

# dens

Februar 2016

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



**Perspektiven des Gesundheitswesens**

Geregelte Gesundheitsversorgung & soziale Marktwirtschaft

**Zahnärzte ohne Grenzen**

Mongolei – Reise in das Land des Dschingis Khans

**Erfolgreiche Restaurationen**

mit fließfähigen „Bulk-Fill“-Kompositen

# Neues Jahr

## Mit Elan an altbekannte Themen

Das Jahr 2015 verabschiedete sich mit einer Erhöhung des Zusatzbeitrages in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vor diesem Hintergrund, es erscheint fast wie ein Ritual, wurde der Ton im gesundheitspolitischen Bereich zwischen den Regierungsparteien schärfer. Reanimiert wurde die Forderung nach einer Bürgerversicherung, und damit zeigt sich, wie nachhaltig diese Vorstellungen weiter existieren. Gleichzeitig gab es eine klare Absage der SPD im Zusammenhang mit der Novellierung der GOÄ. Dabei machen wieder die Argumente der Zweiklassenmedizin die Runde. Inwieweit die Gesundheitspolitik bei den anstehenden Landtagswahlen überhaupt ein Thema ist, ist vor dem Hintergrund der Herausforderungen im europäischen Raum und in Deutschland schwer vorherzusagen. Für die Berufspolitik wird es jedoch eine Aufgabe sein, sich zukünftig auf diese Diskussion vorzubereiten.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte in unserem Bundesland setzen sich dagegen professionell mit den Herausforderungen an die zahnmedizinische Versorgung auseinander. Die Flüchtlinge und Asylbewerber werden versorgt und von dieser Stelle mein Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich dieser Aufgabe stellen. Erfreulich ist gleichzeitig, dass die Fortbildung zur Betreuung von Pflegebedürftigen und immobilen Patienten intensiv angenommen wird. So mussten auf Grund der Vielzahl der Anmeldungen weitere Informationsveranstaltungen konzipiert werden. Es zeigt sich, dass die im Rahmen dieser Fortbildungsveranstaltungen vorhandene Zusammenarbeit zwischen KZV und ZÄK nicht nur sinnvoll ist, sondern den Bedürfnissen des Versorgungsalltags entspricht. Im Vordergrund stehen dabei fachliche, rechtliche und abrechnungstechnische Themen. Auch wenn sich vielleicht nicht jede Praxis damit auseinandersetzen kann oder muss, ist die Beteiligung an den Veranstaltungen doch ein Zeichen, dass der Berufsstand sich dieser Herausforderung stellt. Auch dafür gilt von dieser Stelle mein Dank allen beteiligten Kolleginnen und Kollegen, wohl wissend, wie schwierig manchmal die Umsetzung im Praxisalltag ist.

Der Kammervorstand hat sich darüber hinaus bereits zu Beginn des neuen Jahres mit spezifischen Aspekten in unserem Bundesland beschäftigt. Ein Gespräch mit der Zahntechnikerinnung zeigte Problembereiche auf und gemeinsame Initiativen wurden angedacht. Im Rahmen der nächsten Sitzung mit den Kreisstellenvorsitzenden werden wir uns darüber intensiv austauschen. Auch der zunehmende Personalmangel in unseren Praxen hat in den vergangenen 1,5 Jahren nicht nur die Kammerversammlung und entsprechende

Ausschüsse beschäftigt, sondern bedarf eines Dialoges zwischen den Sozialpartnern. Ein Gespräch zwischen ZÄK und dem Berufsverband medizinischer Fachangestellter wird im März zu diesen Themen stattfinden.

Gesuche und Angebote zur Übernahme von Praxen oder zur Beschäftigung von angestellten Zahnärzten oder Assistenten nehmen zu. Sie machen deutlich, dass auch der demographische Wandel im Berufsstand selbst einsetzt und Initiativen erfordert. Kein neues Thema, aber die Berufsorganisationen werden sich zukünftig intensiver als bisher dem Berufsnachwuchs zuwenden müssen. Dies gilt sowohl für die zahnärztliche Praxis als auch für die berufspolitischen Interessenvertretungen. Deshalb unterstützt die ZÄK zwei Kollegen, die sich in der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung fortbilden und sich künftig in der Selbstverwaltung engagieren möchten. Aufgabe darüber hinaus wird es sein, dass wir eine Willkommenskultur für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte im Lande entwickeln. Hier sieht sich die ZÄK in der Pflicht.

Abschließend freue ich mich, dass der erste Fortbildungstag am 5. März 2016 in Stralsund gut angenommen wird. Es ist ein neues Konzept, und wir werden die Erfahrungen dieses ersten Fortbildungstages für die weiteren Veranstaltungen nutzen. Vielleicht entscheidet sich der eine oder andere noch, an diesem Fortbildungstag teilzunehmen, zumal der Besuch im Ozeaneum ein sicherlich besonderes Ereignis ist.

Ganz zum Schluss: Einführung einer neuen Arbeitsfähigkeitsbescheinigung mit drei Exemplaren für über 200 000 Arzt- und Zahnarztpraxen in Deutschland – war das wirklich nötig? Bürokratieabbau bleibt auch im neuen Jahr ein aktuelles Thema.



Ihr  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

# Aus dem Inhalt

## M-V / Deutschland

Neu: S2k-Leitlinie der AWMF .....	4
Gröhes Ersatzvornahme ist rechtens .....	5
Perspektiven des Gesundheitswesens .....	6-7
Flüchtlingsversorgung nach AsylbLG .....	9
Mongolei: Zahnärzte ohne Grenzen .....	10-12
Hygieneleitfaden überarbeitet .....	15
Neue Bücher vorgestellt .....	31
Glückwünsche / Anzeigen .....	32

## Zahnärztekammer

Treffen mit Zahntechniker-Innung .....	4
ZahnRat Nr. 87 erschienen .....	8
CDU-Neujahrsempfang in Greifswald .....	9
Curriculum Endodontie ab 8. April .....	13
Betreuung von Pflegebedürftigen .....	14
Bekanntgabe Prüfungstermine .....	16
Fortbildung Februar bis April .....	18-19

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Update DPF ist da .....	13
Umfrage zur Bachelorarbeit .....	15
Service der KZV .....	19
Aktuelle Fortbildungsangebote .....	20-21
Kieferorthopädische Behandlung (II) .....	22

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Erfolgreiche Restaurationen mit fließfähigen „Bulk-Fill“-Kompositen? .....	24-30
Versteckte abhängige Beschäftigung löst Sozialversicherungspflicht aus .....	30-31
Impressum .....	3
Herstellerinformationen .....	2

**dens**

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern mit amtlichen Mitteilungen

25. Jahrgang  
5. Februar 2016

### Herausgeber:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20  
E-Mail: info@zaekmv.de, Internet: www.zaekmv.de  
www.facebook.com/zaek.mv, www.twitter.com/zaekmv

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Telefon 03 85-5 49 21 03, Telefax 03 85-5 49 24 98  
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de, Internet: www.kzvmv.de

**Redaktion:** Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.),  
Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.), Kerstin Wittwer, Konrad Curth

### Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

Satztechnik Meißen GmbH, Sabine Sperling  
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren  
Telefon 0 35 25-71 86 24, Telefax 0 35 25-71 86 10  
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

**Internet:** www.dens-mv.de

**Gestaltung und Satz:** Kassenzahnärztliche Vereinigung

**Redaktionshinweise:** Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Produktinformationen werden ohne Gewähr veröffentlicht. Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe bedürfen der vorherigen Genehmigung der Redaktion. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor.

**Redaktionsschluss:** 15. des Vormonats

**Erscheinungsweise:** Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

**Bezugsbedingungen:** Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztlichen Körperschaften Mecklenburg-Vorpommern kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zuzüglich Versandkosten.

**Titelbild:** Antje Künzel, Schwerin



*v. l. Geschäftsführer Holger Helmes (Hamburg), Stellvert. Obermeister Michael Retzlaff (Klützn), Obermeister Heiko Schäfer (Neustrelitz), Präsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (Stavenhagen), Hauptgeschäftsführer RA Peter Ihle (Schwerin), Dipl.-Stom. Holger Donath (Teterow), Dipl.-Stom. Gerald Flemming (Rostock)*

## Treffen in der Geschäftsstelle

**Zahntechniker-Innung und Zahnärztekammer tagten am 6. Januar**

Zu Beginn des neuen Jahres trafen sich Vertreter aus den Vorständen der Zahnärztekammer und der Zahntechniker-Innung Mecklenburg-Vorpommern zu einem Arbeitsgespräch. Inhalt des Gesprächs war die Darstellung der Schnittstellen zwischen zahnärztlicher Behandlung und zahntechnischer Tätigkeit, insbesondere unter Beachtung des zahnärztlichen Berufsrechts. Weiteres Thema war die Bewertung gemeinsamer Fortbildungsangebote. Diese Diskussion soll im Frühjahr im Rahmen der Kreisstellenvorsitzendenrunde fortgesetzt werden.

ZÄK

## Neu: S2k-Leitlinie der AWMF

**Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse**

Erstmals ist nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) eine S2k-Leitlinie zu den vielfältigen Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse entwickelt worden. Federführend durch die DGFDT und die DGZMK wurde in Zusammenarbeit mit zehn weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit

konzentrierte Orientierungshilfe im Hinblick auf die Beschreibung, Einteilung, Indikation und Zielsetzung sowie den Nutzen und die zu erwartenden therapeutischen Konsequenzen der verfügbaren Techniken und Instrumente vorgelegt. Die Leitlinie und der Methodenreport sind im Internet zu finden unter: [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de).

DGZMK

# Gröhes Ersatzvornahme ist rechtens

## KBV hat Klage gegen die Maßnahme des BMG eingereicht

Nach dem Willen der Bundesregierung sollen Haus- und Fachärzte über ihre Anliegen auf Bundesebene getrennt voneinander bestimmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollte dazu ihre Satzung ändern, was bisher misslungen ist. Daraufhin schaltete sich im Dezember das Gesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde ein. Am 5. Januar hat dessen so genannte Ersatzvornahme Rechtsgültigkeit erlangt.

Hermann Gröhes Ersatzvornahme gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist nun offiziell. Am 5. Januar veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt als Amtsblatt von KBV und Bundesärztekammer auf Seite 40 der ersten Ausgabe des Jahres 2016 den Wortlaut. Grundlage der Entscheidung ist demnach Paragraph 79 a SGB V. In fünf Absätzen wird festgelegt, wie die KBV nun ihre Satzung anzupassen hat.

Der Inhalt erscheint kompliziert, der Text juristisch. Zitat: „Die Zuordnung des Stimmengewichts erfolgt durch einen Quotienten für jedes Mitglied der Ver-

sorgungsebene, gemessen an der Gesamtzahl der Mitglieder seiner Versorgungsebene im Verhältnis zur Gesamtzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung.“ Und: „Die Stimmengewichtung und die Anzahl der Stimmen, die jedem Mitglied zugeordnet werden, werden zu Beginn einer Sitzung bekannt gegeben.“

Die KBV hat – wie berichtet – Klage gegen die Maßnahme des BMG eingereicht. Allerdings hat diese keine aufschiebende Wirkung. Somit muss sich die KBV vorerst Gröhes Ersatzvornahme fügen. Wie der änd aus internen Kreisen erfuhr, soll es im Februar eine nicht öffentliche Sondersitzung geben. Dann soll darüber beraten werden, wie sich die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Vorfeld der Bundestagswahl 2017 positionieren wollen. Thema sollen dem Vernehmen nach aber auch Satzungsangelegenheiten sein. Demnach soll über ein Konzept für eine „sachgerechte Regelung“ in Sachen Parität zwischen Haus- und Fachärzten beraten werden.

änd

# Perspektiven des Gesundheitswesens

## Geregelte Gesundheitsversorgung & soziale Marktwirtschaft

Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH, Kiel

*Professor Dr. Fritz Beske, populärer Warner und Mahner im Gesundheitswesen, hat ein neues Buch geschrieben. Unermüdlich sorgt er sich um den Zustand und die Stabilisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Viele seiner Vorschläge macht er seit Jahren. Sie sind durchdacht und mit aussagekräftigen Zahlen hinterlegt. Bisher hatte die Politik jedoch nicht den Mut und das Durchsetzungsvermögen, entscheidende Veränderungen auf den Weg zu bringen. Die wichtigsten Kernaussagen aus dem neuen Beske-Buch werden hier kurz erklärt.*

**KZV**

### Bevölkerungsentwicklung

Bis 2060 geht die Bevölkerungszahl um 13 Millionen, die nachwachsende Generation um 4 Millionen und die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, 20 bis 66 Jahre, um 15 Millionen zurück. Allein die Altersgruppe 67 Jahre und älter nimmt um 5 Millionen zu.

### Krankheitshäufigkeit

Bis 2050 wird die Zahl der an Diabetes Erkrankten um 20 bis 22 Prozent zunehmen, der Herzinfarkt um 75 Prozent, der Schlaganfall um 62 Prozent, Krebserkrankungen insgesamt um 27 Prozent und die Zahl der an Demenz Erkrankten von 1,1 auf 2,2 Millionen.

### Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen die Kosten für die Gesundheitsversorgung eines Versicherten von 970 Euro im Alter von 1 bis 29 Jahren auf 5343 Euro im Alter von 90 Jahren. Wird davon ausgegangen, dass die durch den medizinischen Fortschritt bedingten Ausgaben der GKV jährlich zwei Prozent dieser Ausgaben betragen, könnte der Beitragssatz der GKV bis 2060 bis auf 52 Prozent steigen. Höheren Beitragssätzen sind Grenzen gesetzt. Leistungseinschränkungen sind unvermeidlich.

### Steuermittel für die Gesetzliche Krankenversicherung

Bei einem weiter steigenden Beitragssatz der GKV werden Steuermittel zur Defizitfinanzierung gefordert. Eine Aufstellung darüber, welche Aufgaben über Steuermittel zu finanzieren sind und welcher Forderungskatalog an Steuermitteln besteht, macht deutlich, dass diese Forderung in Konkurrenz zu

vielen anderen Politikbereichen steht. Hinzugekommen sind die Aufwendungen für Asylbewerber und Flüchtlinge. Es ist eine Illusion zu glauben, dass der Staat bereit sein wird, die GKV mit Steuermitteln zu subventionieren.

### Fachkräftemangel

Die beiden zahlenmäßig stärksten Gesundheitsberufe sind Ärzte und Pflegekräfte. Bei beiden Berufen gibt es schon heute einen ungedeckten Bedarf, eine Situation, die sich verschärfen wird. Bei Ärzten ist besonders groß der Mangel an Hausärzten. Bei Pflegekräften steigt der Bedarf allein für die Versorgung Pflegebedürftiger bis 2060 auf 1,4 Millionen, eine Verdoppelung. Da die Berufe des Gesundheitswesens in Konkurrenz zu allen anderen Berufen stehen, ist dieser Bedarf nicht zu decken.

### Versorgung Pflegebedürftiger

Bis 2050 steigt die Zahl Pflegebedürftiger von 2,3 auf 4,6 Millionen. Die Pflegekraft von Familien geht durch die Zunahme von Pflegebedürftigen, die Mobilität der Erwerbstätigen und die Zunahme von Einpersonenhaushalten zurück. Der Bedarf an Pflegeheimplätzen steigt von 840 000 auf 2 Millionen 2050.

### Was wird, was muss geschehen

Viele Bereiche unseres Gesundheitswesens werden sich verändern. Neben verbindlichen Regelungen durch den Gesetzgeber stehen größere Handlungsmöglichkeiten auf der örtlichen und regionalen Ebene.

### Versorgung ländlicher Räume

Es wird nicht gelingen, die Versorgung ländlicher Räume durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser dauerhaft flächendeckend und wohnortnah mit einem hohen Maß an Versorgungsqualität sicherzustellen. Beides, wohnortnah und qualitativ hochwertig, ist nicht miteinander zu vereinen. Die Zielvorgabe kann daher nicht lauten, Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung, sie lautet, die Versorgung sicherstellen. Dies kann auch örtlich erfolgen, wird aber zunehmend aus städtischen Regionen heraus oder durch den Transport aus der ländlichen Region in die nächste Stadt erfolgen.

### Hausarztssystem als Grundlage für die hausärztliche Versorgung

Die uneingeschränkte freie Arztwahl hat zur Folge, dass kein Hausarzt über alle seine Patienten betref-

fenden medizinischen Daten verfügt. Belastet wird das Gesundheitssystem durch die Finanzierung unnötiger Leistungen durch mehrere Ärzte, gefährdet ist die Patientensicherheit durch unkontrollierte Mehrfachbehandlungen und Mehrfachmedikation. Es wird vorgeschlagen, ein verbindliches Hausarztssystem einzuführen. Jeder Versicherte wird verpflichtet, einen Hausarzt zu wählen. Der Versicherte ist frei in der Wahl seines Hausarztes. Fachärzte dürfen nur mit Überweisung durch einen Hausarzt aufgesucht werden. Der Patient ist frei in der Wahl des Facharztes. Die Approbationsordnung für Ärzte wird mit einer stärkeren Ausrichtung auf die hausärztliche Versorgung geändert. Die Zulassung zum Medizinstudium erfolgt ausschließlich durch die medizinischen Fakultäten mit dem Ziel, diejenigen Bewerber auszuwählen, die voraussichtlich bereit sind, eine ärztliche Tätigkeit und dabei auch eine Tätigkeit als Hausarzt auszuüben.

### **Private Krankenversicherung**

Das duale Gesundheitssystem mit Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung gilt unverändert fort.

### **Leistungseinschränkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Leistungseinschränkungen werden unvermeidlich. Vorbereitend sollte Zurückhaltung bei neuen Leistungen mit neuen Kosten erfolgen. Wird nicht gehandelt, tritt ein, was vermieden werden muss, dass nicht die medizinische Notwendigkeit über das Gewähren oder Versagen von Leistungen entscheidet, sondern allein der Zufall. Dies ist die ungerechteste und unsozialste Lösung überhaupt. Handeln muss der Gesetzgeber und damit die Politik. Erforderlich ist die Berufung eines Expertengremiums, das aus Mitgliedern besteht, die sich ausschließlich dem System verantwortlich fühlen. Ihre Aufgabe ist die Erarbeitung von Vorschlägen für die Politik. Beispiele diskussionswürdiger Themen sind Rationalisierung vor Rationierung, Versicherungsfremde Leistungen, Selbstbeteiligung, Festzuschüsse, Karenztage, Satzungsleistungen, Extrabudgetäre Leistungen, Stationäre Rehabilitation und Kuren, Bürokratieabbau.

### **Priorität für Notfallversorgung**

In der Verteilung begrenzter Mittel darf es keinen Bereich der Gesundheitsversorgung geben, der a priori von Überlegungen über die Verteilung dieser Mittel ausgeschlossen wird, mit einer einzigen Ausnahme, der Notfallversorgung. Jeder Bürger muss die Gewissheit haben, dass im Notfall medizinische Hilfe kurzfristig zur Verfügung steht.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss und wiederbelebtes Bundesgesundheitsamt**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist zur einflussreichsten Einrichtung des Gesundheitswesens geworden. Bei den Entscheidungen des G-BA

kann nicht ausgeschlossen werden, dass Interessen der Trägerorganisationen in Entscheidungen einfließen. Es gilt der Grundsatz: Entscheidungen, die auch nur randständig die Interessen von einem der vier Träger des G-BA berühren, können nicht vom G-BA getroffen werden. Aus diesem Grund wird das ehemalige Bundesgesundheitsamt neu errichtet.

### **Prävention**

ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit aus Steuermitteln zu finanzieren unabhängig davon, dass es eigenständige Präventionsmaßnahmen gibt, z. B. von GKV und PKV. Die Bundesregierung plant ein Präventionsgesetz mit weitgehender Finanzierung aus Mitteln der GKV. Dies wird abgelehnt. Gefordert wird ein verbindlicher Gesundheitsunterricht in Kindertagesstätten und Schulen.

### **Feste Preise in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

In der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die pauschale Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine Einzelleistungsvergütung abgelöst. Nur auf diesem Wege ist eine leistungsbezogene und transparente Vergütung möglich. Es ist davon auszugehen, dass sich bei festen Preisen die Zahl der in einem Quartal behandelten Patienten um 50 Prozent reduziert, womit mehr Zeit für den einzelnen Patienten zur Verfügung stünde.

### **Anpassung von Sozialgesetzbuch V an Grundsätze der sozialen Marktwirtschaft**

Das SGB V wird unter dem Gesichtspunkt von Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft, auch im Gesundheitswesen, überarbeitet. Beispielhaft kann die Vergütung zahntechnischer Leistungen durch das Zahntechnikerhandwerk aus dem SGB V herausgenommen werden. Festzuschüsse können in allen Leistungsbereichen in dem Umfang festgesetzt werden, wie dies von der Sache her möglich ist. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, 2003 in das SGB V eingeführt und wegen ihrer Komplexität mit einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand bis heute noch nicht umgesetzt, wird im SGB V gestrichen.

### **Ausblick**

Es kann nicht erwartet werden, dass dieses Buch so umgesetzt wird wie es vorgelegt wird. Sollte jedoch eine Sensibilisierung über das erfolgen, was auf die Gesundheitspolitik und auf die Gesellschaft zukommt, ist viel erreicht. Handlungsoptionen können erörtert werden, wenn die Zeit gekommen ist.

**Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH, Kiel**  
**Perspektiven des Gesundheitswesens**  
**Geregelte Gesundheitsversorgung**  
**im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft**

# ZahnRat Nr. 87 erschienen

## Zwischen Zuckertüten-Zahnlücke und Weisheitszahn

Jedes Kind, alle Eltern wissen, der Schulanfang beginnt mit Zahnlücken. Erstklässler bekommen die ersten neuen bleibenden Zähne. Dass diese noch sehr schutzbedürftig sind, und warum, das ist weniger bekannt.

Die neue Ausgabe des ZahnRates wendet sich an Eltern und an Teenager. Die Beiträge widmen sich dem Thema Zahnwechsel bei Kindern zwischen 6 und 16 Jahren. Es geht dabei um Schlagworte wie der gefährdete „Sechser“, Ernährung, Trinken, Putzen, Sport, Süßigkeiten, aber auch um White Spots, Schmelzdefekte, Weisheitszähne, Zahnspangen und Bonusheft.

Weil die Familie der Spiegel ist, in den die Kinder schauen, sind sowohl für Eltern als auch für größere Kinder und Teenager speziell auf die Mund- und Zahngesundheit zugeschnittene Informationen und Tipps zusammengestellt, die im Familienalltag ohne große Umstände und unaufwändig gelebt werden können.

Der ZahnRat ist im Internet unter [www.zahnrat.de](http://www.zahnrat.de) abrufbar. Nachbestellungen der Patientenzeitung sind über den Verlag Satztechnik Meißen GmbH, Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen möglich (Telefon 03525 7186-0, Telefax 03525 7186-12,

Email: [info@satztechnik-meissen.de](mailto:info@satztechnik-meissen.de), Internet: [www.satztechnik-meissen.de](http://www.satztechnik-meissen.de))

LZÄK Sachsen

# ZahnRat 87

Zahnwechsel - Ernährung - Zahnspange - White Spots - Schmelzdefekte - Bonusheft

## Zwischen Zuckertüten-Zahnlücke und Weisheitszahn



So viele Erwartungen, so viele Veränderungen, so viele neue Erfahrungen – oft dem ersten Schultag machen sich die Kinder auf ihren eigenen Weg.

In den ersten Jahren der Schulzeit erleben sie vielfach gestaffelte und körperliche Veränderungen, die die Eltern aus eigener Erfahrung kennen und deshalb am besten begleiten können. Im Bereich Gesundheit eröffnen sich zudem immer mehr Informationsquellen, die das gemeinsame Familienwissen zu

Gesundheit und Gesundheitsförderung auf einen hohen Stand gebracht haben. Besonders profitieren davon die Mund- und Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Das Zähneputzen von Kleinkindern an, die Verwendung klammernder Zahnspangen, der regelmäßige Besuch von Zahnärzten in Kleinkindern und die Vorsorgeuntersuchungen der Vorschulkinder beim Familienzahnarzt waren ein gutes Startkapital für eine zahngesunde Schul- und Teenagerzeit.

Der Zahnwechsel ist die erste neue Herausforderung. Die zweiten Zähne kommen zwar von selbst, doch wann? Und warum sind sie besonders schutzbedürftig? Welche Zahnbürste ist die beste? Aber Zahngelbte mit Bleibecher und Co. Spaß? Was sind Schmelzdefekte? Wann muss der Fleckenboppe helfen? Welche Weisheit gilt heute für Weisheitszähne? Warum kann besonders Laufsport die Zähne gefährden? Antworten auf diese Fragen sowie weitere Fakten, Erfahrungen und Zahn-Tipps finden Sie auf den Seiten 2 bis 8 und lesen Sie auf der Seite 6 bis 7.

**Z** Patientenzeitung der Zahnärzte  
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern,  
Thüringen, Sachsen-Anhalt und Thüringen



ANZEIGE



# CDU-Neujahrsempfang in Greifswald

## Andreas Wegener und Angela Merkel fanden Zeit für ein Gespräch

Am Rande des Neujahrsempfanges der CDU Vorpommern-Greifswald am 22. Januar in Greifswald nutzte der Vizepräsident der ZÄK M-V, Dipl.-Stom. Andreas Wegener, die Möglichkeit zu einem Gespräch mit Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel über die zahnärztliche Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in unserem Bundesland. In dem offenen Gespräch lobte er die Einsatzbereitschaft vieler Kolleginnen und Kollegen bei der Notfallbehandlung der Flüchtlinge und berichtete über die Aktivitäten der KZV und ZÄK unseres Bundeslandes bei der organisatorischen Unterstützung. Er sprach aber ebenso die Probleme an. Dabei ging es um die zusätzlichen Belastungen bezüglich der Organisation des täglichen Behandlungsablaufes und auch um die ethischen Konfliktlagen des Behandlers aufgrund des eingeschränkten Behandlungsspektrums. Ein großes Problem sind häufig Verständigungsschwierigkeiten, die wiederum auf Grund einer nicht klaren Anamnese und Aufklärung die Behandlung in einigen Fällen unmöglich machen. Das von der Bundeszahnärztekammer entwickelte Piktogrammheft soll diese Aufklärung unterstützen. Auch dies wurde der Bundeskanzlerin von Dipl.-Stom. Wegener erläutert und abschließend übergeben.

ZÄK



Foto: Peter Binder, Greifswald

# Flüchtlingsversorgung nach AsylbLG

## Gemeinsame Informationsunterlagen geben viele Antworten

Die deutsche Zahnärzteschaft stellt sich den Herausforderungen einer Erstversorgung der ins Land kommenden Flüchtlinge. Zwar sei es bislang nicht gelungen, eine einheitliche Umsetzung eines Leistungskatalogs nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu installieren. Die Leistungsgewährung auf Landes- bzw. Kommunalebene funktioniert jedoch. Um im Bedarfsfall schnell und kompetent Hilfe leisten zu können und eindeutig zu erkennen, welcher Leistungsanspruch steht dem Patienten zu und gegenüber welchem Kostenträger sind diese Leistungen in welchen Verfahren abzurechnen, haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im Rahmen einer eigens hierfür ins Leben geru-

fenen Task Force Informationsunterlagen zusammengestellt. Darin enthalten sind insbesondere eine kurze Darstellung des augenblicklichen Verfahrens nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie Hilfsmittel zur verbesserten Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. Durch Piktogramme und mehrsprachige Informationsmaterialien und Anamnesebögen soll die Vorbereitung der Behandlung ermöglicht und die Aufklärung erleichtert werden.

Die Informationsmaterialien stehen auf den Webseiten der KZBV – [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de) – und der Bundeszahnärztekammer – [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) – zum Download bereit.

KZV

# Zahnärzte ohne Grenzen

## Mongolei – Reise in das Land des Dschingis Khans

Zahnärzte ohne Grenzen (Dentists without limits foundation = DWLF) bietet die einzigartige Möglichkeit, ferne Länder zu erkunden, fremde Menschen kennenzulernen und diesen gleichzeitig etwas Gutes für ihre zahnmedizinische Gesundheit zu tun. Zielgruppe der DWLF sind die Bedürftigen einer jeden Gesellschaft, die keinen Zugang zu einer zahnärztlichen Basisversorgung haben oder ihn sich nicht leisten können. Daher spielen sowohl die Prophylaxe als auch die Schmerztherapie eine zentrale Rolle. Aufmerksam wurden wir jeweils durch eine Annonce in den zm bzw. Kollegen, die bereits an ähnlichen Einsätzen teilgenommen haben.

Dr. Heike Steffen von der Universität Greifswald und Sebastian Herrlich, ehemaliger Greifswalder Absolvent, nahmen sich die Zeit, um an einem ehrenamtlichen Großeinsatz in der Mongolei teilzunehmen wo die DWLF bereits seit acht Jahren intensiv tätig ist. Zwar konnte sich Sebastian Herrlich für einige Wochen im Rahmen seiner Doktorarbeit freinehmen, Dr. Heike Steffen musste jedoch ihren Sommerurlaub dafür nutzen, da solche Einsätze von der Universität nicht unterstützt werden.

Im Vorfeld fand eine eintägige Informationsveran-



*Vor Behandlungsbeginn: Sebastian Herrlich mit einer skeptischen, jungen Patientin*

staltung mit allen Teilnehmern in Nürnberg, dem Sitz der DWLF, inklusive Einweisung in Verhaltensregeln und einem Erste-Hilfe-Auffrischkurs statt. Hier trafen sich die meisten zum ersten Mal und es entwickelte sich ein reger Austausch über praktikable Materialien und Arbeitsweisen mit den schon auslandserfahrenen Kollegen. Für jeden gab es auch eine lange Liste von notwendigen Materialien, welche mit Hilfe einiger Sponsoren vor der Reise eingeworben wurde. Aus den über 40 Teilnehmern bildeten sich Einsatzgruppen, bestehend aus jeweils vier Personen: zwei erfahrenen Zahnärzten und zwei Helfern/-innen, wobei Zahnärzte mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung ebenfalls in die Kategorie „Helfer“ eingeteilt wurden. Die älteste Zahnärztin war 72, die jüngste Helferin 21 Jahre.

Am 16. Juli trafen sich alle mit einer großen Portion Enthusiasmus und erlaubtem Übergepäck von 40 kg - das meiste davon Materialspenden - am Frankfurter Flughafen und von dort aus ging es mit dem selbstbezahlten Flugticket direkt in die Hauptstadt der Mongolei. Nach einem achtstündigen Flug und der Landung im nebelverhangenen, verregneten Ulan Bator ging es für neun Stunden mit dem Bus weiter. Dieser brachte uns bis ins mehrere hundert Kilometer entfernte Tsetserleg, der Hauptstadt des Arkhangai Aimags. Ein Aimag ist gleichzusetzen mit einem Bundesland, nur dass unseres die Größe von Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt zusammen hatte. Nachdem die letzten das dortige Gemeinschaftscamp zu Fuß erreicht hatten, weil der Bus infolge einer vorausgegangenen Regenzeit im Schlamm steckengeblieben war, erfolgte ein sehr herzlicher Empfang durch lokale Regierungsvertreter sowie die Einsatzbesprechung.

Am nächsten Tag wurden alle Vierergruppen mit jeweils einem zugeteilten Dolmetscher in die entsprechenden „Sums“ (Gemeinden) gefahren, die teilweise noch einmal eine Tagesfahrt über Stock und Stein mitten in der weiten mongolischen Steppe entfernt lagen. In dem kleinen lokalen Krankenhaus, in dem wir eine Woche arbeiten sollten, waren wir von der Gastfreundlichkeit beeindruckt und wurden mit den landestypischen Leckereien wie getrockneten Quarksticks, „Buuz“ (Teigtaschen), „Boorzog“ (Kuchen) und natürlich „Airag“ (gegorene Stutenmilch) empfangen. In zwei leerräumten Zimmern richteten wir unseren Arbeitsplatz ein: in der Mitte der aufklappbare Behandlungsstuhl, am Kopfende die transportable Einheit, rechts und links die Hocker der Behandler, die externe chirurgische Absaugung, Materialien und die aufgereihten Zangen.

Der Andrang war groß. Noch vor dem Frühstück stand eine lange Schlange von Patienten an, die über Aushänge, Mund- und Handypropaganda oder die allmorgendlichen Lautsprecherverkündigungen von uns erfahren hatten. Teilweise waren die Patienten mit dem Pferd oder Motorrad einen Tag unterwegs bis zu unserem Einsatzort und warteten geduldig auf den Beginn der Sprechstunde. Natürlich sprach es sich herum, dass unsere Behandlung kostenlos war und das hatte zur Folge, dass täglich mehr als die ursprünglich angedachten 40 Patienten kamen. Es gab einen sehr großen Therapiebedarf, da die Bevölkerung lange Zeit keine Zahnärzte bzw. teilweise noch nie einen gesehen hatte. Unser primäres Patientenkontingent bestand aus Kindern, da das örtliche Gesundheitsministerium bei ihnen die meisten zahnmedizinischen Probleme sah. Der Mundgesundheitszustand der Bevölkerung ist erschreckend, besonders bei den jungen Patienten. Seit der Öffnung des Landes haben Konzerne wie Coca Cola & Co. den Zugang zur Bevölkerung gefunden, und dadurch die Ernährungsgewohnheiten verändert. So hatten bereits Vierjährige ein komplett kariöses Milchgebiss oder Achtjährige bis auf Gingivaniveau zerstörte bleibende Sechsjähr-Molaren; ältere Patienten wiesen dagegen oft parodontale Probleme, Zahnstein und Konkrement auf. Unsere Hauptaufgabe bestand daher häufig aus Schadensbegrenzung, was sich in der Anzahl unserer durchgeführten Extraktionen widerspiegelte. Entfernung von Zahnstein, Füllungslegung und die Prophylaxe mit Fluoriden, Putzübungen und Aufklärung waren ebenfalls Teil unserer alltäglichen Arbeit. Oftmals konnten wir aufgrund des hohen Patientenaufkommens nur das Nötigste behandeln. Schon nach wenigen Tagen war unser Mongolisch so weit, dass wir „Amaa angai“ (Mund auf) und „Haz“ (Zubeißen) ganz selbstverständlich einsetzten. 60 bis 70 Patienten pro Tag hatte jeder Behandler zu bewältigen, so dass unsere jeweiligen Gruppen allein in der ersten Behandlungswoche ca. 400 Zähne extrahierten und 300 Füllungen legten. Gerade hier bewährte es sich, eine Stirnlampe oder Licht an der Lupenbrille zu haben. Ohne eine entsprechende Ausleuchtung, wäre dieses Arbeitspensum nicht möglich gewesen. Die Sterilisation unserer

Instrumente wurde von einer Kollegin des Krankenhauses übernommen und anschließend platzierten wir die Zangen und das zahnärztliche Besteck wieder handsteril auf dem Behandlungstisch. Erstaunlicherweise war trotz der eingeschränkten hygienischen Bedingungen eine geringe Komplikationsrate nach Extraktionen zu verzeichnen.

Ein weiterer unabdingbarer Bestandteil unseres Teams waren die Dolmetscher, ohne deren Hilfe natürlich nichts möglich gewesen wäre. Sie sprangen den ganzen Tag zwischen den Behandlungstühlen und dem Wartezimmer hin und her, um zwischen den Patienten und uns zu vermitteln. Wie wir zu unserer freudigen Überraschung feststellten, spielte sich das Team in kurzer Zeit sehr gut ein, so dass ein optimaler Workflow zustande kam, welcher gerade bei einem solchen Einsatz eine wichtige Arbeitsgrundlage schafft.

Natürlich kann auch immer etwas Unvorhergesehenes passieren. So hatten wir zum Beispiel gleich nach dem ersten Behandlungstag Reparaturen an der mobilen Einheit durchzuführen. Unsere jeweiligen Gruppenleiter waren aber zum Glück bestens mit Werkzeug von zu Hause ausgerüstet, so dass die Geräte bald wieder funktionierten.

Nach einer Woche ging es weiter in den nächsten Sum, um auch dort zu helfen.

Übernachtet wurde hier gemeinsam in der Jurte. Aber Vorsicht beim Eintritt: Die Tür ist sehr niedrig und man darf auf keinen Fall auf die Schwelle treten, das ist ein schlechtes Omen. Zusätzlich zur bereits erwähnten Teamfähigkeit sollte jeder Einsatzteilnehmer über eine gewisse Menge an Toleranz und Humor verfügen. Dieses ist bei solch ungewohnten Lebens- und Arbeitsbedingungen Grundvoraussetzung für ein gutes Zusammenleben in der gemeinsamen Zeit.

Unsere Verpflegung war während des gesamten Aufenthaltes ausreichend, wenn auch gewöhnungs-



Arbeitsalltag im eigens dafür hergerichteten Behandlungszimmer

Foto: Oliver Oettli



*Folgen der desolaten Mundhygiene bei Kindern*

bedürftig: Grundnahrungsmittel waren Schaf- und Ziegenfleisch entweder als Gulasch, Teigtaschen, Eintopf oder Beilage. Gemüse gab es nur in Form von Kartoffeln, Zwiebeln, Kohl oder Mohrrüben, ein Apfel war für viele das einzige Obst in zwei Wochen. Wer die nötige Ausdauer mitbrachte, hatte sämtliche Lebensmittelläden eines Ortes nach etwas anderem Essbaren abgesucht und wurde mit ein wenig Glück auch fündig. Dieses war bei einem Verhältnis von 90 Prozent Süßigkeiten zu 10 Prozent Grundnahrungsmitteln aber ein generell schwieriges Unterfangen.

Fließendes Wasser war Luxus: eine Campingdusche oder ein nahegelegener Fluss für die tägliche Hygiene musste für viele Einsatzteilnehmer reichen. Unterkunft und Verpflegung waren kostenfrei, und das Essen wurde täglich von der jeweiligen Köchin des Krankenhauses mit viel Liebe zubereitet.

Die Menschen bemühten sich stets, uns ihre Landschaft, Kultur und Lebensweise zu zeigen und so fanden nahezu jeden Abend diverse Aktivitäten statt, was für unsere Dolmetscherin Überstunden bedeutete. Für die Restauration der Oberkieferfrontzähne wurde beispielsweise nach der Arbeit als Dankeschön zu einer gemeinsamen Motorradtour in die wunderschöne Umgebung eingeladen. Die einheimischen Traditionen wie Reiten, Bogenschießen und das Spielen der Pferdekopfgeige wurden uns ebenfalls nahegebracht. Selbst der abendliche Gang durch das Dorf endete mit einer Einladung ins Haus eines Patienten bei selbstgemachtem Joghurt und üblichem Wodka. Es wurde aber auch Fußball gespielt und Karaoke gesungen und somit ein abwechslungsreiches Abendprogramm geboten. Am Wochenende wurde uns Karakorum, einst die Hauptstadt unter Dschingis Khan und heute noch das größte Kloster der Mongolei gezeigt. Eine Bade- und Bootstour auf einem der größten Süßwasserseen der Mongolei, dem Ugii Nuur, mit anschließendem Fischessen in einem Restaurant fand großen Anklang.

Zum Ende des Einsatzes trafen sich alle Kollegen wieder im Camp, und jeder hatte natürlich viel über die gesammelten Eindrücke und Erlebnisse zu berichten. Bei der dortigen Pressekonferenz mit den Vertretern des Gesundheitsministeriums gab es aber auch Kritik von unserer Seite über das Missmanagement bei der Mundgesundheit der Bevölkerung durch

den Staat. So gibt es weder eine flächendeckende zahnmedizinische Versorgung und Prophylaxe, noch eine Ernährungsberatung. Dr. Ernst Schmitz, bereits zum vierten Mal in der Mongolei, prägte folgenden Leitsatz: „Was wir hier in der kurzen Zeit geleistet haben, entspricht einem Tropfen auf den heißen Stein! Lasst aus diesem Tropfen einen Bach entstehen und ihr werdet sehen, dass dies Wunder bewirken kann!“

Die letzten drei Tage war jeder zu einer erholsamen Rundreise eingeladen. Der Aufenthalt endete wieder in der Hauptstadt der Mongolei, in der mehr als die Hälfte der drei Millionen Einwohner nebeneinander in Hochhäusern oder Jurten leben. Ulan Bator stellt einen starken Kontrast zum Rest des Landes dar: Hier sind die von Luxusgeschäften gesäumten Straßen mit Autos verstopft und über der Stadt schwebt eine Dunstglocke. An dieser Stelle wünscht man sich dann doch die frische Luft, die Weite und Freiheit der mongolischen Steppe zurück.

Alles in allem war die Reise eine gelungene Mischung aus echter Hilfe und Abenteuer. Es ist eine vollkommen andere Art und Weise, Land und Leute kennenzulernen, die dem Touristen wohl eher verschlossen bleibt.

Einen weiteren Einsatz würden wir durchaus wieder in Erwägung ziehen und können es jedem empfehlen, der helfen möchte. Wir fühlten uns durch die Mitarbeiter der DWLF gut vorbereitet und unsere Erwartungen von atemberaubender Landschaft, mongolischer Gastfreundlichkeit, aber auch intensiver zahnärztlicher Arbeit wurden nicht enttäuscht.

Unser Dank gilt den Sponsoren, ohne die das Ganze nicht möglich gewesen wäre, und den Mitarbeitern der DWLF, besonders Prof. Tuul Sodnompil, der Geschäftsführerin der DWLF und Projektmanagerin für die Mongolei, die mit viel Herzblut versucht, ihrem Heimatland im Rahmen der Möglichkeiten zu helfen. Die Stiftung finanziert sich übrigens vorrangig aus dem Sammeln von Altgold. Wer mehr dazu erfahren möchte, der wende sich bitte an die DWLF!

**Sebastian Herrlich, Dr. Heike Steffen, Greifswald**

### **Zahnärzte ohne Grenzen**

„Dentists Without Limits Foundation“ (DWLF) Waechterstr. 28, D-90489 Nürnberg, Tel : +49(0)911-5309 545, Fax: +49(0)911-5309 547 (www.dwlf.org E-Mail: info@dwlf.org) Spendenkonto: Evangelische Bank, Kassel, IBAN: DE83520604100005302471 BIC: GENODEF1EK1

# Curriculum Endodontie ab 8. April

## Es sind noch Restkursplätze frei

Am 8. April beginnt in Rostock das zweite Curriculum Endodontie der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Oberärztin Dr. Heike Steffen aus Greifswald und PD Dr. Dieter Pahncke aus Rostock bieten wir Ihnen innerhalb eines Jahres in acht Wochenendkursen den aktuellen wissenschaftlichen Stand im Fachgebiet. Renommierete Referenten aus dem ganzen Bundesgebiet vermitteln die theoretischen Grundlagen und das praktische Vorgehen einer qualitätsorientierten Endodontie. Nach dem erfolgreichen Abschluss des Curriculums erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat der Zahnärztekammer, das öffentlich ausgewiesen werden kann. Das Curriculum ist für erfahrene Praktiker und Anfänger ge-

eignet. Nähere Informationen zu den Inhalten und zum Ablauf der Kursserie sind zu erhalten im Fortbildungsprogramm sowie auf der Homepage der Kammer [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) unter der Rubrik „Fortbildung“.

Für das Curriculum sind noch wenige Kursplätze verfügbar. Interessenten wenden sich bitte an das Fortbildungsreferat der Kammer unter 0385-5910813. Selbstverständlich ist auch eine direkte Anmeldung über die Kammerhomepage möglich. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs in der Geschäftsstelle der Kammer berücksichtigt.

**Dr. Jürgen Liebich, Referent für Fort- und Weiterbildung im Kammervorstand**

## Stiftung sucht Zahnärzte im Ruhestand

Die Stiftung Senior Experten Service (SES) ist eine Stiftung der Deutschen Wirtschaft mit Sitz in Bonn. Sie ist die größte deutsche Ehrenamts- und Entsende-Organisation für Fach- und Führungskräfte im Ruhestand.

Die Organisation sucht Zahnärzte, die bereit sind, sich im Ruhestand zu engagieren. Sie werden für maximal sechs Monate im Ausland, vorwiegend in Entwicklungs- und Schwellenländern, für Auftraggeber aus der öffentlichen Hand oder auch aus dem privaten Bereich tätig. Nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ lernen sie lokale Kräfte an.

Die Tätigkeit ist ehrenamtlich, Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung und Versicherung werden übernommen.

Finanziert wird der SES durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Träger sind der Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI), die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA), der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) sowie der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK). Partner ist unter vielen anderen auch der Bundesverband der Freien Berufe (BFB).

Ansprechpartner:  
Dr. Wolfgang Schneider  
Beauftragter Deutsche Wirtschaft  
SES Senior Experten Service  
Buschstraße 2  
53113 Bonn  
Tel.: 0228 26090 3632  
[www.ses-bonn.de](http://www.ses-bonn.de)  
[w.schneider@ses-bonn.de](mailto:w.schneider@ses-bonn.de)

## Update DPF Version 2.9.3 zum Downloaden

Auf der Webseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) steht ein neues Update zur Digitalen Planungshilfe (DPF) zum Download bereit. Es enthält die ab 1. Januar 2016 geltenden neuen Festzuschussbeträge sowie einige programmtechnische Korrekturen.

Technisch gesehen beinhaltet die Aktualisierungsdatei alle Programmänderungen seit Einführung der DPF. Das ermöglicht auch Zahnärzten, die die früheren Updates nicht durchgeführt haben, nun direkt auf die Version 2.9.3 aufzurüsten.

**KZV**

# Betreuung von Pflegebedürftigen

## AuB-Informationsveranstaltungen werden gut besucht



*Im Podium (v.l.n.r.): RA Peter Ihle, Dr. Angela Löw, Dr. Hartmut Beitz und Dr. Doris Schmutzer*

Zu einer Informationsveranstaltung zur Betreuung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen luden die KZV und die ZÄK am 15. Januar nach Rostock ein. Aufgrund der stetig steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und der Tatsache, dass diese Menschen eine deutlich schlechtere Mundgesundheit haben als andere Bevölkerungsgruppen, steht die zahnärztliche Versorgung vor großen Herausforderungen. Möglichkeiten einer angemessenen Betreuung dieser besonders schutzbedürftigen Patienten wurden in Vorträgen aufgezeigt und von den Teilnehmern intensiv diskutiert.

RA Peter Ihle referierte über rechtliche Aspekte des Behandlungsvertrags, des Betreuungsrechts und von Patientenverfügungen. Ass. jur. Claudia Mundt erläuterte die Inhalte und Vorteile eines Kooperationsvertrages mit Pflegeeinrichtungen. Über die neuen Gebührenpositionen bei einer zugehenden Betreuung informierte Andrea Mauritz.

Zahnmedizinische Aspekte der Behandlung multimorbider Patienten wurden von Dr. Angela Löw aufgezeigt. Dr. Doris Schmutzer und Dr. Hartmut Beitz stellten ihre Konzepte der Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen vor und zeigten, welche organisatorischen, apparativen und personellen Voraussetzungen Heimbesuche erfordern. Beeindruckend schilderten beide Referenten, welche Herausforderungen, aber auch positiven Erlebnisse mit der Betreuung von Pflegebedürftigen und Behinderten verbunden sind. Aufgrund der großen Nachfrage wird am 4. März die dann bereits dritte Informationsveranstaltung stattfinden.

**Dr. Angela Löw,  
Referentin für Alters- und  
Behindertenzahnheilkunde im Vorstand der  
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern**



*Die gemeinsamen Fortbildungen von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zu den fachlichen, rechtlichen und abrechnungstechnischen Fragen bei der Betreuung von Pflegebedürftigen und immobilen Patienten werden gut angenommen.*

*Fotos: Merrit Förg*

ANZEIGE

## Hygieneleitfaden 10. Ausgabe überarbeitet

Der aktuelle Hygieneleitfaden des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ), die 10. Ausgabe 2016, wird ausschließlich in digitaler Form veröffentlicht und bei Bedarf angepasst.

Neben zahlreichen Anpassungen sind vor allem folgende Abschnitte in die 10. Ausgabe neu eingefügt worden:

- Abgrenzung Zahnärztliche Chirurgie/ Ambulantes Operieren
- Risikofaktoren und Kontaminationsklassen als Entscheidungshilfe für besondere hygienische Anforderungen
- Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern
- Vorbereitung der Aufbereitung von Medizinprodukten



Der Hygieneleitfaden wird mit dem nächsten Update auch in der Qualitätsmanagement-Software aktualisiert. Zu finden ist er im Internet unter: <http://dahz.org/hygieneleitfaden>. Ebenfalls zum Download eingestellt ist der gemeinsam von der BZÄK und dem DAHZ herausgegebene Hygieneplan. Dieser ist bis

auf die Hinweise zum Hygieneleitfaden 2016 und die Umbenennung des Verfahrens 1.2 unverändert. Er wurde allerdings mit einem Formular zur Unterweisung der Mitarbeiter/-innen ergänzt: [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) (Für Zahnärzte/Hygiene).

ZÄK

## 16. ZMF-Kongress in Hamburg im April



Am 15. und 16. April findet in Hamburg der 16. ZMF-Kongress für ZMP, ZMF, DH und die Praxisverwaltungsmitarbeiterinnen statt.

Neben dem gewohnt hochkarätigen und abwechslungsreichen Programm haben die Veranstalter, Zahnärztekammer Hamburg und das Norddeutsche Fortbildungsinstitut für zahnmedizinische Assistenzberufe GmbH (NFI), als Highlight's die Karriereberaterin Erna Hüls und den Mentaltrainer Herbert Prange gewinnen können.

Veranstaltungsort ist das Empire Riverside Hotel. Der Get-Together-Abend findet im StrandPauli statt.

Weitere Infos sowie das detaillierte Programm unter: [www.zahnaerzte-hh.de](http://www.zahnaerzte-hh.de)

ZÄK HH

## Umfrage zur Bachelorarbeit

Katharina Rauch hat sich mit einer besonderen Bitte an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gewandt. Als Studentin für Management in der Gesundheitsbranche an der Hochschule Rosenheim untersucht sie im Rahmen ihrer Bachelorarbeit in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Markus Pihusch den Handlungsbedarf bezüglich der Behandlung und Betreuung von Migranten in Gesundheitsfragen.

Hierzu möchte sie in großem Querschnitt Gesundheitsberufe und Einrichtungen anhand eines Online-

Fragebogens befragen und bittet entsprechend um Beteiligung.

Zu Rauchs Zielgruppe gehören u. a. Ärzte, Zahnärzte, Arzt- und Zahnarzhelfer und Krankenpfleger. Wer mag, kann unter folgender Internetadresse daran teilnehmen: [www.soscisurvey.de/migration\\_gesundheitseinrichtung/](http://www.soscisurvey.de/migration_gesundheitseinrichtung/)

Die Bachelorarbeit wird von Katharina Rauch erarbeitet. Eine Kontaktaufnahme ist unter folgender E-Mail-Adresse möglich: [k.rauch@ymail.com](mailto:k.rauch@ymail.com)

KZV

# Bekanntgabe Prüfungstermine

## Termine für Zahnmedizinische Fachangestellte

Vor dem Ende des zweiten Ausbildungsjahres haben Auszubildende zur Zahnmedizinischen Fachangestellten eine *Zwischenprüfung* abzulegen. Die Zwischenprüfung erstreckt sich über die in den ersten 18 Monaten im Berufsschulunterricht erlernten Fertigkeiten und Kenntnisse.

Die Zwischenprüfung findet einheitlich an den vier Berufsschulstandorten des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Rostock, Waren, Greifswald und Schwerin) am 25. Mai in der Zeit von 8 bis 10 Uhr statt. Das Anmeldeformular für die Zwischenprüfung wird an die Ausbilderpraxis verschickt und muss fristgemäß bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eingereicht werden.

Am Ende der Berufsausbildung legt der Auszubildende eine schriftliche und praktische *Abschlussprüfung* ab. Sie beinhaltet die in der Praxis erlernten Fertigkeiten und Kenntnisse und den im Berufsschulunterricht vermittelten Lehrstoff.

Die *schriftliche Abschlussprüfung* findet für alle Aus-

zubildenden des dritten Ausbildungsjahres in den Berufsschulen Greifswald, Rostock, Schwerin und Waren am 8. Juni 2016 in der Zeit von 8 bis 15 Uhr statt. Das Anmeldeformular für die Abschlussprüfung wird an die Ausbilderpraxis verschickt und muss fristgemäß bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eingereicht werden.

Die *mündlichen Abschlussprüfungen* finden an den Berufsschulen in Mecklenburg-Vorpommern wie folgt statt:

- Greifswald: 29./30. Juni
- Rostock: 7. bis 9. Juli
- Schwerin: 5./6. Juli
- Waren: 4. Juli

Für die Prüfungen sind die Auszubildenden nach Berufsbildungsgesetz § 15 freizustellen. Auszubildende unter 18 Jahre sind gemäß § 10 Abs.1 Nr. 2 JArbSchG auch für den Tag vor der schriftlichen Abschlussprüfung freizustellen.

Referat ZAH/ZFA

# Kurs Professionelle Zahnreinigung

## Alles nur Kosmetik oder medizinische Verantwortung?

**2. Praktischer Arbeitskurs Parodontologie** mit Lehrmeinungen, Erfahrungen, Beispielen und praktischen Übungen aus den USA und Greifswald

**Referenten:** Kim Johnson RDH, MDH (Health Partners Institute for Education and Resarch Minneapolis/Minnesota) USA gemeinsam mit DH's und Zahnärzten der Uni-Zahnklinik Greifswald

**Behandelte Themen:** Professionelle Zahnreinigung; Parodontologie & Allgemeinerkrankungen; Biofilm; Periimplantitis; Mundtrockenheit; Sensible Zähne; Ursachen der Halitosis; Mundschleimhautveränderungen; Umgang mit älteren Patienten; Intensiv betreute praktische Übungen in kleinen Gruppen am Dummy, gegenseitig und an realen Patienten; Ergonomie; Instrumentierung mit Hand- und maschinellen Instrumenten; Richtiger Einsatz von Pulver-Wasser-Strahl-Geräten

**Termin:** 18. Juli bis 22. Juli

**Teilnehmerzahl:** max. 20

**Zum Ablauf:** Kurssprache englisch mit Übersetzung; intensive, umfangreiche, praktische Übungen in unserer neuen Zahnklinik; zwischendurch Kurzvorträge zum aktuellen Stand der Wissenschaft durch den Greifswalder Lehrkörper; fast jeden Abend gemeinsames, kurzweiliges Rahmenprogramm;

**Kursgebühr:** 950 € (inkl. Kursverpflegung, Skripten u. a.)

**Teilnahmevoraussetzung:**

Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), fortgebildete Assistentin Prophylaxe /Prophylaxeassistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, Dentalhygienikerin, Zahnärztin/Zahnarzt

**Anfragen und Anmeldungen:**

Yvonne Breuhahn/OÄ Dr. Jutta Fanghänel  
Abteilung Parodontologie, Zentrum für ZMK-Heilkunde  
Walther-Rathenau-Straße 42a  
17475 Greifswald  
Tel.: 0 38 34/86 59631, Fax: 0 38 34/86 7308,  
Email: breuhahn@uni-greifswald.de



# Notfalldienstordnung

## der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 28. November 2015

Aufgrund § 23 Abs. 2 Nr. 4, § 32 Abs. 1 Nr. 4 und § 33 Abs. 3 des Heilberufsgesetzes vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBl. M-V S. 150, 152), in Verbindung mit § 14 Abs. 1 der Berufsordnung erlässt die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 28. November 2015 folgende Notfalldienstordnung.

### § 1

- (1) Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern richtet zur Versorgung von dringend versorgungsbedürftigen Notfällen in sprechstundenfreien Zeiten einen zahnärztlichen Notfalldienst ein.
- (2) Der zum Notfalldienst eingeteilte Zahnarzt muss außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten telefonisch zur Erteilung von Auskünften oder zur Vereinbarung einer Behandlung erreichbar sein. Darüber hinaus können feste Sprechzeiten in der Praxis eingerichtet werden.
- (3) Die Organisation und Durchführung des Notfalldienstes wird den Kreisstellen der Zahnärztekammer übertragen. Der Kreisstellenvorstand ist für die Einteilung zum Notfalldienst und die Einhaltung der geforderten Bedingungen zuständig. Er kann diese Aufgaben anderen Kreisstellenmitgliedern übertragen, sofern diese mit der Übernahme einverstanden sind. Name, Anschrift, Telefonverbindung und die Notdienstsprechzeiten der zum Notfalldienst eingeteilten Zahnärzte werden von der Kreisstelle in den lokalen Tageszeitungen oder durch eine in den Medien veröffentlichte zentrale Notrufnummer, über die Homepage der Zahnärztekammer und in sonstiger geeigneter Weise aktuell bekannt gegeben.

### § 2

- (1) Zur Teilnahme am Notfalldienst ist nach § 32 Abs. 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes des Landes Mecklenburg-Vorpommern jedes Kammermitglied verpflichtet, das in einer zahnärztlichen Praxis, in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einer nach § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtung zahnärztlich tätig ist.
- (2) Die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Zahnärzte sind jeweils gesondert zur Teilnahme am zahnärztlichen Notdienst verpflichtet.
- (3) Angestellte Zahnärzte gemäß § 32 b ZV-Z und Vorbereitungsassistenten ab Beginn des zweiten Jahres ihrer Vorbereitungszeit werden über ihren Arbeitgeber bei der Notdiensteinteilung entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit berücksichtigt.
- (4) Die Pflicht zur Teilnahme am Notdienst obliegt auch einem Praxisvertreter für den Fall, dass der zu vertretende Zahnarzt zum Notfalldienst eingeteilt ist. Bei Ausscheiden eines Zahnarztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer anderen zulässigen Gesellschaft geht die Verpflichtung zur Durchführung von bereits eingeteilten Notfalldiensten dieses Zahnarztes auf die in der Berufsausübungsgemeinschaft oder der anderen zulässigen Gesellschaft verbleibenden Zahnärzte über. Entsprechendes gilt für den Fall der Praxisübernahme für den die Praxis übernehmenden Zahnarzt.

(5) Die Heranziehung zum Notfalldienst erfolgt am Sitz der Praxis in dem von der Kreisstelle der Zahnärztekammer festgelegten Notfalldienstbezirk.

(6) Ist der zum Notdienst eingeteilte Zahnarzt, z.B. wegen akuter Erkrankung oder Beendigung der Berufstätigkeit, an der Teilnahme am Notfalldienst verhindert, hat er die Pflicht, unverzüglich für eine Vertretung zu sorgen. Der zum Notdienst eingeteilte Zahnarzt hat Anschrift und Telefonverbindung des Vertreters auf dem Anrufbeantworter aufzuzeichnen und sichtbar an der Praxis und, soweit möglich, in sonst geeigneter Form auch in den Medien bekanntzugeben. Der Kreisstellenvorstand ist über den Tausch von Notfalldiensten schriftlich zu unterrichten.

### § 3

- (1) Auf Antrag kann einem Zahnarzt in begründeten Fällen widerruflich ganz, teilweise oder vorübergehend eine Befreiung vom Notfalldienst erteilt werden. Dies gilt insbesondere, wenn er - wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist oder - an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt.
- (2) Der Antrag auf Befreiung ist zunächst an den Vorstand der Kreisstelle zu richten. Er kann die Beibringung eines ärztlichen Attestes oder sonstigen geeigneten Nachweises verlangen. Sofern der Vorstand der Kreisstelle dem Antrag auf vollständige oder teilweise Befreiung vom zahnärztlichen Notfalldienst nicht stattgibt, entscheidet der Vorstand der Zahnärztekammer nach Anhörung des Vorsitzenden der Kreisstelle.

### § 4

- (1) Die Behandlung im Notfalldienst hat sich auf unaufschiebbare Maßnahmen zu beschränken.
- (2) Die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen im Notfalldienst regelt sich nach den geltenden Gebührenverträgen, bei der Behandlung von Patienten, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören und auch keinen Anspruch auf Behandlung zu den Gebührensätzen der gesetzlichen Krankenkassen haben, nach der GOZ.
- (3) Im Rahmen des Notfalldienstes darf eine zahnärztliche Hilfeleistung nicht von Vorauszahlungen oder Sicherheitsleistungen abhängig gemacht werden.
- (4) Patienten sind nach der Notfallbehandlung an ihren behandelnden Zahnarzt zurück zu überweisen.

Diese Notfalldienstordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Kraft. Gleichzeitig tritt die Notfalldienstordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 22. November 2003 außer Kraft.

Schwerin, 28. November 2015

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich  
Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

# Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Vom 28. November 2015

Aufgrund § 42 des Heilberufsgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBl. M-V S. 150, 152), hat die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 28. November 2015 folgende Weiterbildungsordnung beschlossen.

## Teil I

### Ziel, Art, Inhalt und Dauer der Weiterbildung

#### § 1 Fachzahnärztliche Weiterbildung

- (1) Weiterbildung ist der geregelte Erwerb besonderer beruflicher Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den durch die Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung bezeichneten Fachgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.
- (2) Mit der Weiterbildung kann erst nach der Approbation als Zahnarzt oder nach Erteilung einer fachlich uneingeschränkten Erlaubnis gemäß § 13 Zahnheilkundegesetz begonnen werden.
- (3) Eine Fachgebietsbezeichnung darf nur führen, wer die Anerkennung einer Zahnärztekammer erhalten hat.
- (4) Fachgebietsbezeichnungen dürfen nur in der in den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung bezeichneten Form geführt werden.
- (5) Es können bis zu drei Fachgebietsbezeichnungen nebeneinander geführt werden.
- (6) Für Entscheidungen nach dieser Weiterbildungsordnung ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Vorstand der Zahnärztekammer zuständig.

#### § 2 Art, Inhalt und Aufnahme der Weiterbildung

- (1) Die Weiterbildung erfolgt in theoretischer Unterweisung und praktischer Berufstätigkeit. Die theoretischen und praktischen Inhalte der jeweiligen Fachgebiete ergeben sich aus den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung.
- (2) Die Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung hierzu ermächtigter Zahnärzte in Einrichtungen der Hochschulen, Krankenhäusern oder in der Praxis eines ermächtigten Zahnarztes durchgeführt, die gemäß § 7 zugelassen sind (Weiterbildungsstätten).
- (3) Die Weiterbildung muss in fachlich weisungsabhängiger Stellung erfolgen.
- (4) Die Aufnahme der Weiterbildung bedarf der Zustimmung des Vorstandes der Zahnärztekammer. Die Zustimmung kann durch den Weiterbilder oder den Weiterbildungsassistenten beantragt werden.
- (5) Nach § 58 Abs. 3 des Heilberufsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Januar 1993 ist Voraussetzung für die Zustimmung zur Weiterbildung, dass die Absolvierung einer einjährigen zahnärztlichen Tätigkeit vor Beginn der Weiterbildung nachgewiesen wird.

#### § 3 Dauer der fachspezifischen Weiterbildung

- (1) Die Weiterbildung auf Vollzeitbasis umfasst mindestens drei fachspezifische Jahre.
- (2) Die Weiterbildung beginnt frühestens mit Eingang des Antrages auf Zustimmung zur Weiterbildung in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer.

(3) Zeiten beruflicher Tätigkeit in der eigenen Praxis sind auf die Weiterbildungszeit nicht anrechnungsfähig.

(4) Erfolgt die Weiterbildung in Teilzeit, muss sichergestellt sein, dass Gesamtdauer und Qualität nicht geringer sind als bei einer Vollzeit-Weiterbildung und die Weiterbildung in Teilzeit in einem Umfang erfolgt, der mindestens der Hälfte der üblichen, wöchentlichen Arbeitszeit entspricht.

(5) Die Weiterbildung gemäß Abs. 1 muss innerhalb eines Zeitraumes von acht Jahren abgeschlossen sein. Die Weiterbildung soll zusammenhängend erfolgen. Auf schriftlichen Antrag kann die Zahnärztekammer aus zwingenden familiären, gesundheitlichen oder sonstigen wichtigen Gründen hiervon Ausnahmen zulassen, wenn dies mit dem Ziel der Weiterbildung vereinbar ist.

(6) Weiterbildungszeiten an einer Weiterbildungsstätte müssen mindestens 6 Monate umfassen. Der Vorstand kann auf Antrag kürzere Weiterbildungszeiten anerkennen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist.

(7) Vorgaben hinsichtlich der anrechnungsfähigen Weiterbildungszeiten können in den Anlagen geregelt werden.

(8) Wesentliche Unterbrechungen von Weiterbildungszeiten müssen nachgeholt werden. Unterbrechungen aus persönlichen Gründen, die nicht mehr als sechs Wochen im Kalenderjahr betragen, gelten in der Regel als unwesentlich.

#### § 4 Anrechnung von Fortbildung

Theoretische Lerninhalte einer strukturierten, curricularen Fortbildung, die nach Zulassung zur Weiterbildung erbracht werden, werden auf Antrag des Weiterzubildenden auf die theoretische Unterweisung im Rahmen der Weiterbildung angerechnet, wenn sie inhaltlich und zeitlich den Vorgaben der in den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung aufgeführten Anforderungen entsprechen. Die Anlagen können, insbesondere zum Umfang der Anrechnung, hierzu Näheres regeln.

## Teil II

### Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Ausland

#### § 5 Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedsstaat), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland oder die europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat)

- (1) Wer als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ein fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachlichen Weiterbildungsnachweis besitzt, das oder der nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften oder dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum oder aufgrund eines entsprechenden Assoziierungsabkommens anzuerkennen ist oder einer solchen Anerkennung aufgrund erworbener Rechte nach dem Recht der Europäischen Union gleichsteht, erhält auf Antrag die Anerkennung der Fachgebietsbezeichnung. Die Bezeichnung ist in deutscher Sprache und in derjenigen Form zu führen, die nach dieser Weiterbildungsordnung erworben werden kann; dies gilt auch für Dienstleistungserbringer nach § 2 Abs. 4 des Heilberufsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern, ohne dass es einer Anerkennung bedarf. Eine von Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates

tes der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates über den Europäischen Wirtschaftsraum in einem Drittland absolvierte Weiterbildung ist anzuerkennen, wenn sie durch einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union anerkannt wurde und eine dreijährige Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaates, der die Weiterbildung anerkannt hat, durch den Mitgliedstaat bescheinigt wird. Die Regelungen des Art. 10 der Richtlinie 2005/36/EG sind zu beachten.

- (2) Bei Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum bei Personen, denen gleiche Rechte durch entsprechende Assoziierungsabkommen zustehen, hat die zuständige Kammer zu prüfen, ob die in einem anderen Mitglied- oder Vertragsstaat erworbene praktische Berufserfahrung, Zusatzausbildung und Weiterbildung angerechnet werden kann. Dies gilt entsprechend für eine außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums absolvierte Weiterbildung, die von einem anderen Mitglied- oder Vertragsstaat anerkannt wurde. Die Kammer entscheidet über den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Antrag und die vollständigen Unterlagen vorliegen. Eine ablehnende Entscheidung ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

## § 6 Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb der in § 5 genannten Staaten

- (1) Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der in einem anderen als den in § 5 Absatz 1 genannten Staaten (Drittstaaten) ausgestellt wurde, erhält auf Antrag von der Kammer die Anerkennung der Bezeichnung, soweit die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. Der Weiterbildungsstand ist als gleichwertig anzusehen, wenn die Weiterbildung der Antragstellerin oder des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der Weiterbildung nach dem Heilberufsgesetz M-V und der Weiterbildungsordnung aufweist. Diese Personen führen die in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung. Wesentliche Unterschiede nach Satz 2 liegen vor, wenn sich der im Ausland erworbene Ausbildungsnachweis auf Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten bezieht, die sich hinsichtlich der vermittelten Inhalte oder aufgrund der Ausbildungsdauer wesentlich von den Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten unterscheiden, die im Rahmen der entsprechenden Weiterbildung nach diesem Gesetz und der Weiterbildungsordnung erworben werden.
- (2) Wesentliche Unterschiede können ganz oder teilweise durch Kenntnisse ausgeglichen werden, die im Rahmen der Berufstätigkeit erworben worden sind; dabei ist es nicht entscheidend, in welchem Staat die Berufstätigkeit ausgeübt worden ist. Liegen wesentliche Unterschiede vor, muss der Nachweis geführt werden, dass die Kenntnisse und Fähigkeiten vorliegen, die zur Anerkennung des Ausbildungsnachweises erforderlich sind. Dieser Nachweis ist durch eine Eignungsprüfung zu erbringen, die sich auf die festgestellten wesentlichen Unterschiede bezieht.
- (3) Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bestätigt innerhalb eines Monats den Eingang der Antragsunterlagen und teilt mit, welche Unterlagen fehlen. Spätestens drei Monate nach Eingang der vollständigen Unterlagen ist über die Anerkennung zu entscheiden. In den Fällen aus Abs. 2, in denen über die Durchführung der Eignungsprüfung zu entscheiden ist, verlängert sich die Frist um einen Monat.

## § 7 Anerkennungsverfahren

Für das Anerkennungsverfahren im Weiterbildungsrecht sind die Regelungen des Artikels 15 der Richtlinie 2005/36/EG zu beachten. Für die Anerkennung der Ausbildungsnachweise sind vom Antragsteller folgende Unterlagen und Bescheinigungen vorzulegen:

1. Die Approbation oder Berufserlaubnis sowie der Nachweis über den gleichwertigen Ausbildungsstand,
2. ein Identitätsnachweis,

3. eine tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung und Berufspraxis,
4. eine amtlich beglaubigte Kopie der Weiterbildungsnachweise sowie Bescheinigungen über die Berufspraxis,
5. in Fällen des § 6 Absatz 2 Konformitätsbescheinigungen oder Tätigkeitsnachweise über die letzten fünf Jahre,
6. zusätzliche Nachweise zur Prüfung der Gleichwertigkeit,
7. für den Fall, dass in einem anderen Mitgliedsstaat, EWR-Staat oder Vertragsstaat ein Nachweis über eine Weiterbildung ausgestellt wird, die ganz oder teilweise in Drittstaaten absolviert wurde, Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten durch die zuständige Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates in welchem Umfang auf die Weiterbildung angerechnet wurden.

## Teil III Zulassung von Weiterbildungsstätten und Ermächtigung zur Weiterbildung

### § 8 Weiterbildungsstätten

- (1) Die Zulassung der Praxis eines niedergelassenen Zahnarztes oder eines Krankenhauses als Weiterbildungsstätte setzt eine Ermächtigung eines in der Praxis bzw. in dem Krankenhaus tätigen Zahnarztes für das Fachgebiet voraus und erfordert, dass
1. Personal und Ausstattung so vorhanden sind, dass sie den Erfordernissen der zahnmedizinischen Entwicklung Rechnung tragen.
  2. Patienten in so ausreichender Anzahl vorhanden sind, dass sich der Weiterzubildende mit den typischen Diagnosen und Behandlungsformen des jeweiligen Fachgebietes vertraut machen kann.
  3. dem weiterzubildenden Zahnarzt ein vollausgestatteter, vollwertiger Behandlungsplatz sowie das erforderliche Hilfspersonal zur Verfügung stehen.
- (2) Die Zulassung der Weiterbildungsstätte wird durch den Vorstand auf Antrag und nach Prüfung erteilt.

### § 9 Ermächtigung

- (1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung wird auf schriftlichen Antrag durch den Vorstand erteilt. Der Antragsteller hat hierfür alle notwendigen Unterlagen vorzulegen.
- (2) Grundsätzlich darf ein ermächtigter niedergelassener Zahnarzt nur einen Zahnarzt weiterbilden. Ein an einer Hochschule tätiger Weiterbildungsleiter darf maximal fünf Zahnärzte weiterbilden. Auf schriftlichen Antrag kann der Vorstand Ausnahmen zulassen, wenn hierdurch die Durchführung einer ordnungsgemäßen Weiterbildung nicht gefährdet wird.
- (3) Mit der Beendigung der Tätigkeit des ermächtigten Zahnarztes an der Weiterbildungsstätte erlischt die Ermächtigung zur Weiterbildung.

### § 10 Voraussetzung der Ermächtigung

- (1) Die Ermächtigung kann nur erteilt werden, wenn der Antragsteller fachlich und persönlich als Weiterbildungsleiter geeignet ist. Er muss fachlich umfassende Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen besitzen, die sich auf das Fachgebiet, für das er ermächtigt wird, beziehen müssen. Die Ermächtigung kann befristet und mit Auflagen versehen werden.
- (2) Die Ermächtigung setzt voraus, dass der Antragsteller nach der Anerkennung als Fachzahnarzt mindestens fünf Jahre nachhaltig in diesem Fachgebiet praktisch tätig war und noch ist. Näheres ist in den jeweiligen Anlagen geregelt.

### § 11 Pflichten des Weiterbildenden

- (1) Der Weiterbildende hat die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten.
- (2) Der Weiterbildende hat Änderungen in den Voraussetzungen

## WEITERBILDUNGSORDNUNG

für die Ermächtigung unverzüglich und unaufgefordert der Zahnärztekammer anzuzeigen.

- (3) Der Weiterbildende hat dem Weiterzubildenden unverzüglich und schriftlich mitzuteilen, wenn er die ordnungsgemäße Weiterbildung als gefährdet ansieht.
- (4) Der Weiterbildende hat dem Weiterzubildenden ein qualifiziertes Zeugnis auszustellen, das Aufschluss gibt über Zeitdauer, Unterbrechungen, Weiterbildungsmodus (Vollzeit/Teilzeit), Inhalt und Ergebnis der Weiterbildung sowie über die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten des Weiterzubildenden.

### § 12 Widerruf und Rücknahme der Ermächtigung

- (1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung ist ganz oder teilweise zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, insbesondere wenn
  1. ein Verhalten vorliegt, das Zweifel an der fachlichen oder persönlichen Eignung des Zahnarztes als Weiterbilder aufwirft oder
  2. Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass die in der Weiterbildungsordnung an den Inhalt der Weiterbildung gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können.
- (2) Die Zahnärztekammer kann das weitere Vorliegen der Voraussetzungen der Ermächtigung überprüfen.
- (3) Die Rücknahme der Ermächtigung richtet sich nach den Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes Mecklenburg-Vorpommern.

## Teil IV Anerkennungsverfahren

### § 13 Prüfungsausschüsse

- (1) Bei der Zahnärztekammer wird für jedes Fachgebiet ein Prüfungsausschuss gebildet.
- (2) Ein Prüfungsausschuss besteht aus drei im Weiterbildungsgebiet tätigen Mitgliedern und mindestens zwei stellvertretenden Mitgliedern, die jeweils die Voraussetzungen zur Weiterbildungsermächtigung im jeweiligen Fachgebiet erfüllen müssen und von denen mindestens einer im Besitz einer Ermächtigung zur Weiterbildung im jeweiligen Fachgebiet ist. Mindestens ein Mitglied soll ein im Fachgebiet tätiger Hochschullehrer sein. Die Mitglieder und Stellvertreter werden von der Kammerversammlung der Zahnärztekammer bestellt.
- (3) Die Prüfungsausschüsse wählen jeweils aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. In den Fällen, in denen der Vorsitzende des Ausschusses die Weiterbildung des Kandidaten geleitet hat, wird die Prüfung durch den stellvertretenden Vorsitzenden geleitet.
- (4) Die Prüfungsausschüsse sind beschlussfähig, wenn drei Mitglieder oder zwei Mitglieder und ein Stellvertreter anwesend sind. Sie beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit. Enthaltungen gelten als Ablehnung.
- (5) Die Mitglieder entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.

### § 14 Antrag auf Anerkennung und Zulassung zur Prüfung

- (1) Die Anerkennung der Weiterbildung kann vom Weiterbildungsassistenten frühestens einen Monat vor und spätestens binnen eines Jahres nach Abschluss der praktischen Weiterbildung bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beantragt werden. Die Weiterbildung kann auch Zahnärzten anerkannt werden, die nicht mehr Mitglied der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sind, sofern sie zum Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Anerkennung der Weiterbildung Mitglied der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern waren. Dem Antrag sind in deutscher Sprache beizufügen:

1. eine beglaubigte Ablichtung oder Abschrift der zahnärztlichen Approbationsurkunde oder der Erlaubnis gemäß § 13 Zahnheilkundengesetz und
2. Zeugnisse und sonstige Nachweise über die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildung. Übersetzungen bedürfen einer amtlichen Beglaubigung,
3. die eidesstattliche Erklärung, dass der Antragsteller die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung im jeweiligen Fachgebiet nicht bereits mehr als zweimal erfolglos absolviert hat und nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung gestellt hat, über den dort noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

- (2) Die Zahnärztekammer prüft, ob die Weiterbildung nach Inhalt und Umfang gemäß den Vorgaben der Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet wurde.
- (3) Der Vorsitzende des jeweiligen Prüfungsausschusses prüft im Vorfeld, ob die eingereichten Prüfungsunterlagen den Kriterien für die Zulassung zur Prüfung entsprechen und teilt dies der Zahnärztekammer mit. Sollten die Unterlagen unvollständig, qualitativ mangelhaft oder dem Umfang der einzuhaltenen Richtlinien nicht entsprechen, wird der Prüfungskandidat nicht zur Prüfung zugelassen. Die Information darüber erfolgt über die Zahnärztekammer.
- (4) Wird die ordnungsgemäße Ableistung der Weiterbildung festgestellt, lässt der Vorstand der Zahnärztekammer den Weiterzubildenden zur Prüfung zu.
- (5) Eine Ablehnung der Zulassung zur Prüfung ist dem Antragsteller mitzuteilen, zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.
- (6) Nach Zulassung setzt die Geschäftsstelle der Zahnärztekammer im Benehmen mit dem Vorsitzenden des zuständigen Prüfungsausschusses einen Termin für die mündliche Prüfung fest. Der Antragsteller ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden.

### § 15 Durchführung der Prüfung

- (1) Die Prüfung erfolgt mündlich unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Es sollen nicht mehr als drei Prüflinge gleichzeitig geprüft werden.
- (2) Die während der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse werden in einem Fachgespräch durch den jeweiligen Prüfungsausschuss überprüft. Nach Beendigung der Prüfung entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Prüfung erfolgreich abgeschlossen wurde und die vorgeschriebenen Kenntnisse auf dem Fachgebiet vorhanden sind.
- (3) Bleibt der Antragsteller dem Fachgespräch ohne ausreichenden Grund fern oder bricht er das Fachgespräch ohne ausreichenden Grund ab, gilt die Prüfung als nicht bestanden.
- (4) Der jeweilige Prüfungsausschuss legt das Ergebnis der Prüfung schriftlich nieder und teilt es dem Vorstand der Zahnärztekammer mit. Für jeden Prüfungsteilnehmer ist ein gesonderter Protokoll zu erstellen.

### § 16 Mitteilung der Prüfungsentscheidung, Wiederholung der Prüfung

- (1) Bei erfolgreichem Abschluss der Prüfung spricht der Vorstand die Anerkennung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung aus.
- (2) Bei nicht bestandener Prüfung wird dem Weiterzubildenden die Ablehnung des Antrags auf Anerkennung schriftlich mitgeteilt. Die Entscheidung ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

Die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung kann zweimal wiederholt werden. Die Anmeldung zur Wiederholungsprüfung kann frühestens nach drei Monaten und soll spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Zugang des jeweiligen Ergebnisses erfolgen.

- (3) Die Zulassung zur Wiederholungsprüfung kann davon abhängig gemacht werden, dass bestimmte Weiterbildungsleistungen vorab zu erbringen sind.

**§ 17 Rücknahme und Widerruf der Anerkennung**

Für Rücknahme und Widerruf der Anerkennung gilt das Verwaltungsverfahrensgesetz M-V.

**§ 18 Widerspruch**

- (1) Gegen ablehnende Entscheidungen nach dieser Weiterbildungsordnung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung Widerspruch bei der zuständigen Zahnärztekammer erhoben werden.
- (2) Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand. Ein ablehnender Widerspruchsbescheid ist zu begründen, mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen und zuzustellen. Gegen den Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung Klage beim Verwaltungsgericht erhoben werden.

### Teil V Schlussbestimmungen

**§ 19 Übergangsbestimmungen**

- (1) Die bisher von der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ausgesprochenen Anerkennungen einer Weiterbildung gelten als Anerkennung nach dieser Weiterbildungsordnung.
- (2) Zahnärzte, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung befinden, können diese nach den bisher geltenden Bestimmungen abschließen.
- (3) Die bisher von der Kammer erteilten Ermächtigungen bleiben bestehen. Bei einer Verlängerung oder Neuerteilung der Ermächtigung müssen die Voraussetzungen nach dieser Weiterbildungsordnung erfüllt sein.

**§ 20 Anerkennung von Weiterbildungen**

- (1) Die von einer Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland oder vor dem 03.10.1990 im Beitrittsgebiet ausgesprochenen Anerkennungen zum Fachzahnarzt gelten auch im Bereich der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern fort.
- (2) Sind diese Fachgebietsbezeichnungen im Bereich der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern geregelt, dürfen diese nur in der in den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung ausgewiesenen Form geführt werden.
- (3) Die in anderen Bundesländern erbrachten, von den zuständigen Zahnärztekammern anerkannten Weiterbildungszeiten werden auch im Bereich der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern anerkannt.

**§ 21 Inkrafttreten**

Diese Weiterbildungsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 4. Juli 2009, zuletzt geändert durch Kammerversammlung am 2. Juli 2011, außer Kraft.

Schwerin, 28. November 2015

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident  
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

*Die Weiterbildungsordnung vom 28. November 2015 wurde durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern am 4. Dezember 2015 genehmigt.*

**Anlage 1****Fachgebiet Oralchirurgie****1. Gegenstand und Bezeichnung des Fachgebietes**

- 1.1 Das Gebiet der Oralchirurgie umfasst die orale Medizin und die sich davon ableitende operative (oralchirurgische) Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im gesamtmedizinischen Kontext.
- 1.2 Die Fachgebietsbezeichnung auf dem Fachgebiet Oralchirurgie lautet: „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“.

**2. Dauer und Ort der fachspezifischen Weiterbildung**

- 2.1 Die fachspezifische Weiterbildung auf dem Fachgebiet Oralchirurgie beträgt mindestens drei Jahre.
- 2.2 Eine fachspezifische Weiterbildungszeit in chirurgischen Abteilungen an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, an einer oralchirurgischen Abteilung eines Krankenhauses oder einer anderen, vergleichbaren Einrichtung kann bis zu drei Jahren angerechnet werden. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit bei einem niedergelassenen und zur Weiterbildung ermächtigten Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder Facharzt für Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie kann bis zu zwei Jahren, bei klinischem Bezug der Praxis bis zu drei Jahren angerechnet werden. Der klinische Bezug ist für jede Weiterbildung gesondert nachzuweisen. Die Anrechnung setzt jeweils die Zulassung als Weiterbildungsstätte gem. § 9 Weiterbildungsordnung voraus.
- 2.3 Mindestens ein Jahr der Weiterbildung muss in einer Weiterbildungsstätte mit stationärer Anbindung oder klinischem Bezug abgeleistet werden. Auf schriftlichen Antrag kann die Zahnärztekammer unter Auflagen Ausnahmen zulassen, wenn dies mit dem Ziel der Weiterbildung vereinbar ist.

**3. Voraussetzungen der Ermächtigung**

Die Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung auf dem Gebiet der Oralchirurgie kann einem Zahnarzt dann erteilt werden, wenn er nach seiner Anerkennung als Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder als Facharzt für Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie gem. § 11 Abs. 2 Weiterbildungsordnung mindestens fünf Jahre auf dem Gebiet der Oralchirurgie praktisch tätig war und noch tätig ist.

**4. Voraussetzungen der Zulassung als Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Oralchirurgie**

Die Weiterbildungsstätte muss die räumlichen, technisch-apparativen und personellen Voraussetzungen erfüllen, um den Erwerb der nachfolgend unter 5. und 6. aufgeführten Kenntnisse und Fertigkeiten zu gewährleisten.

# WEITERBILDUNGSORDNUNG

## 5. Theoretische Inhalte der Weiterbildung

Die theoretische Weiterbildung Oralchirurgie hat einen Umfang von 40 ECTS- Punkten.

5.1 Allgemeine Grundlagen		
5.1.1 Prinzipien der Untersuchung und Diagnostik		
Umgang mit dem Patienten	Verbale und nonverbale Kommunikation	
	Sofortiger Behandlungsbedarf (Akut-, Schmerzpatient)	
	Planbarer Behandlungsbedarf	
	Kein unmittelbarer Behandlungsbedarf (Nachfragepatient)	
	Prophylaxe- und Recall-Patient	
Anamnese	Allgemein	
	Speziell	
Untersuchung	Allgemein (orientiert)	
	Extraoral	
	Enoral	PA-Befunde, PA-Status
	Funktionsabläufe	Manuelle und instrumentelle Funktionsanalyse
Bildgebende Diagnostik	Konventionelles Röntgen	
	3-D-Verfahren (CT, DVT, MRT); Erwerb der Sach- und Fachkunde DVT	
	Sonografie	
	Planungssoftware	Implantologische Diagnostik und Planung
Nuklearmedizinische Diagnostik	Szintigrafie/PET	
Pathomedizinische Diagnostik aus Flüssigkeiten	Blut, Speichel	
Pathomedizinische Gewebediagnostik	Zytologie, Zytochemie, -metrie	
	Histologie, Immunhistochemie	
Mikrobiologie, Virologie		
Weitere Verfahren		
Befundzusammenstellung, Auswertung und Dokumentation		
5.1.2 Anästhesie		
Lokalanästhesie	Pharmakologie	Lokalanästhetikum
		Vasokonstringentien
	Techniken	
Risiken, Risikoprophylaxe, Risikomanagement	Prämedikation und Sedierungsverfahren	
	Monitoring	
Behandlung in Allgemeinanästhesie	Grundlagen der Narkose	
	Evaluation des Patienten, Laborwerte	
	Einleitung der Intubationsnarkose	
	Verhalten während des Eingriffes, Überwachung Aufwachphase, Nachsorge	
5.1.3 Pharmakologie		
Medikamentenanamnese		
Medikamenteninteraktionen		
Wichtige Medikamentengruppen	Antibiotika, Antimykotika, Virostatika	
	Analgetika, Antiphlogistika, Antirheumatika	
Relevante medikamentöse Verfahren	Prämedikation	
	Schwellungsprophylaxe	
	Antibakterielle Prophylaxe	
	Perioperative Medikation	
	Postoperativer Schmerz- und Schwellungszustände	
	Postoperative Infektionen	
	Cave-Medikationen	

5.1.4 Notfälle, Notfallmanagement		
Erkennen und Management von Notfallsituationen	Präventivdiagnostik	
	Diagnostik und Einschätzung der Notfallsituation	
	Akute und lebensbedrohliche Allgemeinzustände (Bewusstsein, Atmung, Herz-Kreislauf-System, Anaphylaxie, Schock)	Erstmaßnahmen Folgemaßnahmen
	Akute fachspezifische Notfälle (Trauma, Nachblutung, Infektion)	Erstmaßnahmen Folgemaßnahmen
	Technische Notfallausrüstung, Notfallkoffer	
Techniken der intravenösen Zugänge		
Notfallmedikamente		
Notfallmedizinische Übungen		

5.1.5 Praxisstruktur und Hygiene	
Rechtliche Grundlagen	MPG, MPBetreibV, MPSV, Meldeverfahren nach MPSV, Grundlagen des Zahnarzt- und Patientenrechts
	RKI-Empfehlungen
	Betrieblich-organisatorische Anforderungen
Aufbereitung von Instrumenten	Reinigung und Desinfektion
	Sterilisation
Technische Präventionsmaßnahmen	Behandlungsräume
	Wasserführende Systeme
Funktionelle Präventionsmaßnahmen beim Eingriff	Vor- und Nachbereitung des OP-Raumes
	Vor- und Nachbereitung des Patienten
	Vor- und Nachbereitung des OP-Personals
	Vor- und Nachbereitung des Instrumentariums
Gesundheitsschutz des Personals	Gesetzliche Grundlagen
	Schutzimpfungen
	Hygienische Schutzmaßnahmen
	Postexpositionsprophylaxe

5.1.6 Allgemeine Aspekte		
Berufsrechtliche Bestimmungen für Zahnärzte und Fachzahnärzte	Kontinuierliche Weiterbildung	
	Leitlinien, wissenschaftliche Stellungnahmen	
Rechtliche Aspekte beim Umgang mit Patienten	Aufklärung, Risiken	
	Alternativverfahren	
	Rechtsgültige Einverständniserklärung	
	Dokumentation	Dokumentationsverfahren und -medien Dokumentationstechniken
	Datensicherung, Aufbewahrung, Aufbewahrungsfristen	
Kommunikation mit der Kollegen-/Fachkollegenschaft (Arztbrief)		
Umgang mit Behörden und Institutionen		
Gutachterwesen		

5.1.7 Aufbau und Organisation einer oralchirurgischen Praxis	
Ausstattung	
Verwaltung	
Personal	

# WEITERBILDUNGSORDNUNG

5.1.8 Wissenschaftliche Arbeiten	
Literatur	Einweisung in das Literaturstudium mit Literaturrecherchen inkl. Nutzung von Datenbanken
	Übersicht über Bücher und Zeitschriften
	Regeln für das Bewerten von Publikationen
	Cochrane
Biostatistik und Epidemiologie	Deskriptive Statistik
	Analytische Statistik
	Epidemiologie
Forschungsmethodik	Methoden wissenschaftlichen Arbeitens

5.2 Operative Therapieverfahren	
5.2.1 Grundprinzipien chirurgischer Therapie	
Topographische Anatomie des Fachgebiets	
Wundarten und Wundheilung	
Regenerative Eigenschaften der beteiligten Gewebe	
Implantation und Gewerbeersatz	
Transplantate	
Prinzipien der Eröffnung (Schnittführung)	
Präparation der Gewebe	Weichgewebe
	Hartgewebe
Methoden der Blutstillung	
Wundverschluss, Ruhigstellung und Verband	Nahtmaterial, Nahttechnik
	Schienung
	Osteosynthese
Nachsorge	

5.2.2 Dentoalveoläre Chirurgie	
Zahnextraktionen	Indikation und Kontraindikation zur Zahnentfernung
	Instrumentarium
	Extraktionstechnik
	Komplikationen während und nach Zahnentfernung
Operative Zahnentfernung	Indikation und Kontraindikation zur Zahnentfernung
	Retentionsformen
	Zeitpunkt der Entfernung
	Therapeutisches Vorgehen
Operative Freilegung retinierter Zähne/Operative Entfernung von Fremdkörpern, Sequestertomien	
Chirurgische Zahnerhaltung	chirurgische Kronenverlängerung
	Reimplantation, Transplantation, Hemisektion, Wurzelamputation
	Wurzelspitzenresektion
Knochenzysten	
Osteoplastiken	
Neurolysen, Nervverlagerung	
Wundrevisionen	



<b>5.2.3 Mukogingivale, parodontale und Weichgewebe-Chirurgie (präprothetische Chirurgie)</b>	
Geschlossene/offene Kürettage	
Regenerative/augmentative Verfahren im PA-Bereich	
Plastische Parodontalchirurgie	
Lappenplastiken	
Band- oder Narbenkorrekturen	
Weichgewebezysten	
Vestibulum- oder Mundbodenplastiken	
Schleimhaut-/ Bindegewebsstransplantate	
Entfernung von Speichelsteinen	
Entfernung von Fremdkörpern/Osteosynthesematerial	

<b>5.2.4 Operative Therapie von Kieferhöhlenerkrankungen</b>	
Klinische/radiologische Beurteilung	
Endoskopie/Sonografie	
Plastischer Verschluss von MA-Verbindungen	
Entfernung von Fremdkörpern	
Operative Sanierung der odontogen erkrankten Kieferhöhle	

<b>5.2.5 Tumorchirurgie</b>	
Probeexzision/Biopsie	
Verlaufsdagnostik/Prophylaxe	
Kriterien für Gut- und Bösartigkeit - Benignität/Malignität	
Kooperation mit Fachkollegen (Pathologie, MKG-, HNO-Chirurgie, Anästhesie)	
Operative Entfernung gutartiger Neoplasmen	aus dem Weichgewebe
	aus dem Knochen

<b>5.2.6 Traumatologie</b>	
Replantation, Reposition und Schienung luxierter Zähne	bei Kindern und Jugendlichen
	bei Erwachsenen
Frakturversorgung des Ober- und Unterkiefers	Notfallmanagement
	Konservativ (dentale Schienenverbände)
	Operativ (Osteosynthese)
Versorgung von intra- und perioralen Weichgewebsverletzungen	
Wundrevisionen	

<b>5.2.7 Septische Chirurgie</b>	
Chirurgische Therapie odontogener Infektionen	
Versorgung chronischer Weichgewebs- und Knocheninfektionen	
Wundrevision	

<b>5.2.8 Implantologie und augmentative Chirurgie</b>	
Grundlagen der prothetischen Planung und prothetischen Versorgung	
Übertragung der Implantatposition gemäß Planungsunterlagen	
Präparation des Implantatlagers	im kompromittierten Knochenlager
	im normal strukturierten Knochen
	im kortikalen Knochenlager
	Einheilungszeiten oraler Implantate
	offene oder geschlossene Einheilung
Sofortimplantation und/oder Sofortbelastung	
operative Freilegung von Implantaten	

## WEITERBILDUNGSORDNUNG

periimplantäres Weichgewebsmanagement	
Komplikationsmanagement in der oralen Implantologie	
Periimplantitis	Verfahren zur Biofilmentfernung und Augmentation periimplantärer Knochendefekte
Hartgewebe	Materialien: autogen, allogene, xenogen, alloplastisch
	Wachstumsfaktoren
	Tissue engineering
	Techniken: An-, Ein- und Auflagerungen, Transplantation, Distraction
Weichgewebe	freier Gewebettransfer
	gesteuerter Gewebettransfer
	Mikrovaskularisierung
Implantate	
Epithetik	

### 5.2.9 Laserchirurgie

Inklusive der Sachkunde Laser

Die in den Kapiteln 5.2.3 Mukogingivale, parodontale und Weichgewebschirurgie und 5.2.8 Implantologie und augmentative Chirurgie vermittelten Lehrinhalte sind auf Curricula zur Erlangung von Spezialisierungen in den Fachgebieten anrechnungsfähig.

### 5.3. Oralmedizinische Grundlagen

#### 5.3.1 Pathologie der Hartgewebe

Entwicklungsstörungen oraler Gewebe und Organe
Karies
Pulpitis, apikale Parodontitis
Marginale Parodontitis
Infektionen im Bereich der Hartgewebe
Epitheliale und nicht-epitheliale Zysten
Odontogene Tumoren und benigne nichtodontogene Tumoren
Malignome der Kiefer
Metabolische, genetische und andere nicht neoplastische Erkrankungen
Erkrankungen der Kiefergelenke

#### 5.3.2 Pathologie der Weichgewebe

Mundschleimhautveränderungen und -erkrankungen
Diagnose und Therapie
Gewebebiopsien für Histologie und direkte Immunfluoreszenz
Exfoliativzytologie und DNA-Zytometrie
Infektionen im Bereich der Weichgewebe
Veränderungen/Erkrankungen der Zunge
Benigne und maligne Weichgewebstumore
Erkrankungen der Speicheldrüsen

#### 5.3.3 Systemerkrankungen mit Bedeutung für die Oralchirurgie

Osteopathien
Erkrankungen des Bindegewebes, Kollagenosen
Autoimmunerkrankungen
Erkrankungen des blutbildenden Systems
Erkrankungen der inneren Organe (Herz, Leber, Niere, Atmungsorgane)
Diabetes mellitus
Schilddrüsenerkrankungen
Dermatologische Erkrankungen
Blutgerinnungsstörungen

<b>5.3.4 Patienten mit besonderen Anforderungen</b>
Schwere Allgemeinerkrankungen
Multimorbide Patienten
Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko
Geriatrische Patienten
Kinder
Menschen mit Behinderungen
Patienten vor/nach Radatio
Patienten unter Bisphosphonattherapie

<b>5.3.5 Psychosomatische Grundkompetenz</b>
Akuter und chronischer Schmerz
Ätiologie, Therapie und Prophylaxe von Gesichtsneuralgien und anderen Formen der Kiefer- und Gesichtsschmerzen
Atypischer Gesichtsschmerz

#### 6. Praktische Inhalte der Weiterbildung (OP-Katalog):

Die praktische Weiterbildung hat einen Umfang von 140 ECTS-Punkten.

Innerhalb der einzelnen Hauptkategorien des OP-Kataloges können in einer Teilkategorie nicht vollständig erreichte Fallzahlen durch entsprechend erhöhte Fallzahlen in vergleichbaren Teilkategorien ausgeglichen werden.

<b>Dentoalveoläre Chirurgie</b>	<b>Fallzahlen 535</b>
<b>Operationsverfahren</b>	
Entfernung von Zähnen und Wurzelresten	
Entfernung von retinierten und verlagerten Zähnen	
Freilegung von Zähnen zur kieferorthopädischen Einstellung	
Wurzelspitzenresektionen	
Wurzelamputation, Replantationen, Transplantationen	
Zystentherapie	
Augmentationen des alveolären Knochens als eigenständige Leistung	

<b>Mukogingivale, parodontale und Weichgewebs-Chirurgie</b>	<b>Fallzahlen 120</b>
<b>Operationsverfahren</b>	
Zahn- oder implantaterhaltende Kürettage (je Kiefer)	
Zahn- oder implantaterhaltende Chirurgie mittels augmentativer Verfahren	
Freie oder gestielte Lappenplastiken	
Weichgewebezysten	
Vestibulum- oder Mundbodenplastiken, Band- oder Narbenkorrekturen	
Operative Entfernung von Speichelsteinen	
Operative Entfernung von Fremdkörpern/Osteosynthesematerial	

<b>Tumorchirurgie</b>	<b>Fallzahlen 40</b>
<b>Operationsverfahren</b>	
Probeexzision/Biopsie/Exfoliativzytologie	
Operative Entfernung gutartiger Hart- und Weichgewebsveränderungen	

<b>Traumatologie</b>	<b>Fallzahlen 20</b>
<b>Operationsverfahren</b>	
Replantation/Reposition luxierter Zähne einschließlich Schienung	
Versorgung von intra- und perioralen Weichgewebsverletzungen	
Operative oder konservative Versorgung von Frakturen des OK und UK	

## WEITERBILDUNGSORDNUNG

<b>Septische Chirurgie</b>	<b>Fallzahlen 40</b>
<b>Operationsverfahren</b>	
Operative Therapie akuter odontogener und oraler Infektionen	
Operative Versorgung chronischer Weichgewebs- und Knocheninfektionen	

<b>Implantologie</b>	<b>Fallzahlen 30</b>
<b>Operationsverfahren</b>	
Einfache Implantationen im OK und UK (je Implantat)	
Implantationen im OK und UK in Kombination mit augmentativen Maßnahmen	
Komplexe Fallplanung anhand von 3 D Diagnostik	

<b>Anästhesieverfahren</b>	<b>Fallzahlen 50</b>
<b>Behandlungen</b>	
Selbstständige Durchführung von Sedierungsverfahren mit apparativer Überwachung (Monitoring)	
Oralchirurgische Behandlung in Intubationsnarkose in Zusammenarbeit mit einem Anästhesisten	
Anwendung der Lokalanästhesie zu Therapie Zwecken	

## Anlage 2

### Fachgebiet Kieferorthopädie

#### 1. Gegenstand und Bezeichnung des Fachgebietes

- 1.1 Das Gebiet der Kieferorthopädie umfasst die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Fehlbildungen und Fehlfunktionen des Kauorgans, von Zahnstellungs- und Bissanomalien sowie Kieferfehlbildungen und Deformierungen der Kiefer sowie des Gesichtsschädels im gesamtmedizinischen Kontext.
- 1.2 Die Fachgebietsbezeichnung auf dem Fachgebiet Kieferorthopädie lautet:  
„Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“

#### 2. Dauer und Ort der fachspezifischen Weiterbildung

- 2.1 Die fachspezifische Weiterbildung auf dem Fachgebiet Kieferorthopädie beträgt mindestens 3 Jahre.
- 2.2 Eine fachspezifische Weiterbildungszeit in kieferorthopädischen Abteilungen an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann bis zu drei Jahren angerechnet werden. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit bei einem zur Weiterbildung ermächtigten und in einer Praxis tätigen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie kann bis zu zwei Jahren angerechnet werden. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit an einer kieferorthopädischen Abteilung eines Krankenhauses oder einer anderen, vergleichbaren Einrichtung kann bis zu einem Jahr angerechnet werden. Die Anrechnung setzt jeweils die Zulassung als Weiterbildungsstätte gem. § 9 voraus.
- 2.3 Von der dreijährigen fachspezifischen Weiterbildungszeit müssen zwei Jahre ohne Unterbrechung an einer Weiterbildungsstätte abgeleistet werden. Mindestens ein Jahr der fachspezifischen Weiterbildungszeit muss unter fachlicher, wissenschaftlich-verantwortlicher Leitung einer universitären Einrichtung erfolgen. Die Weiterbildung beinhaltet sowohl die praktischen Aktivitäten als auch die theoretischen Inhalte.
- 2.4 Auf schriftlichen Antrag kann die Zahnärztekammer unter Auflagen von 2.2 und 2.3 abweichende Ausnahmen zulassen, wenn dies mit dem Ziel der Weiterbildung vereinbar ist.

#### 3. Voraussetzungen der Zulassung als Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Kieferorthopädie

Die Weiterbildungsstätte muss die räumlichen, technisch-apparativen und personellen Voraussetzungen erfüllen, um den Erwerb der nachfolgend unter 4. aufgeführten Kenntnisse und Fertigkeiten zu gewährleisten.

#### 4. Theoretische und praktische Inhalte der Weiterbildung

Im theoretischen Teil der Weiterbildung (Unterricht, Eigenstudium, Fallplanung, Fallplanungskonferenzen) sowie in der praktischen Weiterbildung erwirbt der Weiterzubildende umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Planung und Anwendung aller für eine moderne wissenschaftlich orientierte Kieferorthopädie relevanten Behandlungsgeräte und -techniken wie herausnehmbare Geräte (incl. funktionskieferorthopädische Geräte), Multiband-/Multibrackettechniken und extraorale Geräte.

5.1. Medizinische Grundlagen	
Anatomie/Embryologie/Genetik/ Zellbiologie	Makroskopische und funktionelle Anatomie des Kopfes
	Embryologie
	Zellbiologie
	Genetik
	Wachstum und Entwicklung des menschlichen Körpers
Klinische Medizin	HNO
	Logopädie/Myofunktionelle Therapie
	Dermatologie/Allergologie
	Pädiatrie
	Orthopädie
	Endokrinologie
	Allgemeinmedizin
	Rheumatologie
Schlafmedizin	
Psychologie des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen	Psychosoziale Grundlagen
	Beziehung zwischen Kieferorthopäde u. Patient
	Psychologie des Patienten
	Motivierung und Mitarbeit
	Patienten- und Gesprächsführung
	Persönlichkeitsunterschiede, Problempatienten
	Konfliktmanagement
Stress- und Belastungsmanagement	

5.2. Diagnostik	
Kieferorthopädischer Befund	Anforderungen an die KFO-Dokumentation
	Strukturierte Diagnostik einschließlich Differentialdiagnostik
Modellanalyse	Abformung
	Prinzipien des 3D-orientierten Modells
	Modellanalysen
Kephalometrie/Fotostatanalyse	Grundlagen der Kephalometrie
	Durchzeichnungen per Hand
	EDV-gestützte Kephalometrie
	Kephalometrische Analysen/Wachstumsanalysen
	Fotostatanalyse, Weichteilanalysen
	Digitale Fotografie, Video- und 3D-Diagnostik
Röntgen und andere bildgebende Verfahren	Strahlenschutz, Qualitätssicherung
	Röntgentechniken, digitales Röntgen
	CT, MRT, DVT
	Röntgendiagnostik in der Kieferorthopädie
Bestimmung des skelettalen Alters	
Funktionsdiagnostik	Klinische Funktionsanalyse
	Manuelle Funktionsdiagnostik
	Instrumentelle Funktionsdiagnostik
	Elektronische Registrierung
Indikationsbezogene Behandlungsplanung, z.B. bei	Angle-Klasse I, II und III
	Offener Biss
	Tiefbiss
	Asymmetrien
	Zahntraumen

## WEITERBILDUNGSORDNUNG

Indikationsbezogene Behandlungsplanung, z.B. bei	Indikation von Non-Ex vs. Ex-Therapie		
	Lückenschluss vs. -öffnung		
	Kiefergelenkfortsatzfrakturen		
Kieferorthopädische Diagnostik, Behandlungsziel und -planung, Analyse des Behandlungsergebnisses	Behandlung im Milch- und Wechselgebiss/bleibenden Gebiss		
	Funktionelle Anomalien		
	Dentoalveoläre Anomalien (trans., vert., sag.)		
	Skelettale Anomalien (trans., vert., sag.)		
Besonderheiten (LKG-Spalten, kraniofaziale Fehlbildungen, Syndrome)			

5.3. Ätiologie/Morphogenese			
Gebissentwicklung	Gebissentwicklung und Dentitionsfolge		
	Entwicklungsstörungen und Anomalien des Zahnwechsels		
	Okklusion und Funktion		
Entwicklung des Schädels und des Gesichtes	Schädel- und Gesichtsentwicklung		
	Entwicklungsstörungen		
	(Patho)physiologie von Zahn- und Gebissfehlstellungen/Dysgnathien		
Prophylaxe und Frühbehandlung	Physiologie des Atmens/Sprechens/Saugens/Schluckens/Kauens		
	Ätiologie, Bedeutung und Prävention von Dysfunktionen		
	Kieferorthopädische Frühbehandlung		
Kariesprophylaxe	Systematische Gingivitis- und Demineralisierungsprophylaxe		
	Kariesrisikobestimmung und Prävention		
Behandlungsbedarf in der Kieferorthopädie	Indizes nach		
	funktionellen Kriterien		ästhetischen Kriterien

5.4. Therapie/Prognose			
Therapie von Funktionsstörungen	CMD		
	Schienentherapie und -herstellung		
Grundlagen der orthodontischen/orthopädischen Bewegungen (Wirkungen, Nebenwirkungen)	Biologie der Zahnbewegung/Zellbiologie		
	Biologische Aspekte kieferorthopädischer Kräfte		
	Grundlagen der orthodontischen Behandlung		
	FEM		
Risiken einer KFO-Behandlung	Tiermodelle		
	Iatrogene Effekte		
	Wurzelresorptionen		
Stabilität und Rezidiv	Parodontale Schädigungen		
	Ursachen für Rezidive		
	Posttherapeutische Stabilität		
	Langzeitstabilität		
Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement bzgl.	Rezidivprophylaxe		
	Diagnostik und Differentialdiagnostik		
	Therapieplanung		
	Therapieablauf		
Erwachsenenbehandlung	Retention		
	Langzeitstabilität		
	Prinzipien der Erwachsenenbehandlung unter Berücksichtigung von		
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Oralchirurgie	Histologie	Osteoporose	Medikamentöser Beeinflussung
	Therapie retinierter/verlagerter Zähne		
	Orthodontisch genutzte Implantate, Minischrauben, Platten als Verankerungshilfen		
	Autotransplantationen		
Präimplantologische KFO-Therapie			

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Kieferchirurgie	Chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung		
	Kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie von Dysgnathien		
	Distractionsosteogenese		
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Schlafmedizin	OSAS		
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Prothetik/ Zahnerhaltung/Kinderzahnheilkunde	Kombiniert restaurativ-implantologisch-kieferorthopädische Therapie Lückenhalter und Kinderprothese		
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Parodontologie	Ätiologie von Parodontalerkrankungen		
	Entzündlich		Nicht entzündlich
	Parodontalerkrankungen		
	Parodontaldiagnostik		
	Parodontaltherapie		
	Initialtherapie	Chirurgisch	Nicht chirurgisch
	Wechselwirkung zwischen KFO und Parodontologie		
Interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit LKG-Spalten			
Syndrome mit kraniofazialer Beteiligung			

5.5. Behandlungsmittel			
Abnehmbare Geräte	Grundlagen		
	Konstruktionszeichnung, Laborherstellung		
	Handhabung mit Anpassung, Eingliederung, Kontrolle		
Funktionskieferorthopädische Geräte	Grundlagen		
	Konstruktionszeichnung, Laborherstellung		
	Handhabung mit Anpassung, Eingliederung, Kontrolle		
	Funktionskieferorthopädische Geräte im Vergleich		
Orthodontische Apparaturen und Biomechanik	Befestigungselemente		
	Vestibulär		lingual
	Orthodontische Bögen		
	Orthodontische Hilfsmittel		
	Systematik der Behandlungsphasen		
	Behandlungstechniken mit Typodontübungen		
	Standard Edgewise	Straight-Wire-Technik	Segmentbogen-Technik
	Verankerung mittels Minischrauben, Gaumenimplantaten, ossär verankerten Platten		
	Weitere MB-Techniken und deren Prinzipien		
	Festsitzende Teilapparaturen		
Retentionsapparaturen			
Festsitzende bimaxilläre Geräte	Herbst-Scharnier		
	Andere Systeme und ihre Prinzipien		
Extraorale Geräte	Headgear (direkt, indirekt; verschiedene Zugrichtungen)		
	Gesichtsmasken/Frontalzug-Headgear		
	Kopfkinnkappe, Kopfkinnschale		

## WEITERBILDUNGSORDNUNG

5.6 Wissenschaftliche Arbeiten	
Literatur	Einweisung in das Literaturstudium mit Literaturrecherchen inkl. Nutzung von Datenbanken
	Übersicht über Bücher und Zeitschriften
	Regeln für das Bewerten von Publikationen
	Cochrane und evidenzbasierte Kieferorthopädie
Biostatistik und Epidemiologie	Deskriptive Statistik
	Analytische Statistik
	Epidemiologie
Forschungsmethodik	Methoden wissenschaftlichen Arbeitens

5.7 Praxismanagement	
Praxishygiene	Instrumentenreinigung
	Desinfektion
	Sterilisation
	Hygieneplan
Management der oralen Gesundheit und Sicherheitsmaßnahmen in der KFO-Praxis	Gesetzliche Grundlagen für
	- Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen
	- Arbeitssicherheit
Abrechnung/Gebührenordnung	Erstellung von HK-Plänen
	KIG
	GKV-Abrechnung
	GOZ/GOÄ
	Übungen zur Abrechnung
Praxisorganisation	Praxisgründung, -übernahme, -organisation
	Praxisteamorganisation
	Arbeitsrecht
	Qualitätsmanagement
Ergonomie	
Berufskunde/Ethik	Forensik, Gutachten, Gerichtsgutachten
	Berufsrecht
	Kammerrecht
	Ethische Aspekte kieferorthopädischen Handelns

5.8 Arbeit am Patienten		
Behandlung $\geq$ 50 Patienten	Kinder/Jugendliche/Erwachsene	
	Dysgnathien alveolär/skelettal	Sagittal
		Transversal
		Vertikal
	interdisziplinäre Behandlungen	



# Kunstverein Schwerin lädt ein

## Faszination des oralen Systems in Wissenschaft und Kultur

Der Kunstverein Schwerin lädt ein zu einem Empfang und Vortrag: "Das Dentale - Faszination des oralen Systems in Wissenschaft und Kultur"

*mit Prof. Dr. em. Hartmut Böhme,  
Berlin, Kulturwissenschaftler  
am Freitag, den 26. Februar,  
ab 19:00 in der KUNSTHALLE im E-Werk,  
Spieltordamm 5, 19055 Schwerin.  
Der Eintritt ist frei.*

Der Mundraum wurde bislang in der Perspektive jeweils einer einzigen Wissenschaft, sei's der Physiologie, der Zahnmedizin, der Linguistik, der Psychoanalyse etc., entwickelt. Erst durch die Polyperspektivik, wie sie das Buch wagt, kann der Mundraum als eine Körperzone von anthropologisch fundamentaler Bedeutung entdeckt werden.

Neben klassischen Themen der Zahnmedizin werden insbesondere die ethno-zahnmedizinischen, evolutionsbiologischen und paläoanthropologischen Dimensionen berücksichtigt. Dargestellt wird das orofaziale System und seine funktionellen Störungen, die Evolution des Gesichts, die Gesichts- und Schädelchirurgie im Kontext der rekonstruktiven Chirurgie, der medizinischen Ästhetik und der kulturellen Physiognomik des Gesichts. Wechsel-

wirkungen zwischen der kraniofazialen Kinetik mit dem Körper werden ebenso thematisiert wie jüngste Entwicklungen der dentalen CAD/CAM-Systeme und der mathematischen Modellierung der Kaumechanik. Wissenschaftshistorische Studien runden das medizinische Programm des Buches ab.

Prof. Böhme wird über die Verbindungen zwischen Zahnheilkunde und Ästhetik sprechen. Die Pflege und Makellosigkeit des Gebisses und die Pflege des



*Prof. em. Dr. Hartmut Böhme, Prof. Dr. Bernd Kordaß und Beate Slominski haben ein gleichnamiges Buch herausgegeben: 1. Auflage 2015 / Buch / Hardcover, 480 Seiten, 500 Abbildungen, Quintessenz Verlags-GmbH*

Mundraumes stehen in einem engen Verhältnis zur Geschichte der Schönheit. Geboten wird eine integrale Gesamtansicht nicht nur der Zahnmedizin sondern auch der anthropologischen, kulturellen, ästhetischen, linguistischen, künstlerischen und psychodynamischen Dimension des „Mundwerks“ vom Mythos bis zur neuesten Gegenwart. Die Zahnmedizin und ihre wissenschaftlichen wie sozialen Formate werden dabei in einem umfassenden kulturalistischen Sinn dargestellt.

### **Kunstverein Schwerin e.V.**

Tel. und Fax: 0385 521 3166, info@kunstverein-schwerin.de, www.kunstverein-schwerin.de

# Fortbildung Februar bis April

Online-Anmeldung unter  
www.zaekmv.de

**17. Februar** Seminar Nr. 10  
Praxispersonal gesucht?  
Geirrt - Gesucht - Bereits gefunden?  
Der Weg zur passenden Mitarbeiterin  
Dipl.-Psych. Johanna Hartmann  
14 – 19 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Str. 103, 18055 Rostock  
Seminargebühr: 175 € pro Person  
6 Punkte

**20. Februar** Seminar Nr. 11  
Adhäsivsysteme und Lichtpolymerisationsgeräte optimiert einsetzen  
Praktischer Arbeitskurs  
Dr. Uwe Blunck  
9 – 18 Uhr  
Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Moral“  
Stempelstr. 13, 18057 Rostock  
Seminargebühr: 350 €  
9 Punkte

**9. März** Seminar Nr. 36  
Generation 60+  
Neue Anforderungen an die Zahnarztpraxis insbesondere an die ZFA  
DH Christine Deckert  
DH Sabrina Bone-Winkel  
14 – 18 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminargebühr: 195 €

**19. März** Seminar Nr. 38  
Refresher ZMP  
Recall bei PAR- und Implantat-Patienten: ist nicht nur PZR – ist so viel mehr – ist UPT  
DH Simone Klein  
9 – 15 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminargebühr: 250 €

**19. März** Seminar Nr. 13  
Erfolgreiche Teams aufbauen und führen  
Dipl.-Psych. Thomas Röthmeier  
9.30 – 17 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103

18055 Rostock  
Seminargebühr: 295 €  
8 Punkte

**30. März** Seminar Nr. 14  
Kinderzahnheilkunde mit Erfolg  
Verhaltensformen und Kariesmanagement  
Dr. Julian Schmoedel, Dr. Ruth Santamaria  
14 – 19 Uhr

Zentrum für ZMK  
W.- Rathenau-Straße 42 a  
17489 Greifswald  
Seminargebühr: 220 €  
6 Punkte

**2. April** Seminar Nr. 15  
Komplikationen und Notfälle in der zahnärztlichen Praxis  
Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,  
Dr. Anja Mehlhose  
9 – 13 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Moral“  
Stempelstr. 13, 18057 Rostock  
Seminargebühr: 300 € pro Team  
(1 ZA und 1 ZAH/ZFA)  
6 Punkte

**6. April** Seminar Nr. 16  
Praxisauflösung und Praxisaufgabe (Praxisübertragung – Praxisveräußerung)  
Rechtsanwalt Peter Ihle  
Steuerberater Helge C. Kiecksee  
14 – 18 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103  
18055 Rostock  
Seminargebühr: 150 €  
5 Punkte

**8. April** Seminar Nr. 17  
Furkationsbeteiligung: parodontale Katastrophe oder lösbares Problem?  
Prof. Dr. Peter Eickholz  
14 – 18 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminargebühr: 200 €  
5 Punkte

**9. April** Seminar Nr. 18  
Okklusionsschienen bei CMD-Patienten: Warum und wie?  
Prof. Dr. Peter Ottl  
9 – 16 Uhr  
Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Moral“  
Stempelstr. 13, 18057 Rostock  
Seminargebühr: 190 €  
9 Punkte

**13. April** Seminar Nr. 19  
Mundschleimhauterkrankungen und PZR  
Dr. Dr. Stefan Kinner  
DH Livia Kluever  
14 – 18 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Str. 103, 18055 Rostock  
Seminargebühr: 175 € pro Person  
5 Punkte

**15. April** Seminar Nr. 21  
Ab jetzt ohne Papier! Umstellung mit Konzept  
Christine Baumeister-Henning  
14 – 19 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Str. 103, 18055 Rostock  
Seminargebühr: 215 € pro Person  
6 Punkte

**16. April** Seminar Nr. 22  
Die Überführung der therapeutischen Schienenposition in die definitive prothetische Rekonstruktion  
Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt  
9 – 16 Uhr  
Zentrum für ZMK  
W.- Rathenau-Straße 42a  
17475 Greifswald  
Seminargebühr: 190 €  
8 Punkte

**16. April** Seminar Nr. 39  
Auf dem Weg zum mündigen Patienten  
Teenager in der Gruppen- und Individualprophylaxe  
Sybille van Os-Fingberg  
9 – 15 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103

18055 Rostock  
Seminargebühr: 260 €

**23. April** *Seminar Nr. 40*  
Knifflige Gespräche führen  
Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen trainieren  
Dipl.-Psych. Thomas Röthemeier  
9 – 17 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminargebühr: 475 €

**27. April** *Seminar Nr. 25*  
Zahnärztliche Schlafmedizin – Protrusionsschienen zur Therapie von

Schnarchen und Schlafapnoe  
Dr. Susanne Schwarting  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Str. 103, 18055 Rostock  
15 – 19 Uhr  
Seminargebühr: 165 €  
5 Punkte

**30. April** *Seminar Nr. 26*  
Mundpflege und zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Demenz in der Praxis und aufsuchender Betreuung  
Zahnärztin Claudia Ramm  
ZMP Maren Kropf-Nimtz  
9 – 13 Uhr

Zahnärztekammer  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminargebühr: 210 € pro Person  
5 Punkte

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0385-5 91 08 13 und Fax: 0385-5 91 08 23 zu erreichen. Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) – Stichwort Fortbildung)

## Service der KZV

### Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden **am 23. März** (*Annahmestopp von Anträgen: 2. März*) **und am 15. Juni** (*Annahmestopp von Anträgen: 25. Mai*) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 19055 Schwerin, Wismarsche Straße 304, einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können. Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses: Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung; Ruhen der Zulassung; Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes; Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes); Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang); Verzicht

auf die Zulassung. Für Rückfragen: Tel. 0385-54 92-130 oder per E-Mail: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de).

### Ende der Niederlassung

Dr. med. Gerd Klinke, niedergelassen seit dem 2. Mai 1990, hat seine Niederlassung am Vertragszahnarztsitz in 17489 Greifswald, Schuhhagen 18, am 31. Dezember 2015 beendet. Seit dem 1. Januar ist er als halbtags angestellter Zahnarzt im MVZ der Odebrecht-Stiftung am Vertragszahnarztsitz 17489 Greifswald, Schuhhagen 18, vertragszahnärztlich tätig.

Barbara Lohff, niedergelassen seit dem 4. Mai 1992, beendete ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz 18055 Rostock, Breite Straße 16, am 20. Januar. Die Praxis wird von Andreas Frost weitergeführt.

Dr. med. Jörg Jürgens, niedergelassen seit dem 4. Mai 1992, beendete seine Niederlassung am Vertragszahnarztsitz 18055 Rostock, Breite Straße 16, am 20. Januar.

Silke Leide, niedergelassen seit dem 1. August 1998 am Vertragszahnarztsitz 18195 Cammin, Dorfstraße 56, beendet ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit am 15. Februar.

### Zulassungen

Lars Wandel, Zahnarzt  
Ostseeallee 10  
23946 Ostseebad Boltenhagen

Silke Leide, Zahnärztin  
Rosemarienstraße 18a  
18459 Laage

Georg Becker, Zahnarzt  
Markt 4  
17389 Anklam

Sigrid Jeromin, niedergelassen Am Landambulatorium 1,  
17089 Burow, beschränkt ihre Vollzulassung auf die Hälfte  
ihres Versorgungsauftrages (Teilzulassung) ab 21. Januar.

## **Ruhen der Zulassung**

Die Zulassung von Nicole Schürkamp für den Vertrags-  
zahnarztsitz 18459 Laage, Rosmarienstraße 18a, ruht  
für den Zeitraum 1. Februar 2016 bis 31. Januar 2018.

## **Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes**

Andreas Frost, niedergelassen in 18055 Rostock, Breite  
Straße 16, beschäftigt Dr. med. Jörg Jürgens und Daja-  
na Bach als ganztags angestellte Zahnärzte ab dem 21.  
Februar.

Das MVZ der Odebrecht-Stiftung am Vertragszahnarzt-  
sitz 17489 Greifswald, Schuhhagen 18,  
beschäftigt seit dem 1. Januar Dr. med. dent. Denise  
Kunze als ganztags angestellte Zahnärztin.

Das Anstellungsverhältnis von Dr. med. dent. Dagmar  
Grawe in der Praxis von Christoph Hein am Vertrags-  
zahnarztsitz in 18437 Stralsund, Vogelsangstraße 28,  
endete am 31. Dezember 2015.

Das Anstellungsverhältnis von Dr. med. dent. Julia Gur-

le in der Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Michael  
und Beate Gurle am Vertragszahnarztsitz 18586 Baabe,  
Strandstraße 4, endete am 31. Dezember.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. Ebbecke / Ste-  
phanie Haacker / Dr. Salbach am Vertragszahnarztsitz  
19053 Schwerin, Graf-Schack-Allee 20, beschäftigt seit  
dem 21. Januar Ariane Voll als ganztags angestellte  
Zahnärztin.

Ab dem 1. Februar ist Maria Baudisch als ganztags  
angestellte Zahnärztin in der Praxis von Dr. med. Lutz  
Finke in 17179 Gnoien, Hornburgstraße 18, vertrags-  
zahnärztlich tätig.

Das Anstellungsverhältnis von Lars Wandel in der Pra-  
xis von Prof. Dr. Dietmar Oesterreich am Vertragszahn-  
arztsitz in 17153 Stavenhagen, Schultetusstraße 22,  
endete am 15. Januar.

Das Anstellungsverhältnis von Andreas Frost in der Pra-  
xis von Dr. med. dent. Stefan Müller am Vertragszahn-  
arztsitz in 23970 Wismar, Klußer Damm 80A, endete  
am 31. Dezember.

## **Verlegung des Vertragszahnarztsitzes**

Die Praxisanschrift von Dr. med. dent. Reyk Pomowski  
lautet ab 1. Januar: 18119 Rostock, Lortzingstraße 17.

**KZV**

# Fortbildungsangebote der KZV

## **PC-Schulungen**

*Punkte: 3*

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V

**Wo:** Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wis-  
marsche Str. 304, 19055 Schwerin

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

**Gebühr:** 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vor-  
bereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxis-  
teams.

## **Einrichtung einer Praxishomepage**

**Inhalt:** Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie  
Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilo-  
sophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Pro-  
gramme zur Erstellung der eigenen Homepage;  
Einfache Homepage selbst gestalten

## **Wann:**

9. März, 15–18 Uhr, Schwerin

8. Juni, 15–18 Uhr, Schwerin

## **Die vertragszahnärztliche Abrechnung von kon-**

## **servierend/chirurgischen sowie von IP- und FU-**

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin  
Kons./Chir. KZV M-V; Susann Wünschowski, Mit-  
arbeiterin Abteilung Kons./Chir. KZV M-V

**Inhalt:** gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen  
Behandlung; endodontische Behandlungsmaß-  
nahmen – wann bezahlt die Krankenkasse – an aktuel-  
len Fallbeispielen dargestellt; Mehrkostenregelung in  
der Füllungstherapie; zusätzliche Leistungen für Pfl-  
gebedürftige mit und ohne einen Kooperationsvertrag;  
Früherkennungsuntersuchungen und Individualpro-  
phylaxe; Hinweise zum Vorsorgeprogramm „Junge  
Zähne“; Besonderheiten bei Kassen- und Behandler-  
wechsel des Patienten; Hinweise zur Vermeidung von  
Abrechnungsfehlern anhand aktueller Prüfergebnisse  
aus der Quartalsabrechnung, der rechnerischen und  
gebührenordnungsmäßigen Berichtigung sowie der  
Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V

## **Wann:**

6. April, 14–18 Uhr, Güstrow;  
13. April, 14–18 Uhr, Schwerin

**Punkte:** 5

**Gebühr:** 150 € für Zahnärzte; 75 € für Vorbereitungsassistenten und Praxismitarbeiter

**Die vertragszahnärztliche Abrechnung von Zahnersatzleistungen**

**Referentin:** Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

**Inhalt:** Erörterung der wichtigsten Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien; Erläuterung der Befundgruppen; Regelversorgung, gleich- und andersartige Versorgungsformen – Abrechnungsbeispiele; Wiederherstellungen; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern

**Wann:** 16. März, 15–18 Uhr, Schwerin  
13. April, 15–18 Uhr, Güstrow

**Punkte:** 4

**Gebühr:** 150 € für Zahnärzte; 75 € für Vorbereitungsassistenten und Praxismitarbeiter

**Plausibilitätsprüfung – Abrechnungsfehler und Honorarkürzungen vermeiden**

**Referenten:** Dr. Manfred Krohn, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Cornelia Lück, Mitarbeiterin Abteilung Kons./Chir. KZV M-V

**Inhalt:** gesetzliche Prüfpflicht, Prüffristen, Prüfmaßnahmen; zur Dokumentation im Allgemeinen und zur festgestellten Dokumentation in den Prüfunterlagen – vorbeugende Schadensbegrenzung schaffen; Abrechnungsfehler/Unplausibilitäten – an aktuellen Fallbeispielen dargestellt

**Wann:** 20. April, 15 – 19 Uhr, Güstrow

**Punkte:** 5

**Gebühr:** 150 € für Zahnärzte, 75 € für Vorbereitungsassistenten und Praxismitarbeiter

**Datenschutz in der Zahnarztpraxis**

**Referenten:** Werner Baulig vom Landesbeauftragten für Daten-

schutz und Informationsfreiheit M-V

**Inhalt:**

1. Allgemeine Sensibilisierung; Was ist Datenschutz? Wie würde die Welt ohne Datenschutz aussehen? Umgang mit Smartphones, Internet, Tablets etc.
2. Datenschutz nach dem Sozialgesetzbuch, (z.B. Röntgenbilder per Email versenden, Fotos von Patienten erstellen, Foto vom Ausweis des Patienten, Zusammenarbeit mit Laboren etc.)
3. Beantwortung von Fragen der Teilnehmer  
In dem Seminar wird mit Kurzfilmen gearbeitet - es werden keine langweiligen Gesetzestexte erörtert.

**Wann:** 11. Mai , 15 – 19 Uhr, Schwerin  
25. Mai , 15 – 19 Uhr, Greifswald

**Punkte:** 5

**Gebühr:** 150 € für Zahnärzte, 75 € für Vorbereitungsassistenten und Praxismitarbeiter

KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin; Ansprechpartnerin: Antje Peters, E-Mail-Adresse: mitgliedewesen@kzvmv.de, Tel.: 0385-54 92 131 oder Fax: 0385-54 92 498.

**KZV**

**Ich melde mich an zum Seminar:**

*(Bitte zutreffendes Seminar ankreuzen)*

- Einrichtung einer Praxishomepage am 9. März, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 16. März, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen sowie von IP- und FU-Leistungen am 6. April, 14 bis 18 Uhr, Güstrow
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 13. April, 15 bis 18 Uhr, Güstrow
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen sowie von IP- und FU-Leistungen am 13. April, 14 bis 18 Uhr, Schwerin
- Plausibilitätsprüfung – Abrechnungsfehler und Honorarkürzungen vermeiden am 20. April, 15 bis 19 Uhr, Güstrow
- Datenschutz in der Zahnarztpraxis am 11. Mai, 15 - 19 Uhr, Schwerin
- Datenschutz in der Zahnarztpraxis am 25. Mai, 15 - 19 Uhr, Greifswald
- Einrichtung einer Praxishomepage am 8. Juni, 15 – 18 Uhr, Schwerin

Datum/Seminar	Name, Vorname	Abr.-Nr.	ZA/Zahnarzhelferin/Vorb.-Assistent

Unterschrift, Datum

Stempel

# Kieferorthopädische Behandlung (II)

## BEMA-Nrn. Ä1 (Ber), 01 (U) bzw. 01k in der „kleinen KFO“

Die Folge zwei der Hinweise zur BEMA-konformen Abrechnung beinhaltet die Auffälligkeiten beim Ansatz der BEMA-Nrn. Ä1 (Ber) und 01 (U) im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen, für die kein Behandlungsplan aufzustellen ist. Kieferorthopädische Einzelmaßnahmen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung unter bestimmten Voraussetzungen angezeigt. Dazu gehören die Beseitigung habitueller Einflüsse, präventive Maßnahmen zum Stützzonenerhalt sowie das präventive Einschleifen von Milchzähnen. Hinzu kommen Einzelmaßnahmen anlässlich einer Vertretungsbehandlung.

Für selbstständige kieferorthopädische Leistungen nach den BEMA-Nrn. 121 - 125 ist kein kieferorthopädischer Behandlungsplan aufzustellen. Die Leistungen werden zu 100 Prozent als Sachleistungen abgerechnet. Ein Ansatz neben Maßnahmen zur Umformung bzw. Einstellung eines Kiefers nach den BEMA-Nrn. 119/120 ist mit der Ausnahme der BEMA-Nr. 125 nicht möglich. Zudem gelten die Abrechnungsbestimmungen der BEMA-Nrn. Ä1 (Ber) und 01 (U), dass diese nur abrechnungsfähig sind, wenn sie anderen zu kieferorthopädischen Zwecken dienen.

So ist z. B. der Ansatz der BEMA-Nr. Ä1 (Ber) neben der Anfertigung/Kontrolle eines Lückenhalters nach den BEMA-Nrn. 123a/b genauestens zu beachten. Die Unterweisung des Patienten zum Gebrauch des Lückenhalters rechtfertigt nicht den Ansatz der BEMA-Nr. Ä1 (Ber). Die Abrechnung der BEMA-Nr. Ä1 (Ber) setzt voraus, dass eine Beratung tatsächlich durchgeführt worden ist. Auch die eingehenden Gespräche mit dem Patienten bzw. Elternteil zur Beseitigung von Fehlgewohnheiten ist nicht Leistungsinhalt der Beratung bzw. Untersuchung, sondern mit der BEMA-Nr. 121 für die Beseitigung von Habits abgegolten.

Bei den Prüfungen im Rahmen der rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigung war festzustellen, dass die Dokumentation zu den abgerechneten Leistungen nach der BEMA-Nr. Ä1 (Ber) u. a. dem Leistungsinhalt der BEMA-Nrn. 123a/b bzw. 121 entspricht. Die Beratung eines Kranken sowie die eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sind zwar vom Fachzahnarzt bzw. kieferorthopädisch tätigen Zahnarzt abrechnungsfähig, jedoch nur, wenn sie anderen zu kieferorthopädischen Zwecken dienen.

### Abrechnung der BEMA-Nrn. Ä1 (Ber), 01 (U) bzw. 01k in Vertretungsfällen

Abschließend wird sodann auf die Abrechnung von kiefer-

orthopädischen Einzelleistungen im Zusammenhang mit einer Vertretungsbehandlung hingewiesen. Das Erheben des Befundes nach der BEMA-Nr. 01 (U) im Schmerz-/Notdienst entspricht nicht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V sowie den Abrechnungsbestimmungen. Der Vertretungsfall ist als Notfall anzuerkennen. Somit beschränkt sich die Behandlung im zahnärztlichen Schmerz-/Notdienst auf Maßnahmen zur Schmerzausschaltung und dann ist gemäß den Abrechnungsbestimmungen des BEMA in Fällen, in denen es zu einer kurzen, auf ein bestimmtes (evtl. notfallmäßig auftretendes) Symptom hin orientierten Untersuchung eines Kranken kommt, die BEMA-Nr. Ä1 (Ber) abrechenbar.

Zudem ist der Ansatz der BEMA-Nr. 01k für die kieferorthopädische Untersuchung während der Vertretungsbehandlung nicht BEMA-konform. Die Abrechnungsbestimmungen legen eindeutig fest, dass eine Leistung nach der BEMA-Nr. 01k nur von dem Zahnarzt erbracht bzw. abgerechnet werden kann, der ggf. die kieferorthopädische Behandlungsplanung nach der Nr. 5 durchführt.

In der Regel kommt es zu einer Notfall-/Vertretungsbehandlung wenn der Patient sich mit „Defekten“ an den kieferorthopädischen Behandlungsgeräten in einer Fremdpraxis vorstellt. Es ist davon auszugehen, dass der Vertretungszahnarzt kieferorthopädisch tätig wird. Demnach kann für die Verrichtung kieferorthopädischer Einzelleistungen, einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel in Vertretungsfällen, die BEMA-Nr. 122a zur Abrechnung gebracht werden.

Bei der Wiederherstellung von herausnehmbaren Geräten kann neben der BEMA-Nr. 122a zusätzlich die BEMA-Nr. 125 incl. Material und Labor abgerechnet werden. Für die Wiederherstellung von festsitzenden Behandlungsmitteln (z. B. Palatinal- oder Lingualbogen) können durch den Fremdzahnarzt die BEMA-Nrn. 122a, 122b, 122c sowie die Nr. 126c (je Band) in Ansatz gebracht werden. Die Wiedereingliederung einer Gaumenerweiterungsapparatur (GNE) erfordert einen höheren Zeit- und Arbeitsaufwand. Demzufolge können durch den Fremdzahnarzt die BEMA-Nrn. 122a, 122b, 131a und die 126c (je Band) abgerechnet werden. Ebenso in Vertretungsfällen zulässig ist die Abrechnung der BEMA-Nrn. 122a und 126c - Wiedereingliederung eines Bandes/Bracket - und/oder BEMA-Nr. 129 - Wiedereingliederung eines Voll-/Teilbogens.

Kommt es im Rahmen der Vertretungsbehandlung zu keiner kieferorthopädischen Verrichtung, kann selbstverständlich die BEMA-Ä1 (Ber) gemäß den Abrechnungsbestimmungen als alleinige Leistung in Ansatz gebracht werden.

**Susann Wünschowski**

# Jahrbuch 2015 erschienen

## Mehr Kooperationen zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen

Die Zahl der Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen nimmt weiter zu. Zugleich hält der bevölkerungsweite Rückgang von Zahnfüllungen an. Das sind zwei zentrale Ergebnisse des aktuellen Jahrbuchs der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), das jetzt erschienen ist.

Demnach lag die Zahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen am Jahresende 2014 bei 1708. Damit ist bereits in den ersten drei Quartalen nach Einführung der Regelung eine sehr dynamische Entwicklung zu konstatieren, die sich auch im Jahr 2015 nach bereits jetzt vorliegenden Daten fortgesetzt hat. Die Möglichkeit, Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen zu schließen, wird damit von den Zahnärzten zum Wohl der Versicherten in verstärktem Maß genutzt. Auf Grundlage einer Rahmenvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband können entsprechende Verträge seit 1. April 2014 geschlossen werden.

### Rückgang von Zahnfüllungen hält an

Eine weitere wichtige Entwicklung in der zahnmedizinischen Versorgung hat sich dem Jahrbuch der KZBV zufolge auch im vergangenen Jahr fortgesetzt. So erhielten gesetzlich Krankenversicherte etwa 52,1 Millionen Zahnfüllungen. Dies entspricht einem Rück-

gang um 2,9 Prozent im Vergleich zum Jahr 2013. Der langfristig zu verzeichnende rückläufige Trend bei Füllungen, der bereits seit einigen Jahren sowohl in West- als auch in Ostdeutschland festzustellen ist, hat sich somit auch im vergangenen Berichtsjahr fortgesetzt – ein Indiz für die weitere Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung.

### Jahrbuch als statistisches Standardwerk

Als umfangreiches statistisches Kompendium bietet das Jahrbuch der KZBV vielfältige Daten, Fakten und Analysen zur vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2014. Das jährlich erscheinende Standardwerk ist mittlerweile für die wissenschaftliche Diskussion und die politische Debatte um die Zukunft der Gesundheitsversorgung als belastbare und objektive Datenbasis gleichermaßen etabliert.

### Bezugsquellen

Das Jahrbuch 2015 kann auf der Website der KZBV bestellt werden. Als Gesamtdokument im PDF-Format kann die Publikation kostenfrei heruntergeladen werden. Alternativ ist eine Bestellung per Post (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Abteilung Statistik, Universitätsstr. 73, 50931 Köln), per Fax unter 0221/4001-180 oder telefonisch unter 0221/4001-215/-117/-216 möglich.

KZBV

# Neuer Ratgeber veröffentlicht

## „Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“ gibt Antworten

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den „Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“ veröffentlicht. Der Ratgeber wurde in Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. und in enger Abstimmung mit den zuständigen Behörden aus Bund und Bundesländern erstellt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Der Ratgeber entlastet Helferinnen und Helfer ebenso wie die Behörden vor Ort und hilft Asylsuchenden, sich in unserem Gesundheitswesen zu rechtzufinden. Er enthält wichtige Informationen in fünf Sprachen von den notwendigen Erstuntersuchungen bis zum Impfausweis.“ Der Gesundheitsratgeber erscheint in Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurdisch (Kurmanci) und Paschto. Damit ist er in den Sprachen erhältlich, die Asylsuchende am häufigsten

sprechen.

Weitere Informationen sowie den Ratgeber als PDF zum Download finden Sie unter:

[www.bmg.bund.de/online-ratgeber-fluechtlinge](http://www.bmg.bund.de/online-ratgeber-fluechtlinge)

BMG



# Erfolgreiche Restaurationen mit fließfähigen „Bulk-Fill“-Kompositen?

**D**ie Anwendungsbreite und Indikation für Kompositrestaurationen werden aufgrund von werkstoffkundlichen Neuerungen immer breiter. Laut Herstellerangaben ist es mittlerweile möglich, Kavitäten mit Bulk-Fill Kompositen in 4-5-mm-Schichten zu füllen [1,2,3]. Die gewohnte Schichttechnik, bei der maximal zwei Millimeter-Kompositinkremente geschichtet werden, ist sehr zeitaufwendig und techniksensitiv. Demgegenüber verspricht die Verwendung von Bulk-Fill-Materialien eine Arbeitserleichterung sowie eine erhebliche Zeitersparnis. Um Bulk-Fill-Präparate suffizient aushärten zu können, sind diese oftmals weniger gefüllt als herkömmliche Komposite und enthalten größere Füllpartikel [4]. Welche Auswirkungen diese Eigenschaften auf die Approximalgestaltung von Klasse-II-Kompositfüllungen sowie auf den Verbund zwischen Haftvermittler Optibond FL (Kerr) und Bulk-fill-Material oder Bulk-Fill-Material und herkömmlichen hochviskösen Kompositen haben, soll in diesem Beitrag betrachtet werden. Hierbei wurde vor allem auf die fließfähigen Bulk-Fill-Präparate SDR™ (Dentsply Detrey), Venus® Bulk Fill (Heraeus Kulzer), x-tra base (VOCO) eingegangen.

Seit Etablierung der Komposite wurden deren Materialeigenschaften kontinuierlich optimiert und die Anwendung vereinfacht [5,6,7]. Füllungsfrakturen, Randeinbrüche und -undichtigkeiten sowie die geringe Abrasionsbeständigkeit der Kompositmaterialien limitierten zunächst ihre Anwendungsbreite [8,9,10]. Durch Weiterentwicklungen von Adhäsivsystemen und Kompositen konnten die Materialeigenschaften stark verbessert werden und zu einer zunehmenden Widerstandsfähigkeit und Langlebigkeit von Restaurationen mit Komposit beitragen [11]. Die 10-Jahres-Überlebensraten für Komposite (82,2 Prozent) sind im Vergleich zu Amalgam (79 Prozent) vielversprechend [12]. Die Metaanalysen der Arbeitsgruppe um Manhart und Hickel belegten im Seitenzahngebiet eine jährliche Verlustrate von drei Prozent für Amalgam, 2,2 Prozent für Komposite und 1,9 Prozent für Keramikversorgungen [13]. In einer weiteren Studie konnte nach zwölf Jahren intraoraler Verweildauer nachgewiesen werden, dass die jährliche Verlustquote von Kompositrestaurationen in ausgedehnten Klasse-II-Kavitäten geringer (Annual Failure Rate, AFR = 1,68 Prozent) war als die von Amalgamfüllungen (AFR = 2,41 Prozent) [14]. Des Weiteren ergab eine Meta-Analyse für Seitenzahnrestaurationen eine jährliche Verlustquote für Goldinlays von 1,4 Prozent, für Keramikinlays von 1,9 Prozent, für Kompositrestaurationen von 2,2 Prozent und für Versorgungen mit Amalgam von 3 Prozent [13,15]. Direkte

Versorgungen mit Komposit sind eine wichtige Säule in der modernen konservierenden Zahnheilkunde. Aufgrund der adhäsiven Stabilisation der Zahnhartsubstanz, der Möglichkeit einer defektorientierten Präparation sowie der zahnfarbenen Restauration sind Komposite für viele Kavitäten die Versorgungsform der ersten Wahl [7,16]. Darüber hinaus ist die einfache Korrektur und Reparatur von Kompositrestaurationen sowie die im Vergleich zu Inlays deutlich preiswertere Versorgung mit Kompositen besonders positiv hervorzuheben [17,18].

Dennoch erfordern die negativen Auswirkungen von Polymerisationsschrumpfung und -stress auf Kompositrestaurationen (insuffizienter Randschluss, Höckerdeflexionen, mangelnde Haftung an Kavitätenwänden) weitergehende Untersuchung [19].

## Inkrementelle Applikationstechnik

Um Polymerisationsschrumpfung und -stress entgegenzuwirken, wird nach wie vor die inkrementelle Applikationstechnik von Kompositen als Goldstandard angesehen [20]. Hierbei werden Einzelinkremente mit maximal zwei Millimeter Schichtstärke in die Kavität eingebracht und jeweils separat polymerisiert. Je nach Leistung/Lichtintensität der Polymerisationslampe und Farbe/Transluzenzgrad des Komposits wird jedes Inkrement 10 - 40 s polymerisiert [21,22,23]. Zu dicke Kompositenschichten führen zu einer ungenügenden Konversionsrate, welche zu schlechteren mechanischen Eigenschaften [24] und zu einer reduzierten Biokompatibilität [25] führen. Während der Polymerisation von Kompositen treten Spannungskräfte zwischen dem einerseits schrumpfenden und dem andererseits an der Kavitätenwand haftenden Kompositmaterial auf [26,27]. Diese Polymerisationsspannungskräfte lassen sich mithilfe der Inkrementschichttechnik reduzieren. Hierbei wird das Verhältnis von gebundener zu ungebundener Kompositoberfläche (C-Faktor) verringert und möglichst viel „frei schrumpfende“ Oberfläche ohne Kontakt zu Kavitätenwänden angestrebt [28,29].

Die inkrementelle Applikationstechnik ist vor allem bei großen Seitenzahnkavitäten mit Approximalbeteiligung ein sehr technik- und zeitintensives Vorgehen, sodass bei vielen Behandlern der Wunsch nach einer einfacheren und zeitsparenderen Alternative besteht [30,31,32].

## Fast-Track-Füllverfahren

Die Hersteller von dentalen Füllkompositen haben den Wunsch nach Füllungsmaterialien aufgenommen, bei denen die geringe Techniksensitivität und klinische



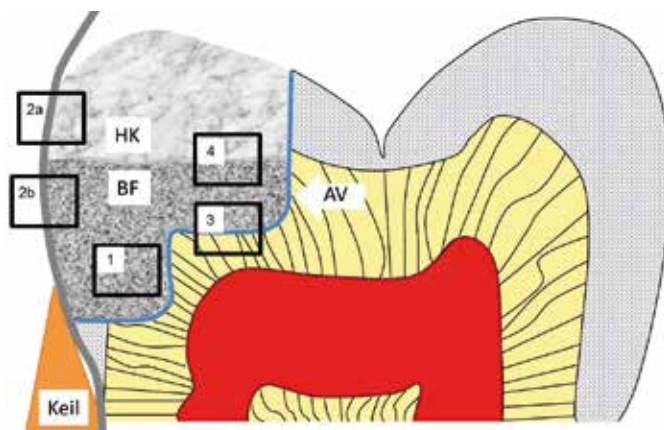
Tab. 1: Auflistung der untersuchten fließfähigen Bulk-Fill-Komposite. Der Vollständigkeit halber wurde ebenfalls das Filtek™ Bulk Fill mitaufgeführt. \* = laut Herstellerangaben. Modifiziert nach Ilie N, Stawarczyk B [34].

Produkt	Kompositmatrix	Füllkörper	Farben	Max. Schichtstärke*	Polymerisationszeit* mW/cm <sup>2</sup> Zeit
SDR, Dentsply DeTrey	modif. UDMA, ethoxyliertes Bis-GMA, TEGDMA, BHT, CQ	Aa-Al-F-B-Silikatglas St-Al-F-Silikatglas	Universal	4 mm	≥550 20s
Venus® Bulk Fill Hereaus Kulzer	UDMA, EBADMA	Ba-Al-F-Silikatglas, SiO <sub>2</sub>	Universal	4 mm	≥550 mind. 20s
x.tra base, VOCO	Bis-GMA, UDMA		Universal, A2	4 mm	≥500 10s
Filtek™ Bulk Fill, 3M Espe	Bis-GMA, UDMA, Bis-EMA, Procrylat-Harze	ZrO <sub>2</sub> /SiO <sub>2</sub> Yb-F3	Universal, A1, A2, A3	4 mm	500 - 1000 20s 1000 - 2000 10s

Langlebigkeit von Amalgam mit den zahnhartsubstanzen-schonenden und -stabilisierenden Eigenschaften der Adhäsivtechnik kombiniert wird. Mit simplifizierten Haftvermittlern in Kombination mit schrumpfung-armen, mechanisch ausreichend stabilen Kompositwerkstoffen wird versucht, wirtschaftliche Fast-Track-Füllverfahren zu konzipieren, um die aufwendige Inkrementtechnik zu vereinfachen [32]. Die Rede ist von Fast-Track-Kompositen, die trotz einfachem Handling und einer wirtschaftlicheren Verarbeitbarkeit über eine hohe Randqualität sowie ausreichende mechanische Eigenschaften der Füllungen verfügen sollen [1,33].

Folgende Anforderungen werden an die „neuen“ Werkstoffe gestellt:

- zuverlässige Polymerisationstiefe und kürzere Belichtungszeiten
- geringe Polymerisationsschrumpfung [Prozent] und niedrige Polymerisationsspannungen [MPa]
- gute Adaptation des Werkstoffs an die Kavitätenränder
- Abrasionsstabilität
- hohe mechanische und physikalische Zuverlässigkeit (Härte, elastischer Eindringmodul, Biegefestigkeit, E-Modul)



### Bulk-Fill-Komposite

Für das Fast-Track-Füllverfahren wurden Bulk-Fill-Komposite entwickelt, mit denen es möglich ist, Kavitäten mit Inkrementen in 4 - 5 mm Schichtstärke zu verfüllen [1,2,3].

#### Fließfähige und stopfbare Bulk-Fill-Komposite

Bulk-Fill-Komposite werden ihrer Viskosität und Anwendungstechnik nach in fließfähige (niedrigvisköse) und modellierbare (hochvisköse) Materialien eingeteilt. Die niedrigviskösen Bulk-Fill-Komposite (z. B. SDR™/Dentsply DeTrey, Venus Bulk Fill/ Hereaus Kulzer, x-tra base/VOCO) erfordern aufgrund ihrer geringen mechanischen Eigenschaften eine ca. zwei Millimeter starke Abdeckung aus herkömmlichen modellierbaren Kompositen. Demgegenüber benötigen laut Herstellerangaben hochvisköse Bulkfill-Komposite (z. B. QuixFil/ Dentsply DeTrey, Tetric Evo Ceram Bulk Fill/ Ivoclar Vivadent, x-tra Fil/ VOCO) keine zusätzliche Deckschicht aus herkömmlichen Kompositen, sondern können okklusal anatoform dem Höckerrelief angepasst werden. Die Bulk-Fill-Komposite stellen – von ihrer chemischen Zusammensetzung her – keine neue Werkstoffklasse dar [34,35]. Sie bestehen wie die meisten herkömmlichen Komposite aus einer organischen Matrix, wie

Abb. 1. Schematische Darstellung des Versuchsaufbaus und Veranschaulichung der Lokalisation der REM-Aufnahmen.

BF = Bulk-Fill-Komposit, HK = hochvisköses, modellierbares Komposit, AV = adhäsiver Verbund.

- 1 Füllkörperverteilung und -größenordnung in Bulk-Fill-Bruch-Präparaten
- 2a Grenzfläche: herkömmliches modellierbares Komposit – Matrize
- 2b Grenzfläche: Bulk-Fill-Präparat – Matrize
- 3 Verbund: Bulk-Fill-Präparat – Adhäsivsystem
- 4 Verbund: Bulk-Fill-Präparat – modellierbares Komposit

Bis-GMA (Bisphenyl-A-Glycidyl-Methacrylat), UDMA (Urethandimethacrylat), TEGDMA (Triethylenglycoldimethacrylat) oder EBPDMA (etoxyliertes Bisphenol-A-dimethacrylat) sowie Füllstoffen [34]. Lediglich die Bulk-Fill-Komposite SDR™, welches ein patentiertes Urethandimethacrylat (UDMA) mit eingebauten photoaktiven Gruppen enthält, und Tetric Evo Ceram mit einem integrierten Initiatorsystem zur optimierten Polymerisation (s.u.), haben eine leicht abgeänderte organische Matrix.

In dieser kleinen Übersicht soll insbesondere auf die fließfähigen Bulk-Fill-Komposite SDR™ (Dentsply DeTrey), Venus Bulk Fill (Heraeus Kulzer), x-tra base (VOCO) eingegangen werden (Tab.1).

### Lichtpolymerisation

Aufgrund von verkürzten Aushärtungszeiten bei entsprechend hoher Lichtintensität der Polymerisationslampe (>800 - 1000 mW/cm<sup>2</sup>) [36] und der Möglichkeit, stärkere Kompositsschichten (4 - 5 mm) auszupolymerisieren, ist eine Kavität wesentlich schneller im Bulk als mit der Inkrementtechnik verfüllbar. Die erhöhte Polymerisationstiefe der Bulk-Fill-Materialien konnte zum Einen durch die erhöhte Transluzenz (niedriger Füllkörpergehalt) dieser Materialien erreicht werden; zum Anderen beeinflusst auch die Füllkörpergröße die Polymerisationstiefe. Einige Bulk-Fill Präparate (SDR™, x-tra base) enthalten große Füllkörpergröße > 20 µm, um die Lichtstreuung bei der Polymerisation zu reduzieren [37,38]. Die Grenzschicht zwischen Füllkörpern und Matrix, welche für die Lichtstreuung und somit für den Lichtverlust bei der Polymerisation

verantwortlich ist, ist umso größer, je kleiner die Füllkörper sind [34]. Die in einigen Bulk-Fill-Kompositen enthaltenen großen Füllkörper sorgen dafür, dass die für die Polymerisation wichtigen Photonen in tiefere Schichten des Bulk-Fill-Materials eindringen können und eine suffiziente Polymerisationstiefe von 4 mm erreicht wird [34]. Liegt jedoch die Füllkörpergröße unterhalb der Wellenlänge des sichtbaren Lichts (390 - 750 nm), so können die Füllkörper das Licht ebenfalls nicht streuen oder absorbieren, was die Polymerisationstiefe erhöht [39]. Ebenso wirkt sich die Silanisierung der Füllkörper positiv auf die Polymerisationstiefe aus, da während der Polymerisation die Spaltbildung an der Matrix-Füllkörpergrenzfläche verringert wird [40,41]. Einige Bulk-Fill-Komposite verfügen über spezielle innovative Lösungsansätze, um die Polymerisationstiefe zu erhöhen sowie polymerisationsinduzierte Spannungs- und Schrumpfkraften zu minimieren. Dem Bulk-Fill-Komposit Tetric EvoCeram® Bulk Fill wurden zusätzlich optimierte, sehr sensible, reaktive lichtaktivierte Initiatorsysteme (Ivocerin) hinzugefügt. Diese Initiatorsysteme können auch mit wenig Licht eine suffiziente Polymerisation auslösen [42]. Des Weiteren wurden bei dem Bulk-Fill-Komposit SDR™ die polymerisationsinduzierten Spannungs- und Schrumpfkraften minimiert, indem neuartige Monomerverbindungen (Schrumpfstress-Relaxatoren/Stressmodulatoren) in die Kompositmatrix integriert wurden. Diese Modulatoren vermindern den Spannungs- und Schrumpfstress durch einen langsameren Anstieg des E-Moduls während der Aushärtphase, ohne sich negativ auf die Polymerisationsgeschwindigkeit und den endgültigen Polymerisationsgrad auszuwirken [43,44,45]. Es konnte gezeigt werden, dass der polymerisationsinduzierte Schrumpfstress bei der Verwendung von SDR™ im Vergleich zu herkömmlichen niedrigviskosen sowie den in Inkrementtechnik eingebrachten hochviskosen Mikro- und Nano-hybridkompositen und den Siloranen geringer war [43,46]. Zusätzlich kommt es bei der Verwendung der niedrigviskosen Bulk-Fill-Komposite SDR™ und x-tra base zu deutlich reduzierten Höckerauslenkungen in Klasse-II-Kavitäten während der Polymerisation [47].

### Ästhetik

Die erhöhte Transluzenz der Bulk-Fill-Komposite kann allerdings zu einer reduzierten ästhetischen Integration der Kompositversorgung führen [48]. Die hohe Transluzenz kann die Füllung grau erscheinen lassen oder dunkle Dentinareale nicht ausreichend maskieren [42,49,50]. Außerdem werden viele der Bulk-Fill-Komposite oft nur in einer Farbe oder in einem stark reduzierten Farbspektrum angeboten, sodass man gegebenenfalls bei der Versorgung von approximalen Kavitäten im Prämolarenbereich mit ästhetischen Einbußen rechnen muss. Trotzdem lassen sich mit diesen Materialien durchaus ästhetische Ergebnisse erzielen [32].

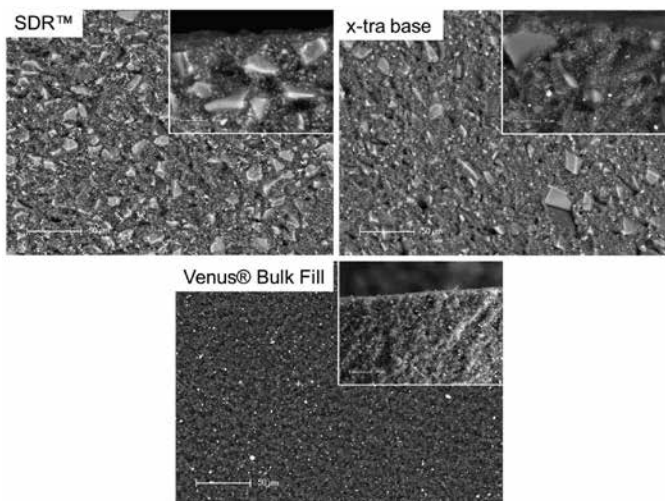


Abb. 2: REM-Aufnahmen der unterschiedlichen fließfähigen Bulk-Fill-Komposite (gebrochene Proben) mit Hilfe eines Rückstreuungsdetektors (Materialkontrast) in zwei unterschiedlichen Vergrößerungen. Gut erkennbar sind bei allen Materialien die recht homogene Verteilung der Füllstoffpartikel und deren unterschiedliche Größe. Die Kontraste in den einzelnen Abbildungen verdeutlichen die unterschiedlichen Partikel/Füllkörper, die abhängig von ihrer Ordnungszahl/Dichte unterschiedlich hell erscheinen.

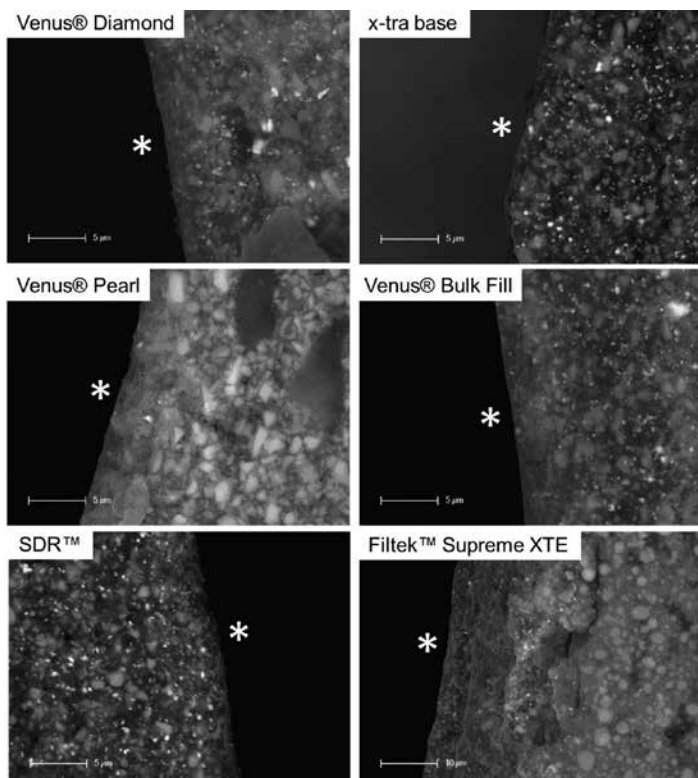


Abb. 3: Die REM-Aufnahmen zeigen die fließfähigen Bulk-Fill-Komposite (x-tra base, SDR™, Venus® Bulk-Fill) und herkömmlichen Komposite (Venus® Diamond, Venus® Pearl und Filtek™ Supreme XTE) gegen eine Matrize (Stern) polymerisiert (Schliffpräparat). Alle verwendeten Materialien weisen eine sehr ebene, flache Kante am Übergang zur verwendeten Matrize auf. Dies spricht für eine gute Anpassung aller fließfähigen Bulk-Fill-Komposite sowie der stopfbaren herkömmlichen Kompositmaterialien an die Matrizenoberfläche.

#### Mechanische Eigenschaften

Im Vergleich zu Nano- und Mikrohybrid-Kompositen zeigen niedrigvisköse Bulk-Fill-Komposite signifikant geringere mechanische Eigenschaften (E-modul, elastischer Eindringmodul, Härte) außer in Bezug auf die Biegefestigkeit [34]. Der niedrige Elastizitätsmodul

der niedrigviskösen Bulk-Fill-Materialien kann zu einer höheren Verformbarkeit unter Kaubelastung führen und in Füllungsfrakturen resultieren [34]. Insbesondere SDR™ und Venus Bulk Fill, Materialien der niedrigviskösen Bulk-Fill-Komposite, verfügen über sehr geringe mechanische Eigenschaften, insbesondere was den Elastizitätsmodul und die Härte betrifft. Die Härte von SDR™ und Venus Bulk Fill liegt deutlich unter der Härte von Nano- und Mikrohybrid-Kompositen [34]. Dieses kann mit einem erhöhten Verschleiß der Bulk-Fill-Kompositmaterialien einhergehen. Aufgrund dessen empfehlen Hersteller niedrigvisköse Bulk-Fill-Komposite mit herkömmlichen stopfbaren Kompositen abzudecken.

#### Rasterelektronenmikroskopische Aufnahmen der Bulk-Fill Präparate

Die meisten niedrigviskösen Bulk-Fill-Komposite enthalten sehr große Füllkörper [37]. Dies kann theoretisch zu Oberflächenrauigkeiten sowie einem mangelnden Verbund mit dem Adhäsivsystem und „abdeckenden“ herkömmlichen Kompositen führen. Mithilfe von rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen wurde in der vorliegenden Untersuchung zum Einen geprüft, wie sich die Füllkörperverteilung und -größenordnung in Bulk-Fill-Bruch-Präparaten verhält, und zum Anderen wurde die Oberflächengüte der fließfähigen Bulk-Fill-Präparate an der Grenzfläche Bulk-Fill-Präparat – Matrize beurteilt. Zusätzlich wurde der Verbund zwischen Bulk-Fill-Präparat – Adhäsivsystem und Bulk-Fill-Präparat – und herkömmlichem „Abdeck“-Komposit untersucht. Für diese Untersuchungen wurden extrahierte Molaren mit Klasse-II-Kavitäten sowie einem Matrizen-system versehen. Nach der Säureätztechnik mit Phosphorsäure und der Applikation des Adhäsivsystems

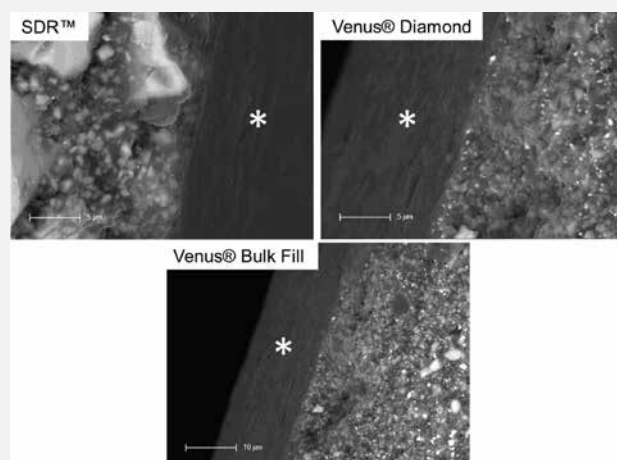


Abb. 4: Exemplarisch für alle in dieser Untersuchung verwendeten Materialien ist die Oberflächengüte der Bulk-Fill-Präparate SDR™ und Venus® Bulk Fill sowie des konventionellen Füllkomposits Venus® Diamond dargestellt. Die REM-Aufnahmen zeigen neben der Schlifffläche die Oberflächen (Stern), welche der Matrize anlagen. Alle Oberflächen sind sehr glatt ohne auffällige Vertiefungen, Wellungen oder aus der Oberfläche austretende Partikel bzw. Füllkörper.

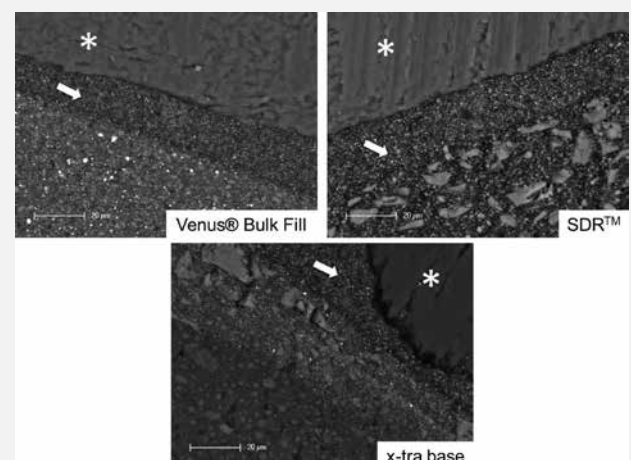
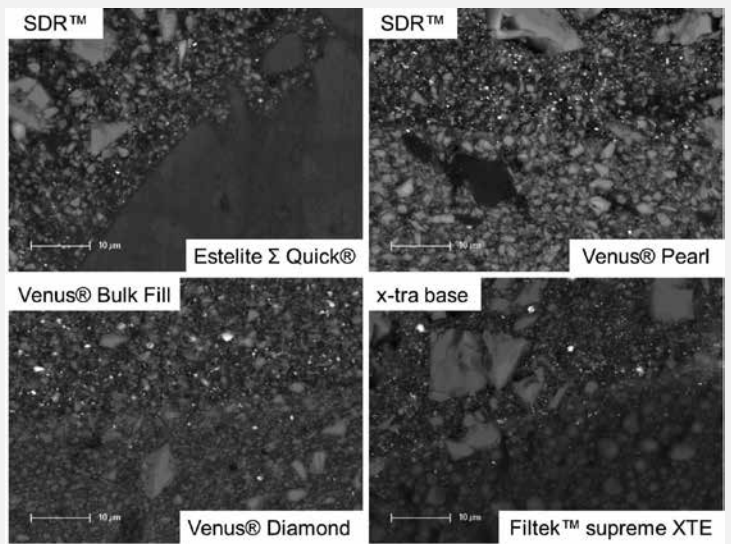


Abb.5: Die REM-Aufnahmen zeigen die Übergänge zwischen der Zahnhartsubstanz (Stern) zum Adhäsivsystem (Pfeil) sowie vom Adhäsivsystem zu den niedrigviskösen Bulk-Fill-Kompositen. Die jeweiligen Phasen sind aufgrund des Materialkontrastes und der unterschiedlich großen Partikel gut voneinander abgrenzbar; dennoch ist ein enger Verbund zwischen Adhäsiv und Komposit erkennbar.

Abb. 6: REM-Aufnahmen, die die Übergänge zwischen den untersuchten Bulkfill-Materialien und den herkömmlichen Kompositen zeigen (Schliffpräparat). Bei allen untersuchten Kombinationen ist gut erkennbar, dass die Materialien eng miteinander verbunden sind, was auf eine gute Haftung schließen lässt (erklärbar durch die Verwendung ähnlicher, gut miteinander polymerisierbarer Polymermatrices). Bei mangelhafter Haftung wäre es beim Herstellen der Schliffpräparate eventuell zu einer Materialtrennung an dieser Grenzfläche der unterschiedlichen Komposite gekommen. Insbesondere beim SDR™/Estelite®-Verbund ist erkennbar, dass sich die Komposite an die Oberflächenungenauigkeiten/-inhomogenitäten des anderen Materials anpassen und ineinander übergehen.



(Optibond FL) erfolgte die Fülltechnik mit unterschiedlichen fließfähigen Bulk-Fill-Kompositen sowie der Abdeckung mit herkömmlichen, stopfbaren Kompositen (Abb. 1).

### 1. Füllkörperverteilung und Größenordnung in Bulk-Fill-Bruch-Präparaten

Anhand von rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen mit Hilfe eines Rückstreuelektronendetektors im Materialkontrast sind die Bruchflächen der untersuchten Bulk-Fill-Materialien SDR™, x-tra base und Venus® Bulk-Fill in zwei unterschiedlichen Vergrößerungen dargestellt (Abb. 2). Gut erkennbar sind bei allen Materialien die recht homogene Verteilung der in die Polymermatrix eingebundenen Füllstoffpartikel und deren unterschiedliche Größe. Die unterschiedlichen Kontraste in den einzelnen Abbildungen verdeutlichen die Partikel/Füllkörper, die abhängig von ihrer Ordnungszahl/Dichte unterschiedlich hell erscheinen. Venus Bulk Fill unterscheidet sich bezüglich der Größe seiner Füllpartikel deutlich von den beiden anderen, sich sehr ähnlichen Bulk-Fill-Kompositen x-tra base und SDR™. Im Vergleich zu den modellierbaren, herkömmlichen Kompositen Venus Diamond, Venus Pearl lassen sich anhand von rasterlektronenmikroskopischen Aufnahmen annähernd gleich große Füllkörper der Bulk-Fill-Präparate x-tra base und SDR™ erkennen. Neben den

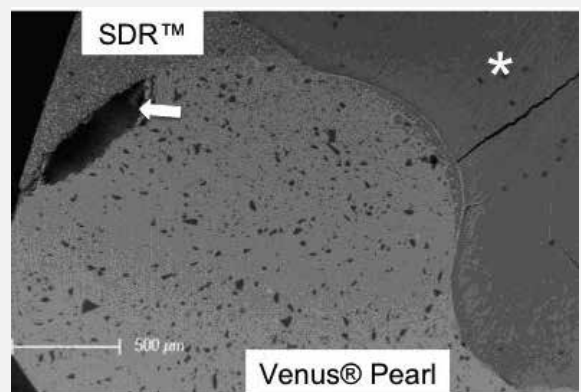


Abb. 7: Die REM-Aufnahme zeigt eine gefüllte Klasse-II-Kavität im Schliffpräparat. Der Verbund von Komposit und Zahnhartsubstanz (Stern) scheint suffizient. Allerdings hat eine Blasenbildung (Pfeil) in einem unter sich gehenden Anteil der Kavität zwischen einer dünnen Bulk-Fill-Schicht und Komposit (Venus® Pearl) stattgefunden. In diesem Fall hätte gegebenenfalls eine stärkere SDR™-Schicht eine Blasenbildung verhindern können, indem unter sich gehende Bereiche der Kavität komplett mit dem Bulk-Fill-Präparat ausgeblockt und aufgefüllt worden wären. Risse in der Zahnhartsubstanz sind präparationsbedingt.



Abb. 8: Optimales Anfließverhalten des selbstnivellierenden Bulk-Fill-Komposits SDR, Dentsply Detrey.

Füllkörpern der modellierbaren Komposite Filtek™ Supreme XTE und insbesondere von Estelite Quick® erscheinen die Füllkörperpartikel von x-tra base und SDR™ sogar größer.

### 2. Verbund: herkömmliches modellierbares Komposit – Matrize (a) und Bulk-Fill-Präparat – Matrize (b)

Die Klasse-II-Kavitäten wurden mit den unterschiedlichen fließfähigen Bulk-Fill-Präparaten (x-tra base, SDR™ und Venus® Bulk Fill Komposite) aufgefüllt und mit den herkömmlichen modellierbaren Kompositen (Venus® Diamond/Heraeus Kulzer, Venus® Pearl/ Heraeus Kulzer, Filtek™ Supreme XTE/3M Espe, Estelite Quick®/ Tokuyama) abgedeckt. Die rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen mit Hilfe des Rückstreu-elektronendetektors im Materialkontrast zeigen die Anteile der unterschiedlichen Materialien, die an die Matrize modelliert wurden im Schliffpräparat (Abb. 3). Die verschiedenen Füllkörpergrößen der einzelnen Komposite sind deutlich erkennbar. Bei allen verwendeten Materialien sind sehr ebene, flache Kanten am Übergang zur verwendeten Matrize nachweisbar. Dies spricht für eine gute Anpassung aller fließfähigen Bulk-Fill-Komposite sowie der stopfbaren herkömmlichen Kompositmaterialien an die Matrizenoberfläche. Exemplarisch für alle in dieser Untersuchung verwendeten Materialien ist die Oberflächengüte der Bulk-Fill-Präparate SDR™ und Venus® Bulk Fill sowie des konventionellen Füllkomposits Venus® Diamond (Abb. 4). Die rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen zeigen neben der Schlieffläche auch schräg verlaufend die Oberflächen, welche der Matrize anlagen. Alle Oberflächen sind sehr glatt ohne auffällige Vertiefungen, Wellungen oder aus der Oberfläche austretende Partikel/Füllkörper. Auf den Oberflächen sind kleine, hellere Spots/ Anteile erkennbar; hierbei handelt es sich um Füllkörper. Sie sind etwas heller als die Polymermatrix, wirken verschwommen und lassen sich nicht, etwa durch scharfe Kanten, klar durch ihre Form von der Polymermatrix unterscheiden. Das spricht dafür, dass die Füllkörper nicht frei an der Oberfläche austreten und der Matrize direkt anliegen, sondern mit einer dünnen Polymerschicht gegen die Matrize abgegrenzt sind.

### 3. Verbund: Bulk-Fill-Präparat – Adhäsivsystem

Die rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen zeigen mithilfe des Rückstreu-elektronendetektors deutlich Übergänge zwischen der Zahnhartsubstanz zum Adhäsivsystem (Optibond FL/ Kerr) und vom Adhäsivsystem zu den niedrigviskösen Bulk-Fill-Kompositen (Abb. 5). Die jeweiligen Phasen sind aufgrund des Materialkontrastes und der unterschiedlich großen Partikel gut voneinander abgrenzbar; dennoch ist ein enger Verbund/Haftung zwischen Adhäsiv und Komposit zu sehen. Anderenfalls hätten sich die Schichten während der Probenpräparation (Schleifen, Trocknen) vermutlich voneinander gelöst.

### 4. Verbund: Bulk-Fill-Präparat – herkömmliches modellierbares Komposit

Aus klinischer Sicht ist ebenfalls der Verbund zwischen den Bulk-Fill-Materialien und der „Deckschicht“ aus herkömmlichen Kompositen von hoher Relevanz. Bei allen untersuchten Kombinationen (SDR™/Venus® Pearl, Venus® Bulk-Fill/ Venus® Diamond, x-tra base/ Filtek™ Supreme XTE) ist gut erkennbar, dass die Materialien eng miteinander verbunden sind. Dies lässt auf eine gute Haftung schließen, was auf die Verwendung ähnlicher oder gut miteinander polymerisierbarer Polymermatrizes zurückzuführen ist. Bei der Kombination aus SDR™ und Estelite Quick® ist besonders gut erkennbar, dass sich die Komposite den gegebenen Oberflächenungenauigkeiten/-inhomogenitäten des anderen Materials anpassen und ineinander übergehen (Abb. 6).

### Indikationen und Hinweise

Niedrigvisköse Bulk-Fill-Komposite sind für die Restauration von Seitenzahnkavitäten durchaus geeignet. Allerdings sollten sie nur in Kombination mit herkömmlichen, modellierbaren Kompositen verwendet werden. Besonders empfehlenswert sind Bulk-Fill-Materialien für die Versorgung von großen Kavitäten mit und ohne Approximalbeteiligung, für Stumpfaufbauten sowie für die Auffüllung von Trepanationskavitäten nach erfolgter endodontologischer Behandlung. Auch für die Versorgung von Klasse-I- und Klasse-II-Michzähnen sind die Bulk-Fill-Präparate interessant. Modellierbare sowie fließfähige Bulk-Fill-Komposite werden ohne abschließende okklusale Deckfüllung bereits im Milchgebiss angewendet [51]. Die höhere Verschleissrate scheint hier der natürlichen Milchzahnabrasion entgegenzukommen [32,51]. Hervorragend geeignet sind Bulk-Fill-Materialien für unter sich gehende Kavitäten mit minimalem okklusalem Zugang. Die Inkrementtechnik ist für solche Kavitäten aufgrund der geringen Zugänglichkeit nicht geeignet und birgt die Gefahr eines unzureichenden Verfüllens sowie der Blasenbildung (Abb. 7). Weiterhin können niedrigvisköse Bulk-Fill-Materialien auch als Lining-Material zum Auskleiden von Kavitäten verwendet werden. Die selbstnivellierende Eigenschaft des Materials (Abb. 8) und die geringen Schrumpfkraften, die im Vergleich zu herkömmlichen Flowables auf den Haftverbund ausgeübt werden, sind besonders positiv hervorzuheben.

Wichtig für erfolgreiche Kompositrestaurationen sowie die optimale Verarbeitung von Bulk-Fill-Präparaten ist ein ausreichender Polymerisationsgrad. Trotz der hohen Transluzenzen und Polymerisationsinitiatoren der Bulk-Fill-Präparate muss eine ausreichende Polymerisation gewährleistet sein [52]. Oftmals ist die unter sich gehende Kavität für die Polymerisationslampe schlecht zugänglich. Zusätzlich führen zwar reduzierte, aber dennoch vorhandene Streuungsphänome und

Lichtabsorptionen zu einem niedrigeren Polymerisationsgrad des Komposits. Deshalb sollten auch Bulk-Fill-Materialien mit Polymerisationslampen mit einer hohen Lichtintensität ( $\geq 800$  mW/cm<sup>2</sup>) 20 - 30 Sekunden ausgehärtet werden [52].

### Fazit

Kompositrestaurationen sind und werden auch in Zukunft eine wichtige Säule in der zahnerhaltenden Versorgung darstellen. Die Möglichkeit der defektbezogenen Präparation und anschließenden adhäsiven Stabilisation macht Komposite bei der Therapie vieler Kavitäten zur Versorgungsform der ersten Wahl. Die fließfähigen Bulk-Fill-Komposite ermöglichen eine vereinfachte und zeitsparende Fülltechnik. Der geringe polymerisationsinduzierte Schrumpfstress sowie die gute proximale und mit modellierbaren Kompositen vergleichbare Oberflächengüte, lässt eine Verwendung in Schichtstärken von bis zu vier Millimeter mit einer okklusalen „Deckfüllung“ aus modellierbaren Kompositen zu. Jedoch sind für die Sicherstellung einer hochwertigen Kompositrestauration eine suffizien-

te Matrizentechnik, ein klassisches Dentinadhäsiv und die korrekte Verarbeitung des Komposits unumgängliche Voraussetzungen. Insbesondere ist bei unter sich gehenden Kavitäten eine adäquate Lichtpolymerisation sicherzustellen.

**Dr. med. dent. Marie-Theres Weber**

**Prof. Dr. med. dent Christian Hannig**

**Poliklinik für Zahnerhaltung mit**

**Bereich Kinderzahnheilkunde**

**Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden**

**Dr.-Ing. Jörg Neunzehn**

**Professur für Biomaterialien**

**Max-Bergmann-Zentrum für Biomaterialien**

**Technische Universität Dresden**

*Literaturverzeichnis liegt der Redaktion vor.*

*Mit freundlicher Genehmigung  
aus Zahnärzteblatt Sachsen.*

## Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

### Versteckte abhängige Beschäftigung löst Sozialversicherungspflicht aus

Die Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) setzt die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss voraus. Dieser prüft den seitens der antragstellenden Vertragszahnärzte vorzulegenden Gesellschaftsvertrag. In einigen Fällen wurde die Genehmigung des Zulassungsausschusses nicht erteilt, da sich aus dem Vertragstext ein verstecktes Anstellungsverhältnis herauslesen ließ. Im Ergebnis konnte die Praxisplanung zeitlich nicht eingehalten werden. Was war geschehen?

Die Partnerwahl ist (auch) im geschäftlichen Bereich zum Teil heikel, der Zusammenschluss will wohl überlegt sein. Daher scheint es in einigen Fällen verlockend zu sein, den Juniorpartner zunächst aus der bislang allein praktizierten Führung der Geschäfte herauszuhalten. Eine Anstellung wäre zwar ehrlicher, scheitert aber manchmal an den tatsächlichen Gegebenheiten. Also flugs einen Partner aufnehmen und so z.B. die mögliche Anzahl anzustellender Zahnärzte erhöhen. Und das alles ohne die Risiken einer echten Partnerschaft. Dies ist in einigen Fällen sicherlich auf die Angst zurück zu führen, Entscheidungskompetenzen abgeben zu müssen. Indes, eine solche Rosinenpickerei ist nicht genehmigungsfähig.

Nach § 6 Abs. 7 BMV-Z, § 8a Abs. 2 EKV-Z, § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z setzt die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in Form einer BAG anstelle eines Anstellungsverhältnisses bzw. einer gemeinsamen Nutzung von Personal- und Sachmitteln eine gemeinsame Berufsausübung sowie eine auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. Erforderlich hierfür ist die gemeinsame Teilnahme aller Mitglieder der BAG am unternehmerischen Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. Für die Entscheidung, ob der Gesellschaftsvertrag diesen Vorgaben genügt, ist der Gesamteindruck entscheidend. So muss der einsteigende Partner nicht zwangsläufig am Gesellschaftsvermögen teilhaben, an Gewinn- und Verlust hingegen schon.

Der Zulassungsausschuss prüft die vorgelegten Verträge sehr genau und genehmigt diejenigen Gesellschaftsverträge nicht, die diese Vorgaben nicht erfüllen.

Dies ist auch im Interesse der sich partnerschaftlich zusammenschließenden Zahnärzte, wie das Ur-

teil des LSG Baden-Württemberg vom 12.12.2014 (AZ: L 4 R 1333/13) zeigt. In der dort beschriebenen Fallkonstellation wurde eine BAG vom Zulassungsausschuss genehmigt, bei der die Voraussetzungen nach Ansicht des Gerichts nicht vorlagen. Eine in der Praxis durchgeführte Betriebsprüfung führte zur Nachforderung von Sozialversicherungsbeiträgen für einen der Partner, da sich die Tätigkeit dieses Partners in der Gesamtheit nicht von der eines Angestellten unterscheiden habe, die Merkmale eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses hätten überwogen, was zur Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung sowie die Geltendmachung von Umlagebeiträgen nach sich zog. Im verhandelten Fall konnte insbesondere keine Teilnahme am wirtschaftlichen Risiko auf Seiten des Juniorpartners erkannt werden, was die teilweise auch für eine selbstständige Tätigkeit sprechenden Merkmale in den Hintergrund treten ließ.

Typisch für eine Teilnahme am wirtschaftlichen Risiko ist das Wagnis, kein Entgelt zu erzielen. Dies ist

dann der Fall, wenn bei Arbeitsmangel nicht nur kein Einkommen oder Entgelt aus Arbeit erzielt wird, sondern zusätzlich auch Kosten für betriebliche Investitionen und/oder Arbeitnehmer anfallen oder früher getätigte Investitionen brach liegen. Wesentliches Merkmal einer abhängigen Tätigkeit ist überdies die Verpflichtung, Dienste persönlich zu erbringen, und eben nicht delegieren zu können. Sprechen die Gesamtumstände eher für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis, ist der Gesellschaftsvertrag nicht genehmigungsfähig. Maßgeblich für die Beurteilung ist nicht die vertragliche Situation, es sind die tatsächlichen Verhältnisse. Eine im Widerspruch zur ursprünglich getroffenen und dem Zulassungsausschuss vorgelegten Vereinbarung stehende tatsächliche Beziehung geht insofern dem „nur“ formellen Vertrag vor. Von einer Umgehung der Voraussetzungen auf der tatsächlichen Ebene ist daher dringend abzuraten.

Ass. jur. Claudia Mundt

# Handbuch Personenschadensrecht

## Anleitung mit Rechtsfragen und allen Vorteilen auf einen Blick



Jahnke/Burmann  
Handbuch des Personenschadensrechts  
Verlag C.H. BECK 2016,  
Buch, 1701 Seiten, in  
Leinen  
ISBN 978-3-406-67625-3,  
199 Euro

Umfassend stellt dieses neue Handbuch sämtliche mit dem Eintritt eines Personenschadens einhergehenden Rechtsfragen dar. Den Bedürfnissen der Praxis

entsprechend wurde besonderes Gewicht gelegt auf die Praxis der Schadensregulierung und die versicherungsrechtlichen und sozialrechtlichen Aspekte. Insbesondere die Bereiche der Drittleistungsrechte, Forderungsübergänge und Teilungsabkommen werden in vertiefter Form behandelt.

### Das Werk gliedert sich in acht Kapitel:

- Haftungsgrund: Anspruchsgrundlagen, Mitverschulden, Sonderfälle Arzthaftung, Arbeitsunfall, Gesamtschuldnerausgleich
- Besondere Verletzungsbilder: HWS, Tinnitus, psy-

chische Probleme und Schäden

- Begutachtung: Verletzungsbilder aus medizinischer Sicht,
- Ersatzansprüche: Heilbehandlungskosten, vermehrte Bedürfnisse, Verdienstausfall, Haushaltsführungsschaden, entgangene Dienste, Unterhaltsschaden, Beerdigungskosten, Schmerzensgeld, steuerliche Fragen
- Drittleistungen: Drittleistungen, Leistungen und Regresse Dritter, Forderungsübergänge, Teilungsabkommen
- Abwicklung: Abfindungsvergleich, Kapitalisierung, Zivilprozessrecht, Kosten, Verjährung
- Versicherungsvertragliche Absicherung: Allgemeines Versicherungsvertragsrecht, Deckungsüberschreitung
- Andere Versicherungen: Unfallversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Krankenhaustagegeld, Fahrer-Kaskoversicherung.

### Vorteile auf einen Blick

- zahlreiche Praxishinweise, Tabellen, Übersichten und Fallbeispiele
- gleichermaßen geeignet für Anwälte, Richter und Versicherungen
- klar strukturiert und gut verständlich

Verlagsangaben

# Wir gratulieren zum Geburtstag

## Im Februar und März vollenden

### das 80. Lebensjahr

Dr. Gerhard Bonnke (Warin) am 14. Februar,  
Dr. Gerda Dornbrack (Röbel) am 20. Februar,  
Prof. Dr. Siegfried Hensel (Lubmin)  
am 21. Februar,

### das 75. Lebensjahr

Dr. Rüdiger Kind (Putbus) am 17. Februar,  
Dr. Wolf-Peter Uhde (Rostock)  
am 18. Februar,  
Zahnarzt Adolf Raith (Neustrelitz)  
am 21. Februar,  
Dr. Bärbel Jahr (Greifswald)  
am 21. Februar,  
Dr. Brigitte Schäning (Kägsdorf)  
am 22. Februar,

### das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Barbara Pecher (Schwerin)  
am 7. März,

### das 60. Lebensjahr

Dr. Lutz Händel (Dummerstorf)  
am 25. Februar,  
Zahnärztin Petra Kleffling (Eldena)  
am 26. Februar,

Dr. Jörg Hagin (Plau am See)  
am 28. Februar,  
Dr. Kornelia Heß (Schwaan)  
am 1. März,  
Dr. Michael Katzmann (Grevesmühlen)  
am 7. März,

### das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Uta Bregulla (Rostock)  
am 10. Februar,  
Dr. Andreas Riedel (Greifswald)  
am 10. Februar und  
Zahnarzt Andreas Bretzke (Demmin)  
am 26. Februar

**Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.**

Hinweis zur Veröffentlichung der Geburtsdaten: Es wird gebeten, dass diejenigen Kammermitglieder, die eine Veröffentlichung ihrer Geburtsdaten nicht wünschen, dies rechtzeitig (mindestens zwei Monate vor dem Jubiläum) dem Referat Mitgliederwesen der ZÄK M-V, Jana Voigt, Tel. 0385/59108-17, mitteilen.





ZÄK  
Mecklenburg-  
Vorpommern

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

# 1. Fortbildungstag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Samstag, 5. März 2016 | Ozeaneum in Stralsund

## IHR PROGRAMM

Fortbildungspunkte  
**7**

- 9:30 Uhr Einlass
- 10:00 Uhr **Begrüßung**  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
- 10:15 Uhr **Endodontie oder Implantate?**  
Möglichkeiten der Entscheidungsfindung  
Prof. Dr. Michael Hülsmann
- 12:00 Uhr Gemeinsames Mittagessen und Pause
- 14:00 Uhr **Fixierung von Prothesen mit Miniimplantaten**  
Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt
- 16:00 Uhr Kaffeepause mit Imbiss
- 16:30 Uhr **MIZ: Medikamenten-Information für Zahnärzte**  
Mehr Sicherheit bei der Behandlung chronisch Kranker  
Ulrich Pauls
- 17:30 Uhr Ende des Fortbildungsprogramms

Ab 19 Uhr empfangen wir Sie im Ozeaneum zu einer Highlightführung sowie kulinarischen Köstlichkeiten in einer einzigartigen Atmosphäre.

### Tagungspreise (einschließlich gesetzlicher Ust.)

Fortbildung mit Abendveranstaltung: 219,00 EUR

Fortbildung ohne Abendveranstaltung: 130,00 EUR

Begleitperson Abendveranstaltung: 77,00 EUR

