliche Ungenauigkeiten gehen zu Lasten des Laborinhabers und verpflichten ihn zur werkvertraglichen Nachbesserung (vor Abnahme!). Planungsbedingte Mangelrealisation oder grundlegende Änderungen an der laborgefertigten Prothetik durch den Zahnarzt wirken sich zu Lasten des Behandlers aus.

Wir danken für die Nachdruckerlaubnis. Die Erstveröffentlichung des Artikels fand statt in: Praxis Implantologie, Ausgabe 9, September 2011, S. 14.

Bei fehlerhaftem Zahnersatz ist die Haftungsfrage zu klären.

Versorgungswerk für die Zukunft gut aufgestellt

Die Wahlen zur Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin stehen vor der Tür. Im Nachgang zu dieser Wahl werden auch die Vertreter des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin erneut gewählt. Ein paar Worte zum Wahlkampf.

Dr. Eckehart Schäfer, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

Dr. Jörg Meyer, stellv. Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

Autoren: Dr. Eckehart Schäfer, Schwarze Pumpe | Dr. Jörg Meyer, Berlin

Der Wahlkampf hat eigene Gesetze, die Verbände ringen um Stimmen, versuchen ihre Anhänger zu mobilisieren und neue Wähler zu finden. Den Emotionen wird von der einen oder anderen Seite teilweise freier Lauf gegeben. Es wird leider auch persönliche Angriffe geben. Halbwahrheiten und Halbwissen haben Konjunktur. In einem berufsständischen Versorgungswerk geht es aber um eine verantwortungsbewusste, konservative, zukunftsorientierte und vertrauensvolle Arbeit für die Mitglieder. Zur Sicherung ihrer Anwartschaften und Renten. Trotzdem wird auch unser Versorgungswerk Thema des Berliner Wahlkampfes werden. Deshalb eine kleine Rückschau über die geleistete Arbeit und der Blick in die Zukunft.

Vorangestellt sei hier das Wichtigste: Das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) ist gut aufgestellt! Der Verwaltungsausschuss unter Leitung der Kollegen Albert Essink und Ingo Rellermeier hat gut gearbeitet. Ihm, dem Direktor Ralf Wohltmann und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung gilt unser besonderer Dank.

Unser Versorgungswerk ist ein relativ „junges“, mit jährlichem Zuwachs bei den Finanzanlagen: Die Beitragszahlungen (Zahlungseingänge) sind deutlich höher als die Rentenzahlungen (Zahlungsausgänge). Das Verhältnis wird sich in den nächsten Jahren verschieben, aber erst in acht bis zehn Jahren ausgeglichen sein. Alle Bereiche unseres Versorgungswerkes wurden in den vergangenen Jahren einer Überprüfung unterzogen. Die Abläufe wurden und werden weiter professionalisiert und optimiert – das papierlose Büro findet Einzug; Bürokratie wird wo möglich abgebaut.

Effektive Verwaltung erreicht

Eine moderne und transparente Satzung wurde erarbeitet und von der Vertreterversammlung beschlossen, die direkte Immobilienverwaltung abgeschafft und unser Immobilienbestand in einen Fonds überführt. Dadurch konnte unsere Verwaltung kompakter und noch effektiver werden. Zu Beginn des Jahres 2013 wird deshalb ein Umzug erfolgen. Die von der Verwaltung des VZB genutzte Bürofläche wird kleiner, Kosten werden gesenkt, das bisher genutzte Gebäude nachvermietet.

Risikooptimiertes Anlageportfolio

Das gesamte Anlageportfolio des Versorgungswerkes ist risikooptimiert und wird jährlich von dritter Seite unter diesen Gesichtspunkten unter die Lupe genommen. Natürlich gibt es Risiken. Keine Kapitalanlage ist ohne Risiko – doch es gilt, diese Risiken zu kennen und so gering wie möglich zu halten sowie ausreichend Vorsorge für den Fall des Eintrittes eines Risikos zu schaffen. Das ist in einer sich schnell wandelnden Zeit mit globalisierten Märkten immer schwerer und erfordert entsprechenden Einsatz. In den vergangenen Jahren ist uns das gut gelungen. Der Rechnungszins wurde weitgehend erreicht und es gab darüber hinaus auch zusätzliche Dynamisierungen. Die schmerzvolle Absenkung der Anwartschaften aus der Vergangenheit wird so schrittweise ausgeglichen.

Da die Renditen für langfristige „sichere“ Anleihen sehr gering sind, wird es in der Zukunft weiterhin schwer bleiben, den ambitionierten Rechnungszins zu erreichen. Investitionen in Infrastrukturfonds und andere Sachwerte werden zukünftig eine größere Rolle spielen. Die Beteiligung an den „Paramount Real Estate Funds“ verursachte in den Jahren nach der US-

amerikanischen Immobilienkrise durch Neubewertung der Immobilien einen erheblichen Buchwertverlust. In diesem Jahr konnten diese Buchwertverluste durch ein strategisches Nachinvestment ausgeglichen werden.

Konservative Anlagepolitik

Nachrangige Investments in Griechenland, Polen und Irland (Staatsanleihen) bergen ein Risiko von etwa 15 Mio. Euro. Bei einer Anlagesumme von mehr als 1.000 Mio. Euro stellt das kein schwerwiegendes Problem dar. Mehr als die Hälfte dieser Anlagesumme ist dabei sehr konservativ in Schuldscheindarlehen, Namensschuld- und Inhaberschuldverschreibungen investiert. Namensschuldverschreibungen sind dabei überwiegend Namenspfandbriefe. Einen großen Anteil nehmen natürlich auch Renten- und Geldmarktfonds ein. Nur etwa sechs Prozent machen derzeit Aktieninvestments aus, die aber überwiegend in sogenannten absolute-return-Mandaten professionell gesteuert werden. Durch diese sehr konservative, diversifizierte Anlagepolitik ist die europäische Finanzkrise, die ganz nebenbei auch eine amerikanische ist, bisher spurlos an uns vorbeigezogen.

Seit 2010 arbeiteten Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss an einer Antikorruptionsrichtlinie für die Gremien des Versorgungswerkes. Wenn auch teilweise anders oder missverständlich dargestellt: Diese Antikorruptionsrichtlinie wurde von Aufsichts- und Verwaltungsausschuss 2010 initiiert – was alle wissen sollten, denn sämtliche die Vertreterversammlung zusammensetzenden Listen gehörten den Gremien zu diesem Zeitpunkt an. Richtig ist, dass insbesondere Kollege Lutz-Stephan Weiß (Liste Kampmann) sehr engagiert an der Erarbeitung der Richtlinie mitgewirkt hat und ein Teil seiner Vorschläge in diese Richtlinie einflossen. Dank dieser verbandsübergreifenden Zusammenarbeit wurde die Antikorruptionsrichtlinie dann folglich als Antrag des Aufsichtsausschusses einstimmig von der Vertreterversammlung beschlossen. Sie wird nun auch Modellcharakter für ähnliche Regelungen in der Zahnärztekammer Berlin haben, wie der Kammerpräsident der Zahnärztekammer Berlin, Kollege Wolfgang Schmiedel, versicherte.

Guten Ruf pflegen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, unser Versorgungswerk ist für die Zukunft gut aufgestellt! Trotzdem gab es in jüngster Zeit öffentliche Äußerungen aus den eigenen Reihen der Zahnärzte, die dazu führen könnten, dass der gute Ruf unserer Versorgungswerke beschädigt wird. Ihre eingezahlten Beiträge sind im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin 100-prozentig kapitalgedeckt und werden im Moment mit mehr als 3,8 Prozent im Schnitt verzinst. Schauen Sie sich doch bitte mal um, was es momentan sonst so gibt, beispielsweise bei Lebensversicherungen oder der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Berufsständige Versorgungswerke haben sich über Jahrzehnte bewährt und sind eine Errungenschaft der Freien Berufe. Wir sollten auf keinen Fall zulassen, dass sie in der Öffentlichkeit schlecht geredet werden – schon gar nicht aus den eigenen Reihen. Wir möchten uns bei den Kolleginnen und Kollegen der Vertreterversammlung und dem Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss für ihre verantwortungsbewusst kontrovers-konstruktive, vertrauensvolle und ehrenamtliche Tätigkeit an dieser Stelle herzlich bedanken.

Mitarbeiter der Körperschaften stellen sich vor

Für einen „Blick hinter die Kulissen“ stellen sich die Mitarbeiter von KZVLB und LZÄKB vor. Dieses Mal sind es die Kolleginnen bei der Kammer, mit denen Sie zumeist Ihren ersten Kontakt haben: die Kolleginnen des Sekretariats sowie des Empfanges.

[ZBB] Sabine Leipholz begeht im nächsten Jahr im Januar ihr 20-jähriges Kammerjubiläum. Seit Beginn ist sie als Vorstandssekretärin erste Ansprechpartnerin für alle Belange des Präsidenten, Vizepräsidenten und der Vorstandsmitglieder. Das heißt unter anderem jährlich, Termine für elf Vorstandssitzungen, zwei Kammerversammlungen, diverse Ausschusssitzungen, Klausurtagungen, bundesweite Arbeitsgruppentermine und anderes mehr zu koordinieren.

Hotels, Flüge, Bahnverbindungen, Sitzungsräume sind zu buchen oder Tagungsunterlagen zusammenzustellen. Für die Vorstandssitzungen und Kammerversammlungen verfasst sie die erforderlichen Protokolle. Alle vier Jahre ist Sabine Leipholz zudem für den organisatorischen Ablauf der Kammerwahl zuständig.

Seit elf Jahren verstärkt Ulrike Stieler das gemeinsame Büro als Sekretärin der Geschäftsführung. Sie ist die rechte Hand der Geschäftsführerin Maria-Luise Decker mit allem, was dazu gehört: Koordination der Geschäftstermine, diverser Schriftverkehr oder den Geschäftsbericht zusammenfassen und gestalten. Sie betreut den Präventionsausschuss der Kammer, der in diesem ZBB auf Seite 6 vorgestellt wird. In diesem Zusammenhang hält sie einerseits die Kontakte zum Büro für Gruppenprophylaxe und gibt an die Zahnarztpraxen auf Anfrage die „Zahnärztlichen Prophlyaxe-Pässe“ heraus. Andererseits organisiert sie in Absprache mit zuständigen Vorstandsmitglied den alljährlichen Fortbildungskurs des Arbeitskreises Behindertenbehandlung.

Außerdem gehört Ulrike Stieler zu den Administratoren für die Internetseiten der LZÄKB und pflegt den Bestand der Bibliothek einschließlich Ausleihe.

Vor eineinhalb Jahren übernahm Jana Kronesser die Stelle am Empfang. Sie ist die Stimme, die jeder hört, wenn er sich über die Zentrale in die Kammer einwählt oder wenn eine Kollegin im Hause nicht erreichbar ist. Die Post landet zuerst bei ihr und wird schließlich durch sie im Hause verteilt. Ihr obliegt der Druck und Versand des Rundschreibens BRAND-AKTUELL, erledigt fast sämtliche Druck-, Kopier- und Scannarbeiten für die einzelnen Abteilungen im Haus, ist für die Materialverwaltung verantwortlich und hat die Kosten für Material sowie Telefonate im Blick. Darüber hinaus können sich die Zahnarztpraxen an sie wenden, wenn es Probleme bei der Registratur bzw. Anmeldungen für das Z-QMS-Portal gibt, da sie die Nutzer freischaltet.

v.l.n.r.:
Sabine Leipholz, Tel. 0355 381 48-21
sleipholz@lzkb.de,

Ulrike Stieler, Tel. 0355 381 48-20
ustieler@lzkb.de,

Jana Kronesser, Tel. 0355 381 48-10
jkronesser@lzkb.de

Einige dieser Teilnehmern waren bei allen Motorradtreffen dabei.

Mehr Fotos sind über www.lzkb.de >> Archiv >> Fotogalerie zu sehen.

Zum 10. Motorradtreffen den Harz erkundet

Die Kurven durch Berg und Tal im Harz lassen das Herz eines motorradbegeisterten brandenburgischen Zahnarztes wesentlich höher schlagen als die Kurven im eigenen Land. So jedenfalls das Resümee der Teilnehmer des diesjährigen Treffens.

Autorin: Jana Zadow-Dorr, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der LZÄKB

Am zweiten Juniwochenende trafen sich 33 Zahnärzte, Zahntechniker, Praxismitarbeiter sowie Angehörige zum 10. Motorradtreffen Brandenburgischer Zahnärzte. Um die Organisation kümmerte sich in diesem Jahr Hanno Marchand, ein Zahnarzt aus Goslar. Schon oft war er Gast der Treffen im brandenburgischen Land. Deshalb begaben sich die Motorradfreunde mal in den Harz.

Schon die Anreise nach Wolfshagen westlich von Goslar gestaltete sich zur interessanten Motorradtour – vor allen Dingen ohne Regen! Auf 24 Motorrädern waren die Biker am Samstag während der Ausfahrt unterwegs. Sie führte über Berge, durch Täler und vor allen Dingen durch unzählige Kurven. Vom Westharz ging es über den Süd- bis zum Ostharz. Zu den Haltepunkten zählte das „TorfHaus“ – ein Aussichtspunkt mit Blick auf den Brocken und im Harz erklärter Motorradtreff. Die Rappbodetalsperre gehört ebenso zu einem beliebten Treffpunkt. Eine kleine Wanderung nach oben ist hier erforderlich, um das beeindruckende Bauwerk zu erfassen. Selbstredend ging die Fahrt auch über die Staumauer. Nach dem Kaffeetrinken in Goslar gab es eine persönliche Stadtführung durch Hanno Marchand. Beide Abende vergingen wie im Fluge im Berghotel Wolfshagen. ⊖

Das 11. Treffen: vom **7. bis 9. Juni 2013**

Unten: Blick auf die Rappbodetalsperre, das Goslaer Rathaus mit Uhrenspiel

Kieferorthopädie und Porzellan

Die jährliche Landesmitgliederversammlung des BDK fand in diesem Jahr am 9. Juni in Potsdam statt. Getagt wurde auf einem Schiff, so dass die Kieferorthopäden auch die schöne brandenburgische Landschaft genießen konnten.

Dr. Benno Damm, Landesvorsitzender des BDK

Autor: Dr. Benno Damm, Bad Liebenwerda

Begann die Mitgliederversammlung des BDK im vergangenen Jahr in Schwedt mit einem Besuch der dortigen Papierfabrik, so erlaubte uns der Weg vor der diesjährigen Versammlung in Potsdam einen Blick auf den Teller und über seinen Rand hinaus. Wir trafen uns am frühen Vormittag zu einem Beusch der einstmals kleinsten Porzellanmanufaktur der Welt. Die beiden studierten Designer Thomas Adam (studierte auf Burg Giebichenstein) und Stephan Ziege (studierte an der Kunsthochschule Berlin-Weißensee) betreiben diese Manufaktur in Güterfelde bei Potsdam und sind heute nach 22 Jahren weit über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt. Obwohl wir Porzellan täglich benutzen, war uns vieles im Herstellungsprozess nicht bekannt. Was wir dort sehen konnten, war Handarbeit vom Besonderen. Thomas Adam und Stephan Ziege erschaffen freche Interpretationen zu den Alltäglichkeiten unseres Lebens und wunderschöne Gegenstände für den täglichen Bedarf. Manche Eigenschaft des Kaolins hat mich an das „Gedächtnis“ eines martensitischen Bogens erinnert. Beeindruckend und wunderschön war dieser Besuch und er könnte Nachahmer finden. Übrigens kann man dort auch Kurse für Hinterglasmalerei und Modellieren belegen.

Die Güterfelder Porzallangalerie Adam & Ziege bot Gelegenheit, die Entstehung des weißen Goldes zu studieren.

Ortsveränderung

Die Landesmitgliederversammlung des Berufsverbandes der deutschen Kieferorthopäden fand in diesem Jahr an ständig wechselnden Orten statt, denn pünktlich um 14:30 Uhr legte ein Schiff zu einer Fahrt über die Potsdamer Seen ab und ließ den Versammlungsort deshalb bis hinein in die Berliner Gewässer wandern.

Gäste dieser Veranstaltung waren RA Sascha Milkereit aus Berlin (Geschäftsführer der Bundesgeschäftsstelle des BDK), RA Stephan Giertmühlen aus Kiel (Justitiar des BDK) und Anke Wiggert, verantwortlich für die kieferorthopädische Abrechnung in der KZV Land Brandenburg.

Blick in die Zukunft

Sascha Milkereit referierte über die Zukunft der deutschen Krankenversicherung. Dank seiner zahlreichen Kontakte zu Vertretern von Politik und Krankenversicherungen war es ihm möglich, nicht nur einen Blick in die Kristallkugel zu werfen, sondern viele seiner Aussagen durch Äußerungen von Politikern und Vertretern von Versicherungen zu belegen. Vergleicht man diese Aussagen mit den Aussagen von McKinsey, so erahnt man, dass Deutschland in den nächsten Jahren erhebliche Veränderungen auf dem Gebiet der Krankenversicherungen mit dem Ziel der Zusammenlegung von PKV und GKV bevorstehen könnten.

Stephan Giertmühlen beschäftigte sich mit einzelnen Punkten der der neuen GOZ. Be-

sonderer Wert wurde dabei auf die Vereinbarungen gelegt. Deutlich stellte Giertmühlen heraus, dass der Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Vorzug zu geben ist. Gewarnt wurde vor Vereinbarungen nach § 2 Abs. 3, da hier die Verlangensleistung und nicht die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund steht. Dies könnte durchaus zu steuerlichen Konsequenzen führen. Einen weiteren Punkt seiner Ausführungen nahm die adhäsive Befestigung von Brackets ein. Kieferorthopäde und Patient befinden sich hier an einer Stelle, an der nur Offenheit des Behandlers dem Patienten gegenüber hilft. Die Kommentare der BZÄK, des BDK und die GOZ-Kommentierung von Liebold/Raff/Wissing können zwar Unterstützung bieten, ersetzen aber nicht das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten. Dieser sollte im Vorhinein wissen, dass die Position der adhäsiven Befestigung zurzeit umstritten ist und einer Klärung bedarf. Der strittigen Auffassungen sollte man aber nicht durch Nichtabrechnung aus dem Wege gehen.

Verwaltung regelt im Hintergrund

Von besonderem Interesse waren die Aussagen von Anke Wiggert zu Abrechnungsfragen in unserem KZV-Bereich. Gerade in der jetzigen Phase der Umstellung auf die papierlose Abrechnung gibt es ja vielfach Software begründete Probleme, die gelöst werden müssen. Dabei wurde aber deutlich, dass die Probleme in der KZV Land Brandenburg im Vergleich mit anderen KZVen sehr klein sind. Deutlich wurde auch, dass die KZV einen großen Teil der Auseinandersetzung zwischen Krankenkasse und Vertragszahnarzt bearbeitet und einer Lösung zuführt, ohne die Praxen zu belasten. Natürlich können einzelne spezielle Anfragen nur von der entsprechenden Praxis beantwortet werden.

Bewährter Landesvorsitz

Diese Mitgliederversammlung diente auch der Wahl des Vorstandes für die nächsten drei Jahre. Dabei wurde der bisherige Vorstand mit dem Autor als Landesvorsitzenden, Dr. Joachim Böhme als stellvertretenden Landesvorsitzenden und Dipl.-Stom. Angela Fuhrmann sowie Dr. Beate Lahr-Eigen als Beisitzer einstimmig wiedergewählt.

Natürlich blieb während des Nachmittages auch Zeit, die schöne Umgebung von Potsdam vom Wasser her zu genießen und für persönliche Gespräche – auch über Themen, die nichts mit Kieferorthopädie zu tun haben.

Wechselnde Landschaften während der Tagung

Die ersten Bambiniläufer sind heute schon 16 Jahre alt. Der Andrang bleibt enorm. Dr. Damm (mit Mikrofon) moderiert und feuert die Kleinen an.

Das war schon der 14. Bambini-Lauf!

Wir hatten uns doch alle um ein ganzes Jahr geirrt, als wir glaubten, am 13. Mai, dem Tag des Mineralbrunnenfestes und des Elsterlaufes, unseren 13. Bambini-Lauf durchzuführen. Dabei war es bereits das 14. Mal, dass wir diesen Lauf veranstalteten.

Autoren: Die Mitarbeiter der Praxis
Dr. Benno Damm – Franziska Schulze

Auch der 14. Bambini-Lauf in Bad Liebenwerda wurde zu unserer Freude von vielen jungen Läufern angenommen. Wenn man bedenkt, dass die Teilnehmer des ersten Laufes heute bereits mindestens 16 Jahre sein müssen, so macht das richtig glücklich. Vielleicht schaffen wir es noch, dass Eltern ihren Kindern sagen können: „... die Mama und der Papa haben auch schon an einem Bambini-Lauf teilgenommen“. Dies wäre wohl der schönste Lohn für unser Praxisteam, denn ohne die Mitwirkung aller unserer Mitarbeiterinnen würde solch ein Vormittag nicht durchzuführen sein.

So durften wir in diesem Jahr wieder über 250 Einladungen schreiben, die mit Hilfe der Kindergärtnerinnen verteilt wurden. 247 Anmeldungen erhielten wir zurück. Da wir immer mit etwa 50 zusätzlichen Anmeldungen rechnen, die erst am Tage erfolgen, wurden sicherheitshalber 320 kleine Geschenke verpackt und Urkunden gedruckt. Nur ein ganz kleiner Rest ist letzten Endes übrig geblieben.

Vor dem Bambini-Lauf hoffen wir jedes Mal auf die Unterstützung von Petrus – und hatten in den meisten Fällen Glück. So auch in diesem Jahr: Es war zwar kühl, aber für den Lauf gerade richtig. Auch der Wind war gnädig zu uns, so dass wir am Sonntag früh noch den größten Teil der am Vortag aufgebauten Dekoration unbeschadet vorfanden. Ab 09:30 Uhr standen die aufgeregten Kinder vor uns.

Um die Laufstrecke herum fand ein richtiges kleines Volksfest statt. Die Kindergärtnerinnen hatten in den Tagen vor dem Bambini-Lauf bereits mit ihren Gruppen trainiert und deshalb die Kinder schon im Startfieber. Bis etwa 12:00 Uhr liefen die Gruppen. Die Zwei- bis Dreijährigen absolvierten eine Runde von rund 100 m, die Vierjährigen zwei Runden, die Fünf- und Sechsjährigen drei Runden. Gerade die Kleinsten wurden oft von den Muttis und Vatis begleitet – mit viel Begeisterung.

Dies alles ist Grund genug, auch in den nächsten Jahren solch einen Vormittag zu organisieren, so lange er denn von den Kindern und den Eltern angenommen wird.

Vergangenheit ist
Geschichte,
Zukunft ist Geheimnis,
aber jeder Augenblick
ist ein Geschenk.

(Ina Deter, Liedermacherin)

Wir gratulieren ganz herzlich zum Geburtstag

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

im September

zum 93. am 21. Sept.
Zahnarzt Günter Pittelkow
aus Lehnin

zum 89. am 30. Sept.
Dr. med. dent. Rosemarie
Mathan aus Zeuthen

zum 87. am 11. Sept.
Prof. Dr. med. dent. Eberhard
Laetzsch aus Lübben

zum 82. am 1. September
Dr. med. dent. Christa
Krösche aus Zepernick

zum 81. am 12. Sept.
Dr. med. Dieter Schenk
aus Blankenfelde

zum 80. am 10. Sept.
Dr. med. dent. Helma
Springer aus Velten

zum 80. am 10. Sept.
Zahnarzt Klaus Pöschel
aus Fürstenberg

zum 75. am 2. September
OMR a.D. Dr. med. dent.
Elsbeth Glendenberg aus
Rangsdorf

zum 70. am 16. Sept.
Zahnärztin Ulrike Noack
aus Cottbus

zum 70. am 20. Sept.
Dipl.-Med. Sibylle Höpfner
aus Prenzlau

zum 70. am 20. Sept.
Zahnärztin Monika Schuster
aus Kleinmachnow

zum 70. am 20. Sept.
Dr. med. dent. Konstanze
Theurer aus Potsdam

zum 70. am 21. Sept.
Dipl.-Med. Reiner Schmidt
aus Guben

zum 70. am 27. Sept.
Zahnarzt Jörg-Peter Bunk
aus Templin

zum 65. am 11. Sept.
Dr. med. Ulrich Asmussen
aus Rheinsberg

zum 65. am 15. Sept.
Dr. med. Dagmar Vödisch
aus Brieselang

zum 65. am 17. Sept.
Zahnärztin Gabriele Wiegand
aus Rathenow

im Oktober

zum 87. am 10. Oktober
Zahnärztin Gisela Gehrmann
aus Groß Köris

zum 84. am 28. Oktober
Dr. med. dent. Dieter Hau
aus Kleinmachnow

zum 83. am 7. Oktober
Dr. med. dent. Heinz Knoll
aus Altenhof

zum 83. am 18. Oktober
Zahnarzt Wolfgang Reinholz
aus Brandenburg a.d.H.

zum 81. am 4. Oktober
MR Arno Kleinke aus Seelow

zum 80. am 21. Oktober
Dr. med. dent. Magdalena
Böhme aus Trebbin

zum 75. am 9. Oktober
Dr. med. dent. Regina
Schmidt aus Neuenhagen

zum 70. am 5. Oktober
Zahnärztin Elke Busch
aus Eberswalde

zum 70. am 5. Oktober
Dr. med. Hedda Kalcher
aus Königs Wusterhausen

zum 70. am 8. Oktober
SR Christa Benzin
aus Strausberg

zum 70. am 15. Oktober
Dr. med. dent. Knut-Peter
Hinz aus Kö. Wusterhausen

zum 70. am 17. Oktober
ZA Dirk Wagner-Boysen
aus Calau

zum 70. am 20. Oktober
Zahnärztin Barbara Becker
aus Heiligengrabe

zum 70. am 21. Oktober
Dr. med. dent. Uwe Blank
aus Rathenow

zum 70. am 31. Oktober
Dr. med. Heidemarie Reiche
aus Bestensee ⊖

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

Wir trauern um unsere Kolleginnen

SR Dr. med. dent.
Ruth Henkel
aus Herzfelde
geboren am 10. September 1922
verstorben im April 2012

Dr. med.
Hanne-Lore Brückner
aus Rüdersdorf
geboren am 7. Dezember 1950
verstorben im August 2012

SIE HABEN FORMAT

UND WIR HABEN DIE GRÖSSE, DIE ZU IHNEN PASST!

im Zahnärzteblatt Brandenburg

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

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

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

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

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

Geschäftsanzeigen

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

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

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

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

Zahnärzteblatt Brandenburg

HERAUSGEBER:

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

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

FÜR DIE KZVLB REDAKTION:

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

FÜR DIE LZÄKB REDAKTION:

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

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

REDAKTIONSBEIRAT:

KZVLB: Rainer Linke, 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:

Kerstin Abeln, Dr. Benno Damm, Christina Pöschel, proDente e.V., Viola Rittig-Resag, Jana Zadow-Dorr.

Das Zahnärzteblatt beinhaltet zugleich amtliche Mitteilungen gemäß § 25 der Hauptsatzung der LZÄK Brandenburg. Zuschriften redaktioneller Art bitten wir nur an die Herausgeber zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Haftung. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen. Gezeichnete Artikel, Anzeigen und Leserbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdruck der in dieser Zeitschrift 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, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5, Telefax: 030 76180-680
Internet: http://www.quintessenz.de
E-Mail: info@quintessenz.de
Konto: Commerzbank, Konto-Nr. 180215600, BLZ 100 400 00.
Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 15/2012 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.

Mit dem „Multitalent Speichel“ für mehr Genuss mit 65 plus!

Wenn der Speichelfluss versiegt, drohen Karies und Zahnfleischerkrankungen. Fast 40 Prozent der über 60-Jährigen in Deutschland leiden unter Mundtrockenheit (Xerostomie). Deshalb steht beim diesjährigen Tag der Zahngesundheit die ältere Generation im Mittelpunkt: „Gesund beginnt im Mund – mehr Genuss mit 65 plus“ ist Motto und zugleich Ziel der Veranstaltungen rund um den 25. September. Die Gesundheitsinitiative Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP) bietet Zahnarztpraxen zu diesem Anlass Informationsmaterial für Patienten sowie Prophylaxeprodukte, die nicht nur gut schmecken, sondern auch nachweislich den Speichelfluss stimulieren. Neben den zuckerfreien Wrigley’s Extra-Kaugummis und -Pastillen, die besonders bei älteren Patienten beliebt sind, gibt es kostenfreie Patientenratgeber. Speziell über Xerostomie informiert das Faltblatt „Mundtrockenheit sanft behandeln“. Praxen finden den für medizinische Fachkreise exklusiven Bestellservice zu attraktiven Konditionen unter www.wrigley-dental.de oder können per Fax unter 030-231 881 881 ein Bestellformular anfordern.

Ihr nächster großer Schritt in der Ultraschall-Technologie!

Prophylaxe Patienten wünschen sich zunehmend sanftere Behandlungsmöglichkeiten. Cavitron Ultraschall-Scaler und Airpolishing-Geräte von Hager & Werken erfüllen genau diese Anforderungen. Das Cavitron System bietet eine effektive und zugleich schonende Belagsentfernung. Im Leistungsvergleich mit anderen Geräten zeigt Cavitron den geringsten Substanzabtrag von Zahnhartsubstanz. Gegenüber Plaque sowie hartnäckigen Belägen wie Zahnstein ist es dafür sehr effizient. Das bewährte Cavitron® JET Plus unterzog sich einer Weiterentwicklung. Erweitert wurde es um die Tap-On Technologie. Das Ein-/Ausschalten erfolgt bequemerweise durch ein einmaliges Antippen des kabellosen Funk-Fußschalters, was Zeit und Behandlungsschritte einspart. Das Kombinationsgerät mit Ultraschall-Scaler und Air-Polishing Funktion ist mit der SPS-Technologie ausgestattet. Diese Technologie stabilisiert die Schwingungsfrequenz und Bewegung der Instrumentenspitze in allen Leistungsbereichen. Auch das reine Ultraschallgerät Cavitron® Plus wurde um die Tap-On-Technologie sowie die Turbo-Funktion erweitert. Weitere Informationen unter: www.hagerwerken.de.

Umfangreiches Patientenmarketing-Paket inklusive!

Die Anzahl der Menschen, die mit dem Sitz ihres herausnehmbaren Zahnersatzes unzufrieden sind, ist hoch. Um Prothesen zu fixieren, eignen sich beispielsweise Mini-Implantate. Klinisch bewährt haben sich insbesondere 3M ESPE MDI Mini-Dental-Implantate. Leider ist vielen Patienten diese Alternative gar nicht bekannt. Um das zu ändern, bietet das Unternehmen ein exklusives Service-Tool für die aktive Patientenansprache: ein umfangreiches Patientenmarketing-Paket mit ansprechenden Kommunikationsmitteln zur Information für Betroffene und damit zur Gewinnung von neuen Patienten. Das Set enthält einen Thekenaufsteller, Bildmaterial für die Praxis-Website und ein Ringbuch für das persönliche Beratungsgespräch. Für den Rundum-Service hat das Unternehmen unter anderem Terminzettel, Vorlagen für Anzeigen und Mailings, eine Patienten-Aufklärungs-DVD sowie eine Powerpoint-Präsentation für Informationsveranstaltungen vorbereitet. Detaillierte Informationen erhalten Interessenten online unter www.3MESPE.de/MDI-Neuheiten.

Neuer Exklusivvertrieb für healOzone X4 Ozongerät

Nach der international erfolgreichen Präsentation des healOzone X4 (CurOzone USA, Inc., Ontario/Kanada) auf der IDS 2011 und einer Phase der organisatorischen Neuausrichtung von CurOzone, hat die dentalbrains GmbH (Friedrichshafen) nun für Deutschland und andere Länder den Exklusivvertrieb des modernen Ozongerätes übernommen. Damit ist dentalbrains für HealOzone-Bestandskunden und alle Interessenten unter Tel. 07541 5 90 98 50 Ansprechpartner erster Wahl. <<