



dens

10
2009
8. Oktober

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



NEU



UNSERE ENTWICKLUNG – IHR VORTEIL

Ab sofort gehören nachlaufende und tropfende Spritzen, Ziehfäden und teurer Materialverlust der Vergangenheit an:

Mit der NDT®-Spritze haben wir speziell für hochfließfähige Materialien eine nachlaufreie, nichttropfende Spritze entwickelt. Die neue NDT®-Spritze ermöglicht es, Produkte in der gewünschten Menge ohne Materialverlust punktgenau zu applizieren. Das bedeutet nicht nur sicheres und hygienisches, sondern auch effizientes Arbeiten.

In der NDT®-Spritze ab sofort erhältlich: Grandio® Flow, Grandio® Seal und Ionoseal.

NDT®-Spritze Non-Dripping Technology



Halle 21, Stand F 36

Fortbildungspflicht und „Pflichtfortbildung“



Dr. Jürgen Liebich

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vergibt seit 2004 ein Fortbildungssiegel.

Dr. Jürgen Liebich ruft dazu auf, dieses Siegel anzustreben. Es ist Zeugnis über eine besondere Fortbildungsbereitschaft und kann selbstverständlich öffentlich ausgewiesen werden.

Die kontinuierliche Fortbildung ist seit jeher ein elementarer Bestandteil der Ausübung unseres Freien Berufes. Die Berufsordnung auf Grundlage des Heilberufsgesetzes unseres Landes verpflichtet alle Mitglieder der Heilberufskammern, sich beruflich fortzubilden und damit einen wissenschaftlich hochstehenden Berufsstand zu erhalten. Natürlich ist es auch der Wettbewerb mit dem Kollegen um die Ecke, der uns in die Fortbildungsveranstaltungen treibt. Schließlich ist es aus haftungsrechtlichen Gründen notwendig, sich durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen immer wieder neu am aktuellen Stand der Wissenschaft zu orientieren und zu messen und nicht zuletzt betrachten wir es auch als persönliche Herausforderung, unsere Patienten auf der Grundlage der neuesten Erkenntnisse zu behandeln.

Im Gegensatz zu anderen Heilberufen wird die zahnärztliche Fortbildung von uns nahezu ausschließlich selbst finanziert und ist somit weitgehend unabhängig von den wirtschaftlichen Interessen anderer.

Seit einigen Jahren verpflichtet auch das SGB V im § 95d alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen, Fortbildungen in einem gesetzlich vorgeschriebenen Fünf-Jahres-Zeitraum nachzuweisen. Nach anfänglichen Startschwierigkeiten haben die beiden zahnärztlichen Körperschaften unseres Landes zu einer guten Kooperation auf diesem Gebiet gefunden. Die von der Bundeszahnärztekammer und der DGZMK entwickelte Punktebewertung von Fortbildungsmaßnahmen wird von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung anerkannt. Somit bildet sie die Grundlage der Überprüfung der Fortbildungsaktivitäten der Vertragszahnärzte, die der Gesetzgeber den KZVs übertragen hat. Auch bei der Vergabe von Punkten durch die Kammer für einzelne Fortbildungsmaßnahmen gibt es keine Abstimmungsprobleme mit der KZV. Die Zusammenarbeit auf diesem Gebiet kann als reibungslos bezeichnet werden.

Jeder, der nach der Einführung der „Pflichtfortbildung“ bestrebt war, sein Punktekonto rechtzeitig zu füllen, erkannte schnell: Die für eine gute zahnärztliche Arbeit notwendigen Fortbildungsaktivitäten gehen über den Rahmen hinaus, der uns als Vertragszahnarzt verpflichtend vorgeschrieben wurde. Das geforderte nachzuweisende Punktevolumen ist die Abbildung einer

gesetzlichen Vorschrift, die sich niemand im Berufsstand gewünscht hat. Es hat nur einen begrenzten Aussagewert über eine für die Berufsausübung ausreichende Quantität an Fortbildungsmaßnahmen.

Die Schlussfolgerung, mit dem Erreichen der geforderten Punktzahl sich ausreichend fortgebildet zu haben, könnte unter Beachtung der anfangs erwähnten Aspekte somit schnell problematisch werden.

Die oben genannten Gründe für unsere Fortbildungsbereitschaft sind die Triebkraft für unsere Aktivitäten auf diesem Gebiet. Somit ist es nicht verwunderlich, dass nach dem Ende des ersten Abrechnungszeitraumes die übergroße Mehrheit der dazu verpflichteten Zahnärztinnen und Zahnärzte die geforderte Zahl an Fortbildungsaktivitäten nachweisen konnte. Es ist zu hoffen, dass die Verwerfungen, die am Beginn und am Ende des ersten vorgeschriebenen Nachweiszeitraumes zutage traten, im jetzt begonnenen zweiten geringer ausfallen werden. Dem Sturm auf die Fortbildungsveranstaltungen in den Jahren 2004 bis 2006 folgte eine gewisse Müdigkeit in den letzten Monaten vor dem Halbjahreswechsel 2009. Im Wissen darüber, dass die geforderten Punkte bei einem verantwortungsbewussten Fortbildungsverhalten gut erreichbar sind, wird vermutlich wieder etwas mehr Kontinuität einziehen.

Die Zahnärztekammer vergibt für Kolleginnen und Kollegen, die innerhalb von drei Jahren 150 Fortbildungspunkte erwerben und nachweisen, ein gesondertes Fortbildungssiegel. Dieser Anspruch ist größer als 125 Punkte innerhalb von fünf Jahren, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschrieben sind. Seit 2004 ist das Siegel an 346 Kolleginnen und Kollegen aus unserem Land verliehen worden. Nicht wenige von ihnen haben es bereits mehrmals erhalten. Das Siegel wird freiwillig erworben. Es ist Zeugnis über eine besondere Fortbildungsbereitschaft und kann selbstverständlich öffentlich ausgewiesen werden.

Ich möchte Sie aufrufen, dieses Siegel anzustreben. Sie legen damit für sich und unseren Freien Beruf ein Zeugnis ab über die hohe Verantwortung, mit der wir unsere Tätigkeit ausüben.

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

Heraeus

Venus[®] Diamond⁺

Die Diamantklasse.



Die neue Klasse perfekter Restaurationen

Venus Diamond ist ein neues universelles Nano-Hybrid Komposit, welches niedrigen Schrumpf und hohe Festigkeit in einmaliger Weise miteinander kombiniert. Das Material passt sich der Farbe der umgebenden Zahnhartsubstanz an und ermöglicht dadurch ein besonders natürliches Aussehen.

- **Die Diamant Formel –
Für messbar bessere
mechanische Eigenschaften**
- **Der Diamant Effekt –
Für perfekte Farbadaption**
- **Die Diamant Schichttechnik –
Für ein besonders natürliches
Aussehen**

Venus[®]

Die neue Ästhetik.

Möchten Sie mehr über Venus Diamond erfahren?

Besuchen Sie www.heraeus-venus.de oder rufen Sie uns an unter 0800 43 72 33 68.

dens

18. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20
E-Mail: sekretariat@zaekmv.de,
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

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.zahnaerzte-mv.de

Redaktion:

Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.),
Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.),
Kerstin Abeln, Konrad Curth

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

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 zahnärztl. Körperschaften M-V kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zzgl. Versandkosten.

Titelbild: Antje Künzel,

(Bauernhof Schaffrin, Langen Brütz)

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Hohe Ehre für Professor von Schwanewede	8
Zahnärzte mit gutem Zeitmanagement	8
Keine Gleichbehandlung	8
Beratung der DGZMK	11
Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen	11
Beschluss zur Röntgenverordnung	11
Ärzte gründen neues Portal	14
Basistarif gefloppt	14
Bücher	27
Glückwünsche	32

Zahnärztekammer

Zahnärztetag 2009	4-7
Tag der Zahngesundheit	10
Zahnpflegekalender	10
Grund- und Förderschulen im Land erhalten Zahnrettungsboxen	12
Fortbildung	13
Weiterbildungsordnung	15-19
Abrechnungsempfehlungen aus dem GOZ-Referat	20

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Selektivvertrag – jetzt wird es ernst!	9
Fortbildung	22
Tagung der Vertreterversammlung	22
Service	23
Die Abrechnung einer kieferorthopädischen Untersuchung	24

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Bedeutung der Unterschrift des Praxisinhabers	26
Kündigung wegen angekündigter Erkrankung	26-27
Festsitzender Zahnersatz – was ist in, was ist out?	28-31

Impressum	3
Herstellerinformationen	25, 33

Dieser Ausgabe liegen Beilagen der Firma **Poulsen Dental GmbH** sowie der **Versicherungsstelle für Zahnärzte** bei. Diese sorgt als unabhängiges Beratungsunternehmen im Auftrag der Bundeszahnärztekammer für die finanzielle Sicherheit der Zahnärzte – bundesweit und jetzt auch für Sie in Mecklenburg-Vorpommern.

Wir bitten um freundliche Beachtung.

Lob aus der Politik für die Zahnärzte

Nachlese zum 18. Zahnärztetag vom 4. bis 6. September in Warnemünde

Als eine „tragende Säule unseres Gesundheitssystems“ bezeichnete Nikolaus Voss, Staatssekretär im Ministerium für Soziales und Gesundheit, die Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern. „Ihr Engagement sorgt dafür, dass sich die Versorgung der Mecklenburger und Pommern auf hohem Niveau bewegt“, sagte Staatssekretär Voss zur Eröffnung des 18. Zahnärztetages, der 60. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der 6. Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie. Er sei sicher, dass dieses Niveau auch in Zukunft gehalten werden könne. Voss lobte das gute Verhältnis des Ministeriums zur Zahnärztekammer.

Der Staatssekretär unterstrich die Bedeutung der Prävention. Als gelungenes Beispiel nannte er in diesem Zusammenhang den „Zahnärzt-

lichen Kinderpass“. Dieser sieht vor, dass schon zwei Untersuchungen und Beratungen der werdenden Mutter



Dr. Dietmar Oesterreich während des Zahnärztetages 2009

erfolgen sollen. Für Kinder ab einem Alter von einem halben Jahr und bis zu einem Alter von sechs Jahren

sind insgesamt elf Vorsorge-Untersuchungen vorgesehen. Seit Jahren steige der Anteil kariesfreier Schüler in Mecklenburg-Vorpommern. „Wir lernen: Erfolge sind möglich!“, folgerte Staatssekretär Voss. „Ich wage die Aussage: Wer die Vorgaben des Kinderpasses befolgt, verschafft Mädchen und Jungen einen guten Start ins Leben – zumindest was ihre Zahngesundheit betrifft.“

Gesundheit sei immer stark abhängig vom sozialen Status. „Sowohl Karies als auch Parodontitis sind in sozial schwierigen Lebenslagen – niedriger Bildungsstand und geringes Einkommen – deutlich häufiger anzutreffen“, unterstrich der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dr. Dietmar Oesterreich in seinem einführenden Statement. Laut einer Untersuchung des Instituts Deutscher Zahnärzte in Köln haben die unteren Statusgruppen eine erhöhte Krankheitslast. Durch Erfolge der Prävention ver-

Anzeige

Vertrauen.

Aufeinander eingehen, Fingerspitzengefühl zeigen, dem anderen vermitteln: Ich bin für Dich da. Als Schiedsrichter ist es wichtig, mit dem Spieler ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Man muss ihn schützen.

Bei Ihrer Versicherung muss das auch so sein. Vertrauen in die Leistungen. Einfach da sein, wenn man sie braucht.

*Das ist Vertrauen.
Das gibt Sicherheit.
Das ist die INTER.*



Pressekonferenz zum Zahnärztetag



Dentalaussteller während der Eröffnungsrede

mindere sich diese Krankheitslast, allerdings deutlich langsamer als bei den übrigen sozialen Gruppen. „Bei einer Armutsquote in Mecklenburg-Vorpommern von 23 Prozent sind niedrigschwellige Präventionsangebote besonders wichtig“, betonte Dr. Oesterreich.

Die Zahnärztekammer setze seit 2004 auf den Kinderpass, von dem

bisher 90 000 ausgegeben worden seien. „Wir haben einen flächendeckenden Einsatz geschaffen. Dies ist einmalig in Deutschland und vollständig aus eigenen Kräften des Berufsstandes entstanden“, sagte der Zahnarzt. „Wir appellieren an alle Beteiligten, insbesondere an Kostenträger, den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Gesundheitspolitik in

unserem Bundesland, den Zahnärztlichen Kinderpass zu nutzen und im Land zu propagieren.“

Staatssekretär Voss lobte aber auch das Projekt „Alterszahnheilkunde“. „Die rechtzeitige Behandlung von Karies oder Parodontitis und die Versorgung mit Prothesen verbessern die Lebensqualität multimorbider oder behinderter Senioren erheblich“, sagte Nikolaus Voss.

Mit dem Pilotprojekt Alterszahnheilkunde, das die Zahnärztekammer mit Unterstützung des Sozialministeriums initiiert hat, beschreitet Mecklenburg-Vorpommern neue Wege.

Das Angebot richtet sich an Senioren, die in ihrer Mobilität so sehr eingeschränkt sind, dass sie den Zahnarzt nicht aufsuchen können. Dank zweier „mobiler Dentaleinheiten“ sind die am Pilotprojekt beteiligten Zahnärzte in der Lage, die Senioren der Sozjus-Pflegeheime und des Augustenstifts in Schwerin in deren gewohnter Umgebung zu versorgen. Das Projekt werde, so Dr. Oesterreich, im Rahmen eines Versorgungsforschungsansatzes von der Universität Greifswald wissenschaftlich ausgewertet.

Erste Zwischenergebnisse der Evaluation zeigen, dass bei der Hälfte der bereits untersuchten Patienten der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit erforderlich war. Bei 70 Prozent der Betroffenen ist ein Transport in eine Zahnarztpraxis kaum möglich.

Fast die Hälfte der Zeit für die Betreuung solcher Patienten muss für die Vor- und Nachbereitung durch das zahnärztliche Behandlungsteam aufgewendet werden. Dr. Oesterreich kündigte an, dass zum Ende des Jahres eine umfassende Analyse vorgestellt werde.

Zur aktuellen Gesundheitspolitik sagte Dr. Oesterreich, dass die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) „in der Ablage des BMG“ gelandet sei. Er schrieb der nächsten Bundesregierung ins Stammbuch, dass drei Dinge nicht ignoriert werden könnten: Die Bevölkerung werde immer älter und verursache durch eine zunehmende Krankheitslast mehr Kosten, der technische Fortschritt sei unaufhaltsam und der Patient habe inzwischen eine andere Erwartungshaltung an medizinische Leistungen. „Eine Ost-West Angleichung ist längst überfällig“, betonte der Präsident.



Dr. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern



Prof. Dr. Reiner Biffar, Vorsitzender der mecklenburg-vorpommerschen Gesellschaft für ZMK



Blick in den Saal



Angeregte Diskussionen



Podiumsdiskussion – Prof. Dr. Wolfgang Sümnick (r.) als hervorragender wissenschaftlicher Leiter der Veranstaltung

Dr. Oesterreich unterstrich die Bedeutung der Versorgungsforschung für die Zukunft der Zahnheilkunde: „Wir müssen gegenüber der Politik unsere Argumentationen vertreten.“ Das gehe am besten mit der Versorgungsforschung, die die Patientenseite, die Zahnärzte und das Gesundheitssystem gleichermaßen im Focus habe. „Ziel ist es, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern“, so der

Präsident.

Der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Andreas Crusius, kritisierte ebenfalls die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. „Ulla Schmidt muss man erklären, dass ein Feuerwehrmann auch nicht das verbrauchte Löschwasser bezahlen muss oder ein Pilot, der wegen Gegenwind länger für den Flug nach Mallorca braucht, ebenfalls

nicht das Kerosin bezahlen muss“, so Dr. Crusius zu den Budgetzwängen, die den Leistungsträgern im Gesundheitswesen auferlegt sind.

Im Anschluss an die einführenden Worte wurden zwei verdiente Persönlichkeiten geehrt: Prof. Dr. Heinrich von Schwanewede erhielt die Silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzte. (siehe Seite 8). Prof. Dr. Rosemarie Grabowski erhielt aus den Händen des Vorsitzenden Prof. Dr. Reiner Biffar die Ehrenmitgliedschaft der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Außerdem wurden 13 Kolleginnen und Kollegen vom wissenschaftlichen Leiter des Zahnärztetages, Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, und von Präsident Dr. Oesterreich ihr Zertifikat zum Abschluss des Curriculums Implantologie der Zahnärztekammer übergeben. **Renate Heusch-Lahl**

Ein Bericht zur wissenschaftlichen Zusammenfassung des Zahnärztetages erscheint in der nächsten Ausgabe.

Anzeige

Praxiseinrichtungen

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

Klaus Jerosch GmbH
 Tel. (030) 29 04 75 76
 Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com



Curriculum Implantologie 2007 – 2009

Zwei schöne Jahre sind vorbei. Zwei Jahre voller Informationen über die „Betreuung von Implantaten in guten und in schlechten Zeiten“. Erkenntnisse über Knochenqualität, Knochenangebot und -nachfrage, Augmentation, Weichgewebsmanagement, prothetische Versorgung und Ästhetik, um nur einige Themenschwerpunkte zu erwähnen, wurden vermittelt.

An acht Wochenenden pendelten wir zwischen Greifswald, Rostock, Güstrow und Kiel. Wir lernten Neues, frischten Vergessenes auf, diskutierten und schauten erfahrenen Kollegen aus ganz Deutschland über die Schulter. Alles fand in angenehmer Atmosphäre statt und an den Gesellschaftsabenden gab es noch Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch sowohl untereinander, als auch mit den Professoren. Dadurch und durch die beiden Hospitationen erhielten wir das nötige Rüstzeug für die Supervision, in der wir einen eigenen Fall unter sachkundigen Augen operierten. Beim diesjährigen 18. Zahnärztetag in Warnemünde fand dann das kollegiale Abschlussgespräch statt, in dem wir fünf eigene Patientenfälle vom ersten Beratungsgespräch bis zur Eingliederung des Zahnersatzes vorstellten und nach bestandener Prüfung das Zertifikat erhielten. Verschiedene Implantatfirmen begleiteten die Kurse, so dass wir zusätzliche Einblicke in unterschiedliche Systeme erhielten.

Alles in allem eine spannende und für andere Kollegen sehr empfehlenswerte Kursreihe, die jedem Teilnehmer die theoretischen und praktischen Voraussetzungen zum



Prof. Dr. Wolfgang Sümnick

ger Bierstuben in Warnemünde, bei dem in geselliger Runde bei heiteren und entspannten Gesprächen der Slivovice in Strömen floss.

Unser Dank gilt allen Personen, die uns über die zwei Jahre begleitet haben, besonders aber Professor Dr. Wolfgang Sümnick, der sich mit großem Engagement dafür einsetzte, dass das Curriculum zum zweiten Mal hauptsächlich in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden konnte und die Entfernungen zu den Kursorten überschaubar waren. Wir wünschen ihm und allen Beteiligten, dass auch in Zukunft viele weitere Curricula in diesem Bundesland in entsprechender Art ablaufen können.



Dr. Dietmar Oesterreich mit Teilnehmern des Curriculums während der feierlichen Zertifikatübergabe

selbstständigen Implantieren in eigener Praxis vermittelte. Kultureller Höhepunkt war der Gesellschaftsabend des Zahnärztetages in den Pra-

**Im Namen der Kursteilnehmer
Ines Martin, Anke Zekai,
Sabine Hess**



Die 17. Fortbildungstagung für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte am 5. September 2009 im Kurhaus Warnemünde hielt in diesem Jahr zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Chirurgie“ wieder spannende und interessante Vorträge bereit.

Hohe Ehre für Professor von Schwanewede

Große Verdienste um Erhalt der Rostocker Zahnklinik gewürdigt

Prof. Dr. Heinrich von Schwanewede wurde auf der gemeinsamen Jahrestagung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock in Warnemünde mit der Silbernen Ehrennadel der Deutschen Zahnärzte ausgezeichnet.

„Mit Beharrlichkeit und Zielstrebigkeit ist es unter seiner Leitung gelungen, die Rostocker Zahnklinik zu erhalten“, würdigte der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Dietmar Oesterreich, die Verdienste des 70-Jährigen. Damit habe Prof. von Schwanewede einen wesentlichen Beitrag für den Wissenschaftsstandort Mecklenburg-Vorpommern geleistet. „Die



Akzeptanz seiner Persönlichkeit und seines wissenschaftlichen sowie hochschulpolitischen Profils innerhalb der medizinischen Fakultät und der Landespolitik war eine wesentliche Voraussetzung für die politische Entscheidung zum Erhalt der Rostocker Zahnmedizin. Auch für den Berufsstand ist dieser Erfolg ein wichtiges Zeichen für die Bedeutung und Akzeptanz unseres Fachgebietes“, so Dr. Oesterreich.

Prof. Dr. Heinrich von Schwanewede erhielt im Rahmen des Zahnärztetages die Silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzte, überreicht von Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Lieber warten

Zahnärzte mit gutem Zeitmanagement

Im Wartezimmer des Zahnarztes sitzen die Patienten am liebsten – aber wohl nicht wegen der dadurch aufgeschobenen Behandlung. Beim Zahnarzt ist die Verweildauer im Vergleich mit den anderen Medizinern am kürzesten – nämlich lediglich 20 Minuten. Damit zeigen sich 91 Prozent der Befragten zufrieden. Beim Hausarzt dauert es – vielleicht ein Zeichen für die sprechende Medizin oder aber für eine schlechte Praxisorganisation – im Durchschnitt doppelt so lang und das senkt das Wohlbefinden auf knapp 66 Prozent. Trotzdem, insgesamt belasten Wartezeiten das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht, zu diesem überraschenden Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes unter dem Titel „Vertragsärzte im Urteil ihrer Patienten“. Bemerkenswert ist, dass die akzeptierte Wartezeit maximal um sieben Minuten von der tatsächlichen abweicht. Beim Hausarzt ertragen die Patienten eine Verweildauer von knapp 34 Minuten, bevor Unmut aufkommt. Die tatsächliche Wartezeit liegt dort bei 40 Minuten. Die Zahnärzte dagegen haben einen komfortablen Zeitpuffer.

dgd

Keine Gleichbehandlung

Bei Kostenerstattung Nachteile spürbar

Wer sich in der gesetzlichen Krankenversicherung für das Prinzip der Kostenerstattung entscheidet, muss mit höheren Zuzahlungen bei Medikamenten rechnen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) dürfen die Rabatte, die den Kassen sonst von Apotheken und Pharmafirmen gewährt werden, den Patienten in Rechnung gestellt werden. Wenn sich Versicherte Vorteile davon versprechen, wie Privatpatienten in Vorkasse zu treten, müssten sie auch die „merklichen Nachteile“ dieser Abkehr vom normalen Sachleistungsprinzip in Kauf nehmen, befanden die Kasseler Richter (Az.: B 1 KR 1/09 R).

Mit dem Urteil wiesen Deutschlands oberste Sozialrichter die Klage einer 84-jährigen Frau aus dem Saarland ab, die von ihrer Kasse mehr Geld verlangt hatte. Von Rechnungen über insgesamt gut 770 Euro waren ihr lediglich rund 320 Euro erstattet worden. Unter anderem hatte die Kasse bei den Medikamenten bis zu 16,2 Prozent vom Verkaufspreis einbehalten – zusätzlich zur normalen Zuzahlung. Das entspreche dem Apotheken- und

Herstellerrabatt, argumentierte die Kasse. Das BSG schloss sich dieser Sicht an. Unterdessen fordert Professor Kuno Winn, Vorsitzender des Hartmannbundes, in einem Schreiben Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf, den Gleichbehandlungsgrundsatz einzuhalten. „GKV-Versicherte, die von ihrem gesetzlich festgelegten Anspruch auf Kostenerstattung Gebrauch machen, werden gegenüber den Teilnehmern am Sachleistungssystem in unzulässiger Weise benachteiligt“, führt Winn aus. Mit dieser Entscheidung konterkarierte das Gericht das ohnehin bereits durch Kostenrisiko, Notwendigkeit der Vorfinanzierung und Abzug der Verwaltungskosten stark beeinträchtigte Wahlrecht nach § 13 Absatz 2 Satz 1. „Es darf am Ende nicht der Eindruck entstehen, dass gesetzlich Versicherte, die ihren Rechtsanspruch auf Kostenerstattung wahrnehmen wollen, daran durch indirekte Sanktionierungen gehindert sind. Auch in diesem Sinne sollte der vorhandene Systemfehler unbedingt behoben werden“, so Winn.

änd

Selektivvertrag – jetzt wird es ernst!

Während in der jüngsten Vergangenheit die von einigen wenigen BKKs angebotenen Selektivverträge, zumindest in M-V, nur eine Randerscheinung darzustellen schienen, bekommt das Thema Selektivverträge nach § 73 c SGB V nun durch den von der bundesweit agierenden DAK mit rd. 10 Millionen Versicherten aufgrund des mit der Managementgesellschaft Indento abgeschlossenen Selektivvertrages einen anderen Stellenwert. Inhalt dieses Selektivvertrages ist, kurz gefasst, „Zahnersatz für den Patienten zum Nulltarif, professionelle Zahnreinigung für 50 Euro und Implantatversorgung zum Pauschalpreis“. Ohne jetzt näher auf die Angebote (Preise der Angebote) einzugehen, scheint es dem Gesetzgeber durch diesen Selektivvertrag endgültig gelungen zu sein, die gesetzlich gewollte Öffnung des Kollektivvertragssystems in der GKV zu vollziehen. Die Tür zur Unterwanderung der budgetierten „angemessenen“ Vergütung für eine qualitätshohe Versorgung wurde weiter geöffnet. Letztlich hatte der Gesetzgeber mit der Schaffung der Möglichkeit der Einführung von Selektivverträgen die Vorstellung, die vermeintlichen Wirtschaftlichkeitsreserven innerhalb der GKV zu erschließen, um somit die Finanzierbarkeit der GKV ein Stück in die Zukunft hinein zu sichern. Gekoppelt wurde dieses Konzept mit der Einführung von Pflichtfortbildung und Einführung eines Qualitätsmanagementprogrammes in den Zahnarztpraxen. Qualitätssicherungsvorgaben werden über kurz oder lang folgen. Dies alles wurde schon im Vorfeld mit einer Deckelung der Honorare versehen.

In der Gesamtbetrachtung wurden somit die Eckpfeiler für einen einseitig orientierten Wettbewerb frühzeitig einbetoniert. Nur, wo führt dieser Wettbewerb schlussendlich hin?

Ein Wettbewerb, der darauf fußt, dass die DAK einen Einzelvertrag mit der Indento GmbH, Essen geschlossen hat. Die Indento GmbH wiederum ist mit der Firma Imex Dental neben der Finanzseite auch personell eng verbunden. In beiden Unternehmen wird die Geschäftsführung von ein und der gleichen Person wahrgenommen. Über ein Netzwerk zwischen DAK, Indento, Imex Dental und einigen Zahnarztpraxen erhalten aufgrund dieses Vertrages die Versicherten der

DAK Zugang zu Prophylaxe- und Zahnersatzleistungen zu besonders günstigen Preisen.

Die Krankenkasse versucht durch die Nutzung solch eines Netzwerkes ein Mehr an Versicherten an sich zu binden und somit im Bereich der fusionsbedingten Konzentration auf Seiten der Krankenkassen einen sicheren

den geringeren Einnahmen decken zu können. Eins sollte jedem bewusst sein, die Preise werden nicht in den Himmel wachsen und sobald der Kollektivvertrag durch derartige Selektivverträge ausgehöhlt wurde, werden wir wieder die Situation vorfinden, die 1930 dazu führte, dass die Krankenkassen Qualität und Preis festlegten.



Ganz wichtig ist es, die Aufsplitterung des Berufsstandes zu vermeiden und das Prinzip Teilen und Herrschen zu unterlaufen, warnt der Vorstand der KZV.

Platz einzunehmen, ohne von anderen Krankenkassen vereinnahmt zu werden. Der Vertrag mit der Indento GmbH beinhaltet für die DAK keinerlei Risiko, da keine Investitionen getätigt werden, sondern nur der Versichertenstamm von den beteiligten Firmen genutzt werden kann. Die beteiligten Unternehmen wollen für ihr Produkt einen hohen Gewinn erzielen und die Patienten hoffen, dass sie eine hohe Qualität zu einem geringen/niedrigen Preis erhalten. Der Zahnarzt, der solch einem Netzwerk beitrifft, hofft auf Patientenzuströme und kauft sich damit doch nur eine kurzfristige Optimierung seiner Umsatzgröße ein und vergisst dabei, dass diese Dumpingpreise in der individuellen betriebswirtschaftlichen Kalkulation in der Anfangszeit nur durch die von der KZV ausgehandelten Kollektivpreise subventionierbar sind. In diesem Geschäftsmodell wird, so zumindest die Absicht des Gesetzgebers, der Anteil der eingeschriebenen Patienten auf Dauer den Anteil der kollektivvertraglich abgesicherten Patienten (Honorarfluss über die KZV) übersteigen und dem Zahnarzt bleibt nichts anderes übrig, als die bisherigen hohen Qualitätsstandards seiner Praxis zu überdenken, um seine Kosten mit

Auch die von der Politik verfolgte Konzentration auf Kassenseite durch Fusionen soll diese Entwicklung vorantreiben. Der heute freiberuflich tätige Zahnarzt wird Angestellter der Kassen. Leidtragender wird dann der Zahnarzt und letztendlich der Patient sein.

Selektivverträge können nach unserem Verständnis nur dann funktionieren, wenn für alle Beteiligten ein Vorteil zu verzeichnen ist, denn mit einer kassenseitig erhöhten Nachfrage nach qualitätsoptimierten Leistungen muss auch tatsächlich eine angemessene Honorierung der zahnärztlichen Leistungen für Vertragszahnärzte des Landes einhergehen.

Also könnte dieses Ziel nach dem bisherigen Kenntnisstand und unserer Auffassung nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn Selektiv-Kollektivverträge durch KZVs oder deren Untergliederung verhandelt und vereinbart werden. Denn nur so ist die Aufsplitterung des Berufsstandes zu vermeiden.

Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln
Vorstandsvorsitzender

Dr. Manfred Krohn
stellv. Vorstandsvorsitzender

Zu Gast bei den „Gebrüder Grimm“

...und wieder war es soweit. Am 25. September 2009 öffnete die Grundschule „Gebrüder Grimm“ in Anklam nicht nur für ihre Schülerinnen und Schüler das große Schultor, sondern auch für viele Gäste, die zur Landesaufaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 2009 in Mecklenburg-Vorpommern gekommen waren. Die Kreisarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege des Land-

kreises Ostvorpommern hatte gemeinsam mit den Schülern der Schule, ihren Lehrern und vielen fleißigen Helfern einen bunten Aktionstag zum Thema „Gesund beginnt im Mund – krank sein oftmals auch“ organisiert. Nach der Begrüßung wurde erst einmal ordentlich gefrühstückt – natürlich gesund mit Vollkornbrot, Quark und viel Obst und Gemüse von der Vitaminbar. Und dann ging es wirklich rund im ganzen Haus:

Auf zum Kariestunnel, zur Bastelstraße, in die Bücherausstellung oder zu Sport und Spiel auf dem Tennisplatz – überall war etwas los. Mit dabei war auch der gesunde und herrlich weiße Zahn Knasper, der von seiner abenteuerlichen Reise über die süßen Berge bis hin zum bunten See erzählte. Dabei erlebte er natürlich viel und naschte überall, nur leider bekam ihm das gar nicht gut. Er landete verschmutzt von Schokolade und Himbeersirup und ohne Bein im Krankenhaus. Dort mühten sich Frau Dr. Zange und Herr Dr. Bohrer sehr um ihn und beinahe wäre er nicht mehr zu retten gewesen. Aber er erwachte wieder und – welch ein großes Glück – er hatte alles nur geträumt. Da waren auch die kleinen und großen Zuhörer erleichtert.

Vielen Dank sagt die Landesarbeitsgemeinschaft allen, die diesen Tag mit so viel Fleiß vorbereitet haben, ganz besonders Zahnärztin Regina Lück und ihrem Team von der Kreisarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Ostvorpommern und natürlich der gesamten Schule.

Die schönsten Impressionen des Tages und weitere Aktivitäten unter www.zaekmv.de/laj. LAJ M-V e. V.



Ein gesundes Frühstück ist sooo lecker

Fotos: LAJ

Der neue Zahnpflegekalender ist fertig

Bereits seit dem Jahr 2001 gibt die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LAJ M-V) einen Zahnpflegekalender heraus. Dieser Kalender entsteht jeweils in Zusammenarbeit mit einer Schule des Landes. Den Zahnpflegekalender 2010 hat die LAJ in enger Zusammenarbeit mit der Neumühler Schule in Schwerin erstellt. Unter Anleitung ihrer Lehrer haben die Schülerinnen und Schüler ihre Ideen zum Thema Zahn- und Mundgesundheit gemalt und aufgeschrieben. Dabei sind viele wunderbare Zeichnungen und Geschichten entstanden, die, ergänzt durch Lieder, Bastelanleitungen und vieles mehr, zu einem schönen Kalender zusammengefügt wurden.

Im Rahmen der Veranstaltungen zum alljährlichen Tag der Zahngesundheit am 25. September, der in diesem Jahr unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – krank sein oftmals auch“ steht, hat die LAJ Mecklenburg-Vorpommern den Zahn-

pflegekalender 2010 am 24. September in der Neumühler Schule in Schwerin feierlich präsentiert.

Auf der Homepage der LAJ unter www.zaekmv.de/LAJ finden Sie Ein-

drücke dieser Präsentation, die die Schülerinnen und Schüler der Schule mit einem tollen Programm umrahmt haben.

LAJ M-V e. V.



Stolz präsentieren die Schüler den Kalender

Beratung der DGZMK

Seit August 2008 bietet die DGZMK ihren Mitgliedern einen Beratungs-Service an, der von den Mitgliedern sehr positiv, teilweise begeistert aufgenommen wurde. In Fällen unklarer Mundschleimhaut-Veränderungen kann ein Bild der Läsion an die Geschäftsstelle der DGZMK per e-mail geschickt werden (mundschleimhaut@dgzmk.de), das an eine Gruppe von Spezialisten weitergeleitet wird. Diese geben eine Verdachtsdiagnose oder Verhaltensempfehlung, die der einsendenden Praxis zeitnah zugestellt wird. Zu den mitarbeitenden Experten zählen deutsche Oralmediziner, MKG-Chirurgen sowie je ein Kollege aus der Schweiz und aus Österreich. Koordiniert wird dieses Serviceangebot vom Vizepräsidenten der DGZMK, Dr. Wolfgang Bengel.

Zahlreiche inzwischen eingegangene Dankeschreiben zeigen, dass die DGZMK hier einen Bedarf richtig eingeschätzt hat. Auch die Frequenz der eingehenden Anfragen belegt dies: Weit mehr als 300 Anfragen wurden inzwischen bearbeitet.

Zu den häufigsten Befunden zählen Veränderungen im Rahmen des Oralen Lichen Mucosae bzw. lichenoider Läsionen, Pigmentierungen, Prothesenstomatopathien und erosiv/ulzeröser Veränderungen. Auch waren einige Fälle dabei, in denen wegen der Verdachtsdiagnose „Plattenepithel-Karzinom“ die umgehende Überweisung an eine Spezialklinik empfohlen wurde.

Wegen der überaus positiven Resonanz auf diesen Service bietet die DGZMK einen entsprechenden Service für Röntgenbefunde an. Dies geschieht in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie. Hier liegt die Koordination bei PD Dr. Schulze, Freiburg. Auch dieses Angebot (roentgen@dgzmk.de) wurde dankbar aufgenommen und wird viel frequentiert.

Beide Dienste sind für die DGZMK und besonders die mitarbeitenden Kollegen/innen mit viel Aufwand verbunden. Ihre Nutzung ist für Mitglieder kostenlos. Vorstellbar ist, dass aus diesen Serviceangeboten später einmal internetbasierte Datenbanken werden, die der Online-Diagnoseunterstützung dienen werden.

Kontakt:
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Dr. Wolfgang Bengel,
Vizepräsident der DGZMK
Liesegangstr. 17 a,
40211 Düsseldorf
Telefon: 0211-610198-0
Fax: 0211-610198-11
E-Mail: wbengel@gmx.de

Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen Stand des Angebotes der zahnärztlichen Körperschaften

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Anfragen kommerzieller Anbieter nach der Einführung eines Qualitätsmanagements in Zahnarztpraxen häufen sich. Nicht immer wird dabei seriös vorgegangen. Es gibt keinen Grund, überstürzt derartige Angebote anzunehmen. Ein erheblicher Zeitdruck besteht derzeit nicht. Jedoch häufen sich auch bei den Körperschaften die Nachfragen, wann die QM-CD denn nun kommen wird.

Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer unseres Landes haben sich darauf verständigt, ein Qualitätsmanagement-System auf einer CD zusammenzustellen. Dabei werden die grundlegenden Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Umsetzung der im SGB V gemachten Vorgaben berücksichtigt. Diese QM-CD befindet sich aktuell in der Testphase durch interessierte Delegierte der Kammer- und Vertreterversammlung. Nach Eingang der Rückmeldungen wird ein gemeinsames Gremium von Kammer und KZV die Überarbeitung der ersten Version der CD vornehmen. Es ist geplant, im 1. Halbjahr 2010 zur Fortbildung und Einführung in das Thema Großveranstaltungen landesweit anzubieten. Die Kosten für den Erwerb der CD und die Teilnahme an den Veranstaltungen liegen voraussichtlich unter 200 Euro je Praxisteam.

Erst ab dem 1. Januar 2011 beginnt die Zeit des gesetzlich vorgeschriebenen Nachweises über die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in Ihrer Praxis. Die angebotene CD wird Sie kurzfristig und mit überschaubarem Aufwand in die Lage versetzen, die grundlegenden Anforderungen zu erfüllen. In der Folge wird die Software durch beide Körperschaften gepflegt, sodass die gesetzlich geforderte Fortentwicklung des QM-Systems auch erfolgt.

Dipl.-Stom. Holger Donath
 Vorsitzender des Ausschusses
 Zahnärztliche Berufsausübung
 und Hygiene der ZÄK M-V

Dr. Manfred Krohn
 stellvertretender Vorsitzender
 der KZV

Beschluss gefasst

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit informiert darüber, dass der Länderausschuss Röntgenverordnung auf seiner Sitzung am 12. bis 14. Mai 2009 folgenden Beschluss gefasst hat:

„Die Erstellung eines 3-D-Datensatzes mittels eines DVT-Gerätes zur ausschließlichen Anfertigung einer Panoramaschichtaufnahme als alternatives Verfahren zur Herstellung einer 2-D-Panoramaschichtaufnahme mit einem Panoramaschichtgerät ist nach dem heutigen Stand der Technik

nicht zulässig.“ D.h. errechnete panoramaartige Darstellungen mit der 3-D-DVT-Technik können nicht abgerechnet werden. Nur wenn das eigentliche Panorama-Schlitzblendenverfahren im DVT-Gerät integriert ist, wären die Voraussetzungen für eine Panoramaaufnahme erfüllt und könnte diese umfassend ausgewertet und abgerechnet werden.

Prof. Dr. U. Rother
 Vorsitzender der
 Zahnärztlichen Röntgenstelle

Anzeige

KERA-DENT

Gesellschaft für Dentaltechnik mbH

Am Mühlenbach 1 · 18233 Neubukow
 Tel. 03 82 94/1 37 03 · Fax 03 82 94/1 37 04



Zertifiziertes Fachlabor für Implantatprothetik

Mit uns haben Sie „gut lachen“ und Zahnersatz vom Allerfeinsten.
 Internet: www.kera-dent.de · E-Mail: keradentgmbh@aol.com

Grund- und Förderschulen im Land erhalten Zahnrettungsboxen

Aufruf zur Mitarbeit bei der Evaluierung

Am 3. September startete an der Fritz-Reuter-Grundschule in Schwerin die Kampagne der Techniker Krankenkasse (TK) und der Zahnärztekammer in Mecklenburg-Vorpommern, alle Grund- und Förderschulen unseres Bundeslandes mit jeweils einer Zahnrettungsbox auszustatten. Die offizielle Übergabe im Beisein des Schirmherren Henry Tesch, Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Mecklenburg-Vorpommern, war der Auftakt für den Versand der rund 500 Zahnrettungsboxen. Diese werden derzeit an allen Grund- und Förderschulen in Mecklenburg-Vorpommern über die Schulämter verteilt. Begleitend erhalten diese Schulen Flyer und Plakate mit Hinweisen, was nach einem Zahnunfall zu beachten ist. In der Regel sollen die Boxen in den Sekretariaten der Schule verwahrt werden.

Kultusminister Tesch äußerte auf der Übergabeveranstaltung dazu: „Unfallbedingte Verletzungen im Zahnbereich können eine langwierige und aufwendige Behandlung zur Folge haben. Diese Zahnrettungsbox verringert zwar nicht die Unfallgefahr, kann jedoch entscheidend die Folgen von Verletzungen minimieren.“ Er dankte der Zahnärztekammer und der TK für ihr Engagement.

Die Zahnrettungsbox ist mit spezieller Flüssigkeit gefüllt, um den ausgeschlagenen Zahn oder das Zahnstück feucht und steril zu halten. „Das richtige Verhalten in den ersten Minuten nach einer solchen Verletzung ist entscheidend für das weitere Schicksal der verletzten Zähne. Wenn sie richtig versorgt werden, heilen die herausgeschlagenen Zähne sehr häufig wieder ein und bleiben noch viele Jahre im Kiefer“, bestätigt der Präsident der Zahnärztekammer Dr. Dietmar Oesterreich. In Notfällen kann der Zahn, aufbewahrt in der Zahnrettungsbox, noch bis zu 48 Stunden nach dem Trauma reimplantiert werden.

Die TK hat von allen Kassen die meisten mitversicherten Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern und engagiert sich deshalb im besonderen Maß für deren Gesunderhaltung. „Mit dieser Aktion

wollen wir gemeinsam mit der Zahnärztekammer durch breite Aufklärung und Vorhaltung derartiger Notfallsets, Kummer und Leid und natürlich auch Kosten sparen“, erklärt Dr. Volker Möws, Leiter der TK-Landesvertretung in Mecklenburg-Vorpommern, das Anliegen der Aktion.

Sollte die Zahnrettungsbox ge-

braucht worden sein, garantiert die TK den Schulen kostenlosen Ersatz. Zunächst bis 2012 können die Schulen in diesem Fall neue Zahnrettungsboxen von der TK kostenlos anfordern.

Um Mitarbeit von Zahnärzten, die Zahnunfälle versorgt haben, wird gebeten

Dieses Projekt muss einer Evaluation unterzogen werden. Schließlich geht es nicht nur um einen einmaligen Effekt, sondern um Nachhaltigkeit in der Prävention. Auf der Übergabeveranstaltung in Schwerin betonte Dr. Oesterreich, dass es eine gemeinsame Aufgabe von Zahnärzten, Politik und Kostenträgern sei, in der ständigen Diskussion darüber zu bleiben, wie die Versorgung betroffener Kinder noch weiter verbessert werden kann. Deswegen äußerte er die Bitte an die Schulen und die beteiligten Zahnärzte, die Zahnunfälle von Kindern und Jugendlichen versorgen, sich bei Problemen und mit Ideen zur Optimierung an die Zahnärztekammer zu wenden.

In einer der nächsten Ausgaben der *dens* wird dazu ein Rückmeldebogen zu Zahnunfällen von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht, der dann auch auf der Homepage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern (www.zaekmv.de) abgerufen werden kann.

Konrad Curth



Schüler der Fritz-Reuter-Grundschule in Schwerin freuen sich über den Erhalt der Zahnrettungsbox.

Terminänderung

Das Seminar Nr. 28 „Problemdiskussion bei der Anwendung von selbstligierenden Brackets und skelettaler Verankerung zur Vermeidung von Behandlungsfehlern“ mit dem Referenten Mohamed Nasef, geplant am 21. November 2009 in Rostock, wird auf den 28. November verlegt. Das Seminar findet am **28. November** von 10 – 15 Uhr in der Klinik und Poliklinik für ZMK „Hans Morat“ in Rostock statt.



ASI
Wirtschaftsberatung AG

A.S.I. Geschäftsstelle
Rostock / Greifswald
Dipl.-Kfm. Lutz Freitag
Graf-Schack-Str. 6a
18055 Rostock
Tel. 0381-25 222 30
freitag@hro.asi-online.de
www.asi-online.de

- Versicherungsvermittlung als Makler für Zahnärzte
- Finanzplanung/ Finanzierung
- Geldanlage/ Vermögensaufbau im Focus der Abgeltungssteuer '09
- Praxisniederlassung/ Praxisverträge
- Praxisbewertung/Praxisabgabe

in Kooperation: **Frau E. Lohpens** – Steuerberaterin für Zahnärzte/
Kanzlei Saß & Liskewitsch – Arzt- und Medizinrecht

Fortbildung im November

4. November 9 Punkte

Aktualisierungskurs
Fachkunde im Strahlenschutz
Prof. Dr. U. Rother, Dr. R. Bonitz,
Priv.-Doz. Dr. P. Machinek
14.30 – 20.30 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 18
Seminargebühr: 75,00 €

6./7. November 15 Punkte

Auffrischkurs Akupunktur. Für alle, die Akupunkturkurse absolviert haben und ihr Wissen aufpolieren möchten, um es gezielt in der Praxis einzusetzen.
Dr. W. Wojak
6. November 14 – 19 Uhr,
7. November 9 – 16 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 19
Seminargebühr: 245,00 €

11. November 6 Punkte

Operative Entfernung retinierter und verlagelter Zähne – Wer? Wann? Warum?
Prof. Dr. W. Sümnick,
Prof. Dr. T. Gedrange

14 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 22
Seminargebühr: 215,00 €

11. November

Update zur professionellen Zahnreinigung (Fortbildung für die zahnärztliche Mitarbeiterin)
DH J. Daus
14 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 37
Seminargebühr: 190,00 €

14. November 6 Punkte

Chirurgische Parodontitistherapie
Prof. Dr. H. Jentsch
9 – 14 Uhr
Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7
19053 Schwerin
Seminar Nr. 24
Seminargebühr: 240,00 €

18. November 6 Punkte

Planung, Therapieablauf und Prognose des parodontal geschädigten Gebisses

Prof. Dr. T. Kocher
14 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 26
Seminargebühr: 125,00 €

27./28. November 8 Punkte

Strukturierte Abfolge prothetischer Therapie (Schritt für Schritt). Registrieren und Abformen in unterschiedlichen Situationen (mit Übungen)
Prof. Dr. R. Biffar
27. November 15 – 21 Uhr,
28. November 9 – 15 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 30
Seminargebühr: 295,00 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0385-5 91 08 13 und unter Fax: 0385-5 91 08 23 zu erreichen.

Bitte beachten Sie: Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter www.zaekmv.de – Stichwort Fortbildung).

Krebsinformation hat eine Nummer: 0800 420 30 40

Bisher gab es in Deutschland keine einheitliche Anlaufstelle für die Bevölkerung bei Fragen zum Thema Krebs. Dies wird sich mit der Allianz zwischen dem Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum und der Deutschen Krebshilfe ändern. Ab Herbst werden die bisher getrennten Informationsangebote zusammengeführt und in ein gemeinsames

qualitätsgeprüftes Informationsangebot überführt.

Dazu gehört auch die bundesweite kostenlose Rufnummer 0800 420 30 40, unter der sich Ratsuchende zu allen Fragen rund um das Thema Krebs informieren können. Die Krebsinformation wird damit in Deutschland gestärkt und künftig von vier starken Partnern gemeinsam getragen: dem

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Deutschen Krebshilfe und dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ).

Weitere Informationen im Internet unter: www.bmg.bund.de; www.bmbf.bund.de; www.krebsinformationsdienst.de; www.krebshilfe.de; www.dkfz.de

Ärzte gründen neues Portal

Wir wollen nicht die Krankenkassen niedermachen“, erklärt Dr. Norbert Scholz. „Aber wenn Ärzte bewertet werden dürfen, müssen sich die Kassen das auch gefallen lassen.“ Aus diesem Grund hat der Allgemeinmediziner aus Krefeld gemeinsam mit einem Programmierer und einem Heilpraktiker im Vorfeld des stark kritisierten Starts des AOK-Bewertungsportals eine Plattform auf die Beine gestellt, auf dem Ärzte, medizinische Leistungserbringer Patienten und Angehörige ein Urteil über Krankenkassen abgeben können. Auf www.krankenkassenbewertungen.net sollen sowohl positive Erfahrungen als auch negative Erlebnisse dokumentiert werden.

„Im Moment ist das noch eine ehrenamtliche Geschichte“, sagt Scholz. Wenn die Nachfrage entsprechend größer werde, sei auch eine Finanzierung über Werbung denkbar. **Auszüge aus and**

Verbände fusionieren

In den Ländern Berlin und Brandenburg wollen die beiden AOK-Landesverbände fusionieren. Eine AOK Berlin-Brandenburg hätte 1,3 Millionen Mitglieder und bessere Chancen bei Vertragsverhandlungen, sagte der Sprecher der brandenburgischen AOK, Jörg Trinogga. Die Kassen streben die Vereinigung zum 1. Januar 2010 an. Zudem soll eine Verwaltungsvereinbarung zur Zusammenarbeit und gegenseitigen Information unterzeichnet werden.

nach and

6. Fortbildungsgang startet im kommenden Februar

Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement mit neuem Angebot

Seit neun Jahren gibt es ein besonderes berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen.

Derzeit zwölf zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV tragen die Fortbildungsplattform, mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf. Mit der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer zudem auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Den fünften Studiengang der Akademie schließen Ende des Jahres 2009 20 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich ab.

Teilnahme wird mit Fortbildungspunkten bewertet

Der sechste postgraduale Fortbildungsgang der Akademie beginnt im Februar 2010 und erstreckt

sich über zwei Jahre bis Ende 2011. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden in Form von Seminarblöcken statt und eine Anmeldung ist noch bis zum Jahresende möglich.

Die Studienvermittlung erfolgt durch qualifizierte und ausgewählte Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Für das zweijährige Curriculum wird eine Gebühr in Höhe von 3900 Euro erhoben. Die Teilnahme wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet.

Titel nach erfolgreichem Abschluss

Ein akademischer Abschluss ist unter teilweiser Anrechnung der AS-Fortbildung möglich. In postgradualer Form kann ein dreisemestriges Studium an der Leuphana Universität Lüneburg angeschlossen werden. Bei erfolgreichem Abschluss ist der Erwerb des akademischen Titels Master of Business Administration möglich.

Anmeldung und weitere Informationen über die Internet-Seite www.zahnaerzte-akademie-as.de

Anzeige



KORTE

RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? – Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

www.studienplatzklagen.com

Basistarif gefloppt

Während Gesundheitsstaatssekretärin Marion Caspers-Merck (SPD) von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg fordert, dass mindestens die Hälfte der 6500 Zahnärzte sich bereit erklären müssen, Versicherte mit Basistarif zu behandeln, erweist sich der neue Tarif als Flop. Nur wenige Menschen haben von dem Tarif bislang Gebrauch gemacht. Es gibt ihn seit Jahresanfang. Er kostet bis zu 570 Euro im Monat und gibt den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wieder.

KZV

Weiterbildungsordnung

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Aufgrund des § 42 Heilberufsgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 17. März 2008 (GVOBl. M-V S. 106), hat die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 4. Juli 2009 folgende Weiterbildungsordnung beschlossen:

1. Abschnitt

Allgemeine Vorschriften für die zahnärztliche Weiterbildung

§ 1

(1) Zahnärzte können nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung Fachgebietsbezeichnungen führen, die auf besondere Fähigkeiten und Kenntnisse auf bestimmten Gebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen. Es können mehrere Fachgebietsbezeichnungen nebeneinander geführt werden.

(2) Eine Fachgebietsbezeichnung darf führen, wer eine Anerkennung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern erhalten hat.

(3) Wer Fachgebietsbezeichnungen führt, beschränkt sich in seiner Tätigkeit in der Regel auf diese Fachgebiete.

§ 2

(1) Eine Anerkennung erhält auf Antrag, wer nach der zahnärztlichen Approbation die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat.

(2) Die Weiterbildung erfolgt in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung. Sie umfasst die für den Erwerb der jeweiligen Fachgebietsbezeichnung erforderliche Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten. Dauer und Inhalt der Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten richten sich nach den Bestimmungen des 3. Abschnitts dieser Weiterbildungsordnung.

(3) Die Weiterbildung darf drei Jahre nicht unterschreiten und erfolgt in der Regel zeitlich zusammenhängend. Die Dauer der Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten ist im 4. und 5. Abschnitt dieser Weiterbildungsordnung geregelt.

(4) 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.

§ 3

(1) Die Weiterbildung erfolgt grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung.

(2) Erfolgt die Weiterbildung in Teilzeit, muss sichergestellt sein, dass Gesamtdauer und Qualität nicht geringer sind als bei einer ganztägigen Weiterbildung.

(3) Der Vorstand der Zahnärztekammer kann in begründeten Einzelfällen genehmigen, dass die Weiterbildung teilweise nicht in hauptberuflicher Stellung durchgeführt wird, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist. Die Genehmigung ist vor Aufnahme der nicht hauptberuflichen Tätigkeit beim Vorstand der Zahnärztekammer zu beantragen.

(4) 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.

(5) Eine Zeit beruflicher Tätigkeit in eigener Praxis ist auf die Weiterbildungszeit nicht anrechnungsfähig.

§ 4

(1) Die Weiterbildung in den Fachgebieten wird unter verantwortlicher Leitung hierzu ermächtigter Kammermitglieder (Weiterbilder) in zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung wird auf Antrag erteilt, wenn der Zahnarzt seine fachliche und persönliche Eignung gegenüber der Zahnärztekammer nachweist. Er muss fachlich umfassende Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen besitzen, die sich auf das Fachgebiet beziehen, für das er ermächtigt wird. Die Ermächtigung kann auf einzelne Weiterbildungsinhalte beschränkt und mit Auflagen sowie dem Vorbehalt des Widerrufs versehen werden.

(3) Die Ermächtigung zur Weiterbildung erlischt mit der Beendigung der Tätigkeit des Weiterbilders an der Weiterbildungsstätte.

(4) Der Weiterbilder hat die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Weiterbildungsordnung zu gestalten. Er teilt dem weiterzubildenden Zahnarzt unverzüglich und schriftlich mit, wenn er die ordnungsgemäße Weiterbildung als gefährdet ansieht. Er hat in jedem Einzelfall ein Zeugnis auszustellen, das über Zeitdauer, Ausbildungsmodus (ganztägig, halbtägig, kontinuierlich, nicht kontinuierlich), Inhalt, Umfang, Ergebnis der Weiterbildung und über erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten Aufschluss gibt.

(5) Grundsätzlich darf ein Weiterbilder nur die Weiterbildung eines weiterzubildenden Zahn-

arztes leiten. Der Vorstand kann Ausnahmen zulassen, wenn hierdurch die Durchführung einer ordnungsgemäßen Weiterbildung nicht gefährdet wird.

(6) Die Zulassung der Praxis eines niedergelassenen Zahnarztes oder einer ambulanten Einrichtung als Weiterbildungsstätte setzt eine Ermächtigung eines in der Praxis bzw. Einrichtung 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.

(7) Ermächtigung und Zulassung sind bei der Zahnärztekammer zu beantragen. Mit dem Antrag ist nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für Ermächtigung und Zulassung erfüllt sind.

(8) Die Ermächtigung zur Weiterbildung oder die Zulassung der Weiterbildungsstätte sind durch die Zahnärztekammer ganz oder teilweise zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für eine Ermächtigung oder Zulassung nicht mehr vorhanden sind.

(9) Über die Zulassung und die Ermächtigung sowie deren Widerruf entscheidet der Vorstand der Zahnärztekammer.

(10) Die Zahnärztekammer führt ein Verzeichnis der ermächtigten Zahnärzte und eine Liste der zugelassenen Weiterbildungsstätten.

§ 5

(1) Die Aufnahme der Weiterbildung bedarf der Zustimmung des Vorstandes der Zahnärztekammer. Die Zustimmung kann durch den Weiterbilder oder den Weiterbildungsassistenten beantragt werden.

(2) Voraussetzung für die Zustimmung zur Weiterbildung ist, dass die Absolvierung einer einjährigen zahnärztlichen Tätigkeit vor Beginn der Weiterbildung nachgewiesen wird.

(3) Die Weiterbildung beginnt frühestens mit Eingang des Antrages auf Zustimmung zur Weiterbil-

dung in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer.

2. Abschnitt Anerkennungsverfahren

§ 6

Der Vorstand der Zahnärztekammer entscheidet über den Antrag auf Anerkennung der Weiterbildung auf Grundlage einer Prüfung, in der sowohl Inhalt als auch Umfang und Ergebnis der durchlaufenen Weiterbildungsabschnitte nachzuweisen und erworbene Kenntnisse darzulegen sind.

§ 7

(1) Die Anerkennung der Weiterbildung ist vom Weiterbildungsassistenten in der Regel binnen eines Jahres nach Abschluss der praktischen Weiterbildung bei der Zahnärztekammer zu beantragen. Dem Antrag sind in deutscher Sprache beizufügen:

1. eine beglaubigte Ablichtung oder Abschrift der zahnärztlichen Approbationsurkunde oder der Erlaubnis gemäß § 35 Abs. 1 der Richtlinie 2005/36 EG des Europäischen Parlaments und
2. Zeugnisse und sonstige Nachweise über die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildung.

Übersetzungen bedürfen einer amtlichen Beglaubigung.

(2) Der Vorstand prüft, ob die Weiterbildung nach Inhalt und Umfang den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und der Anlagen dazu entspricht.

(3) Wird die ordnungsgemäße Ableistung der Weiterbildung festgestellt, lässt der Vorstand den Antragsteller zur Prüfung zu.

(4) Eine Ablehnung des Antrages auf Zulassung zur Prüfung ist dem Antragsteller bekannt zu geben, zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

(5) Nach Zulassung zur Prüfung setzt die Geschäftsstelle der Zahnärztekammer in Abstimmung mit dem Prüfungsausschuss einen Termin für die mündliche Prüfung fest. Der Weiterbildungsassistent ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden.

§ 8

(1) Prüfungen werden von Prüfungsausschüssen durchgeführt, die von der Kammerversammlung für die jeweilige Wahlperiode berufen werden.

(2) Jedem Prüfungsausschuss gehören drei Mitglieder an.

(3) Ein Vertreter der Aufsichtsbehörde kann bei der Prüfung anwesend sein.

(4) Jeder Prüfungsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden.

(5) Jeder Prüfungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse entscheiden unabhängig und sind an keine Weisungen gebunden.

Für die jeweiligen Prüfungsausschüsse sind ein oder mehrere Vertreter zu berufen.

§ 9

(1) Die Prüfung erfolgt mündlich; sie soll für jeden Antragsteller 90 Minuten nicht überschreiten.

(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) Wenn der Antragsteller der Prüfung ohne ausreichenden Grund fernbleibt oder sie ohne ausreichenden Grund abbricht, gilt die Weiterbildung als nicht erfolgreich abgeschlossen.

§ 10

(1) Der Prüfungsausschuss legt das Ergebnis der Prüfung schriftlich nieder und teilt es dem Vorstand der Zahnärztekammer mit.

(2) Bei erfolgreich abgeschlossener Prüfung spricht der Vorstand der Zahnärztekammer das Recht zum Führen der entsprechenden Fachgebietsbezeichnung schriftlich aus.

(3) Bei nicht erfolgreich abgeschlossener Prüfung kann der jeweilige Prüfungsausschuss die vorgeschriebene Weiterbildungszeit bis zu einem halben Jahr verlängern und für diese Zeit Weiterbildungsschwerpunkte entsprechend den bei der Prüfung festgestellten Mängeln angeben. Die Entscheidung ist zu begründen. Die Prüfung kann einmal wiederholt werden.

§ 11

(1) Die Anerkennung der Fachgebietsbezeichnung kann vom Vorstand widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind. Vor der Entscheidung der Zahnärztekammer über den Widerruf der Anerkennung ist der betroffene Zahnarzt zu hören.

(2) Im Widerrufsbescheid wird festgelegt, welche Weiterbildungsabschnitte der betroffene Zahnarzt ableisten muss, bevor er einen erneuten Antrag auf Anerkennung stellen kann.

3. Abschnitt Fachgebietsbezeichnungen

§ 12

Als Fachgebiete werden bestimmt:

1. Kieferorthopädie
2. Oralchirurgie

4. Abschnitt Kieferorthopädie

§ 13

(1) Die Fachgebietsbezeichnung auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie lautet „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ oder „Kieferorthopäde“.

(2) Das Fachgebiet der Kieferorthopädie umfasst die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Fehlbildungen des Kauorgans, von Zahnstellungs- und Bisslageanomalien sowie Kieferfehlbildungen, Deformierungen der Kiefer und des Gesichtsschädels.

(3) Die Weiterbildung auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie umfasst die Ätiologie und Genese der Gebissfehlbildungen, die kieferorthopädische Diagnostik einschließlich kephalometrischer Untersuchungen mittels Fernröntgenaufnahme sowie der Therapie nach anerkannten Behandlungsmethoden.

(4) Im Rahmen der Weiterbildung sind folgende Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln:

1. kieferorthopädische Nomenklatur
2. Entwicklung und Wachstum des Schädels und des Kauorgans
3. Einfluss von Erbe und Umwelt
4. statische und funktionelle Zusammenhänge
5. verschiedene anerkannte Verfahren der Diagnostik
6. Grundlagen der Therapie
7. Indikation, Durchführung, prognostische Beurteilung der Anfertigung und Wirkungsweise der Behelfe
8. Gewebsreaktionen
9. orthodontische Mechanik
10. Grundlagen biomechanischer und funktioneller Behandlungsmittel
11. Grenzen der kieferorthopädischen Behandlungsmöglichkeiten
12. epikritische Beurteilung der Behandlungsergebnisse
13. Zusammenhänge mit anderen Teilgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und den Grenzgebieten der Medizin

§ 14

(1) Die Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung kann einem Kieferorthopäden bzw. einem Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erteilt werden, der grundsätzlich ganzjährig kieferorthopädisch an der Weiterbildungsstätte tätig ist.

(2) Die Ermächtigung setzt weiterhin grundsätzlich voraus, dass:

1. der zu ermächtigende Zahnarzt nach der Anerkennung als Kieferorthopäde fünf Jahre eigenverantwortlich kieferorthopädisch tätig war und
2. dass dem weiterzubildenden Zahnarzt eine

genügende Anzahl selbst zu behandelnder Patienten zur Verfügung steht. Es sollen bei dem Weiterbilder in der Regel mindestens 500, aber nicht mehr als 800 Patienten in Behandlung sein.

(3) Es soll gewährleistet sein, dass höchstens die Hälfte der täglichen Arbeitszeit zur Erledigung der außerhalb der Tätigkeit am Patienten anfallenden Arbeiten und zur Herstellung der Behandlungsbehelfe angesetzt wird.

(4) Die Voraussetzungen der Ermächtigung werden im einzelnen durch die anliegende Richtlinie (Anlage 1), die Bestandteil dieser Satzung ist, weiter konkretisiert.

§ 15

(1) Die fachspezifische Weiterbildungszeit beträgt mindestens drei Jahre.

(2) Eine Weiterbildungszeit in kieferorthopädischen Abteilungen an Medizinischen Hochschuleinrichtungen kann bis zu drei Jahren angerechnet werden.

(3) Eine fachspezifische Weiterbildung entweder in einer anderen zugelassenen Einrichtung oder bei einem in einer Praxis tätigen und ermächtigten Fachzahnarzt für Kieferorthopädie kann bis zu zwei Jahren angerechnet werden.

(4) Die dreijährige Weiterbildung soll an nicht mehr als zwei Weiterbildungsstätten abgeleistet werden. Mindestens zwei Jahre müssen durchgehend an einer Weiterbildungsstätte abgeleistet werden.

§ 16

(1) Der Prüfungsausschuss für Kieferorthopädie besteht aus drei Mitgliedern, die über einen anerkannten Weiterbildungsabschluss auf diesem Gebiet verfügen müssen, von denen zwei Mitglieder im Besitz einer Ermächtigung zur Weiterbildung und hiervon ein Mitglied Leiter der Weiterbildung an einer Kieferorthopädischen Abteilung einer Hochschuleinrichtung für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sein müssen.

5. Abschnitt Oralchirurgie

§ 17

(1) Die Fachgebietsbezeichnung auf dem Fachgebiet der Zahnärztlichen Chirurgie lautet „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“ oder „Oralchirurg“.

(2) Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie können auf Antrag bei der Zahnärztekammer die Anerkennung als Fachzahnarzt für Oralchirurgie erhalten, sofern sie die Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung erfüllen.

§ 18

(1) Das Fachgebiet der Oralchirurgie umfasst ambulante zahnärztliche Chirurgie, ihre Diagnostik und Therapie einschließlich der Behandlung von Luxationen und Frakturen im Bereich der Kiefer.

(2) Die Weiterbildung auf dem Fachgebiet der Oralchirurgie umfasst die zahnärztliche Chirurgie nach dem Absatz 1. In den klinischen Weiterbildungsstätten muss die Möglichkeit gegeben sein, eine Weiterbildung mit Schwerpunkt auf dem Gebiet der zahnärztlichen ambulanten Chirurgie und Traumatologie durchzuführen und dabei auch ausreichende Kenntnisse in der Notfallmedizin unter Berücksichtigung anästhesiologischer Gesichtspunkte sowie in der Röntgenologie und Röntgendiagnostik zu vermitteln.

(3) Im Einzelnen sind im Rahmen der Weiterbildung folgende Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben:

1. pathologisch-anatomische und hygienische Grundlagen
2. klinische und Röntgendiagnostik intraoraler Veränderungen
3. Diagnostik und Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen und Myoarthropathien
4. selbstständige Durchführung operativer Eingriffe lt. Operationskatalog (gemäß Anlage 2, die Bestandteil dieser Satzung ist.) einschließlich der Verfahren der Lokalanästhesie und Sedierung
5. zahnärztlich-chirurgische Versorgung von Risikopatienten
6. Erstversorgung von Kieferverletzungen
7. Begutachtung von Krankheiten und Behandlungsfolgen.

Der in Weiterbildung befindliche Zahnarzt führt einen Nachweis der von ihm selbstständig durchgeführten operativen Eingriffe sowie aller wichtigen Weiterbildungsschritte.

§ 19

(1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann einem Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bzw. einem Oralchirurgen bzw. einem Fachzahnarzt/Zahnarzt für Oralchirurgie dann erteilt werden, wenn er nach seiner Fachgebietsanerkennung mindestens 5 Jahre zahnärztlich-chirurgisch tätig war und grundsätzlich ganztätig kiefer- oder oralchirurgisch an der Weiterbildungsstätte tätig ist.

(2) Der Zeitraum der Weiterbildungsberechtigung für einen Zahnarzt richtet sich nach der in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung behandelten Zahl von chirurgisch versorgten Patienten. Eine dreijährige Weiterbildungsberechtigung setzt jährlich mindestens 1000 zahnärztlich-chirurgische Eingriffe voraus. Eine zweijährige Weiterbildungsberechtigung

setzt jährlich mindestens 800 zahnärztlich-chirurgische Eingriffe voraus.

§ 20

(1) Die fachspezifische Weiterbildungszeit beträgt mindestens drei Jahre.

(2) Eine Weiterbildungszeit an Chirurgischen Abteilungen an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann bis zu drei Jahren angerechnet werden.

(3) Eine Weiterbildung an einer Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischen Abteilung eines Krankenhauses oder bei einem niedergelassenen Fachzahnarzt kann gemäß § 19 Abs. 2 angerechnet werden.

(4) Sonstige Weiterbildungszeiten bei einem ermächtigten Fachzahnarzt können bis zu zwei Jahren angerechnet werden, wenn die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 2 erfüllt werden. Längere Weiterbildungszeiten können auf Antrag ausnahmsweise angerechnet werden, wenn die Gleichwertigkeit der Weiterbildung gewährleistet ist.

§ 21

(1) Der Prüfungsausschuss für Oralchirurgie besteht aus drei Mitgliedern, von denen zwei Mitglieder im Besitz einer Ermächtigung zur Weiterbildung sein müssen und hiervon ein Mitglied Leiter der Weiterbildung an einer Chirurgischen Abteilung einer Hochschuleinrichtung für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sein muss.

6. Abschnitt Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 22

(1) Die bisher von zuständigen Gremien ausgesprochenen Anerkennungen gelten als erworben und können entsprechend dieser Weiterbildungsordnung geführt werden in den Bezeichnungen, die in den §§ 13 Abs. 1 und 17 Abs. 1 formuliert sind.

(2) Zahnärzte, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung befinden, können diese nach den bisher geltenden Bestimmungen abschließen. Sie erhalten jedoch eine Anerkennung nur nach dieser Weiterbildungsordnung.

§ 23

Die nach den bisher geltenden Vorschriften zur Weiterbildung berechtigten Zahnärzte und Weiterbildungsstätten bleiben zur Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung berechtigt.

§ 24

(1) Die von anderen zuständigen Gremien in den verschiedenen Ländern der Bundesrepublik oder vor dem 3.10.1990 im Beitrittsgebiet erteilten Anerkennungen gelten auch im Bereich

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

(2) Die in anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland erbrachten Weiterbildungszeiten bei einem zur Weiterbildung ermächtigten Fachzahnarzt werden auf Antrag von der Zahnärztekammer anerkannt.

§ 25

(1) Wer als Staatsangehöriger einen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenen Ausbildungsnachweis für eine Weiterbildung besitzt, der nach Richtlinie 2005/36 EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum gegenseitig anzuerkennen ist, erhält auf Antrag das Recht zum Führen einer dieser Weiterbildungsordnung entsprechenden Fachgebietsbezeichnung. Die anzuerkennenden Ausbildungsnachweise ergeben sich aus dem Anhang V der Richtlinie 2005/36 EG sowie den entsprechenden Ergänzungen des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum für die Staaten Liechtenstein, Island und Norwegen.

(2) In anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbene Ausbildungsnachweise, deren Bezeichnung nicht mit der in Anhang V der Richtlinie 2005/36 EG übereinstimmt, werden anerkannt, wenn sie mit einer Bescheinigung der zuständigen Behörde des Herkunftsstaates versehen sind. Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, dass der Ausbildungsnachweis des Antragstellers den Abschluss einer Weiterbildung bestätigt, die den im Anhang V der Richtlinie 2005/36 EG bzw. dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum genannten Bestimmungen entspricht oder dass der Ausbildungsnachweis einem Ausbildungsnachweis des ausstellenden Mitglieds- oder Vertragsstaates aus dem Anhang V der Richtlinie 2005/36 EG bzw. dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt ist. In diesem Fall erhält der Antragsteller das Recht zum Führen einer dieser Weiterbildungsordnung entsprechenden Fachgebietsbezeichnung.

(3) Die von Staatsangehörigen eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in einem der Mitgliedsstaaten oder anderen Vertragsstaaten abgeleisteten Weiterbildungszeiten, die noch nicht zu einem Ausbildungsnachweis geführt haben, sind ganz oder teilweise auf die erforderliche Weiterbildungszeit anzurechnen, soweit diese den nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Weiterbildungs-

zeiten sowie den fachlichen und inhaltlichen Voraussetzungen dieser Weiterbildungsordnung entsprechen. Die Weiterbildung kann in diesen Fällen nach dieser Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden. Dasselbe gilt für Weiterbildungszeiten, welche durch einen von den zuständigen Behörden eines Mitglieds- oder eines anderen Vertragsstaates ausgestellten Ausbildungsnachweis, der nicht unter die Regelungen der Absätze 1 und 2 fällt, nachgewiesen sind, soweit diese Weiterbildungszeiten der für das betreffende Fachgebiet nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Mindestdauer der Weiterbildung entsprechen. Dabei sind die im anderen Mitglieds- oder Vertragsstaat erworbene Berufserfahrung und dort durchgeführten Zusatzausbildungen zu berücksichtigen.

(4) Absätze 1 und 2 sowie Absatz 3 Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Weiterbildung in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn sie von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt abgeleistet wurde, die nicht Staatsangehörige oder der nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedsstaates oder anderen Vertragsstaates ist.

(5) Über die Anrechnung entscheidet die Zahnärztekammer.

§ 26

(1) Eine Weiterbildung außerhalb der Staaten der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn nach einer vom Prüfungsausschuss in einem fachlichen Gespräch erfolgten Überprüfung der Antragstellerin oder des Antragstellers deren oder dessen ausländische Weiterbildung der Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist und eine Weiterbildung von mindestens zwölf Monaten in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet wurde.

(2) Bei Staatsangehörigen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum wird der in einem Drittstaat erworbene Ausbildungsnachweis über die Weiterbildung anerkannt, wenn diese Weiterbildung der nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Weiterbildung gleichwertig ist. Bei der Prüfung der Gleichwertigkeit sind erworbene Berufserfahrung und Zusatzausbildungen einzubeziehen. Satz 1 gilt entsprechend für im Drittstaat absolvierte Weiterbildungszeiten einer noch nicht abgeschlossenen Weiterbildung.

(3) Den Nachweisen im Sinne des § 5 Abs. 1 Satz 2 gleichgestellt sind in einem Drittland ausgestellte Ausbildungsnachweise über eine Weiterbildung, wenn sie durch einen anderen

Mitgliedsstaat der Europäischen Union nach Art. 2 der Richtlinie 2005/36 EG anerkannt wurden und eine dreijährige Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedsstaates, der die Weiterbildung anerkannt hat, durch den Mitgliedsstaat bescheinigt wird.

(4) Über die Anrechnung nach Abs. 1 entscheidet die Zahnärztekammer.

§ 27

Bei Staatsangehörigen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erkennt die zuständige Zahnärztekammer einen von Mitgliedsstaaten ausgestellten Ausbildungsnachweis, der die Aufnahme des Berufes des Zahnarztes und des Fachzahnarztes gestattet, als ausreichenden Ausbildungsnachweis an, auch wenn dieser nicht alle Anforderungen an die Ausbildung nach den Art. 34 und 35 der Richtlinie 2005/36 EG erfüllt. Voraussetzung dieser Anerkennung ist jedoch, dass der Nachweis den Abschluss einer Ausbildung belegt, die vor den in Anhang 5.3.3. aufgeführten Stichtagen begonnen wurde und dem Nachweis eine Bestätigung beigelegt ist, dass der Inhaber während der letzten drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffenden Tätigkeiten ausgeübt hat.

§ 28

(1) Die Zahnärztekammer ist für alle Auskünfte zum Verfahren der Anerkennung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland absolvierter Weiterbildungsleistungen zuständig.

(2) Die Zahnärztekammer bestätigt dem Antragsteller binnen eines Monats den Eingang der Unterlagen und fordert gegebenenfalls fehlende Dokumente an. Sie trifft die Entscheidung über den Antrag innerhalb einer Frist von vier Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Antragsteller den Antrag zusammen mit den vollständigen Unterlagen eingereicht hat.

(3) In den Fällen des Art. 14 Abs. 1 Ziffer a) bis c) der Richtlinie 2005/36 EG finden auf das Verfahren die Vorschriften über das Verfahren zum Fachgespräch dieser Weiterbildungsordnung Anwendung mit der Maßgabe, dass nur die Defizite zwischen der vorhandenen und der nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Weiterbildung zu überprüfen sind.

§ 29

Diese Weiterbildungsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Schwerin, 15. Juli 2009
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Dr. Oesterreich, Präsident

Anlagen nächste Seite

Anlage 1**Richtlinien der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zum Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildung im Gebiet Kieferorthopädie und zur Prüfung der Voraussetzungen**

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat gemäß der Weiterbildungsordnung für die Zahnärzte des Landes zu prüfen, ob der Kieferorthopäde/Fachzahnarzt für Kieferorthopädie fachlich und persönlich zur Weiterbildung geeignet ist. Zur Prüfung der fachlichen Eignung/Voraussetzungen sind im Regelfall vorzulegen:

- Eine umfassende und detaillierte Beschreibung der persönlichen fachlichen Tätigkeit mit Angabe

- * der verwendeten diagnostischen und therapeutischen Verfahren/Techniken,
- * der Behandlungsmethoden,
- * der Behandlungssysteme,
- * der Praxisbesonderheiten und -schwerpunkte,
- * der Art des Patientengutes (Spätfälle, 14- bis 18-Jährige, Anteil von Frühbehandlungen, Erwachsene etc.),
- * der Art der Dokumentation,
- * der zur Weiterbildung geeigneten sonstigen Voraussetzungen wie z. B. besondere Falldokumentation, Fachbibliothek einschließlich Periodika,
- * eigene Fortbildung und Mitgliedschaft in Fachgesellschaften.

- Fallunterlagen

Dazu gibt der Antragsteller der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mindestens 30 erfolgreich abgeschlossene Fälle (Privatbehandlungen und/oder Kassenbehandlungen) bekannt, die er in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung abgeschlossen hat.

20 Fälle haben für die Zahnbewegungen die beiden höchsten Einstufungen (GOZ oder BEMA) aufzuweisen. Aus dieser Liste wählt der Prüfungsausschuss statistisch zufällig, im Regelfall drei Fälle zur Prüfung aus. Der Antragsteller übersendet auf Anforderung von diesen Fällen die gesamten Behandlungsunterlagen einschließlich Karteikarte, Korrespondenzen diagnostischer Unterlagen etc. zur Prüfung.

Weiterhin teilt der Antragsteller sämtliche zz. in Verlängerungsbehandlung unter Angabe der vorgesehenen Verlängerungsquartale/Krankheitsbild etc. befindliche Fälle mit.

Im Regelfall werden drei zufällig ausgewählte Fälle geprüft. Der Antragsteller hat bei allen an den Prüfungsausschuss zu übersendenden Fallunterlagen jeweils eine Entbindung von der Schweigepflicht in Kopie mit vorzulegen.

Die Prüfung erfolgt durch den Prüfungsausschuss Kieferorthopädie der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ausschließlich nach fachlichen Gesichtspunkten. Der Ausschuss kann sich weitere Fälle zur Prüfung vorlegen lassen.

Der Prüfungsausschuss entscheidet darüber, ob eine erneute Prüfung von Fällen zu erfolgen hat.

Anlage 2**Oralchirurgie****Weiterbildungsinhalte – OP-Katalog**

Die Weiterbildung muss gründlich und umfassend sein. Sie umfasst die Vertiefung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten und deren Folgezuständen einschließlich epidemiologischer Zusammenhänge. Sie orientiert sich an nationalen und internationalen Standards und hat eine qualitativ hochwertige, zeitgemäße Betreuung der anvertrauten Patienten im Sinne des ethischen Auftrages zu gewährleisten.

Eine Begrenzung des Fachgebietes auf die angegebenen Inhalte kann daraus nicht hergeleitet werden. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wird die Inhalte der Weiterbildung unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklung von Zeit zu Zeit überarbeiten.

Der in Weiterbildung befindliche Zahnarzt soll zur Bewertung des chirurgischen und anästhesiologischen Risikos lernen, medizinische Zusammenhänge zu erfassen und zu berücksichtigen. Die für das Fachgebiet notwendigen Kenntnisse in innerer Medizin, Anästhesie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Chirurgie, Pathologie, Neurologie, Physiologie, Pharmakologie, Toxikologie, Geriatrie, Hygiene und in klinischer Labordiagnostik sind während der Weiterbildungszeit zu vertiefen. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten anderer Fachgebiete, Zahnärzten, Fachzahnärzten anderer Fachgebiete, Ärzten und Zahnärzten in Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ziel einer geordneten Weiterbildung ist es, die nachfolgend beschriebenen Weiterbildungsinhalte zu erwerben. Die Weiterbildungsinhalte sollen auch Gegenstand der Prüfung vor dem Prüfungsausschuss der Zahnärztekammer sein.

Weiterbildungsinhalte und OP-Katalog

Nachfolgend angegebene, selbstständig durchgeführte Untersuchungsverfahren, Behandlungsverfahren, operative Eingriffe und Kurse sind zu dokumentieren.

I. Röntgen

Selbstständige Durchführung der für das Fachgebiet notwendigen Röntgenverfahren. Dazu zählen auch Teilprojektionen des Schädels, einschließlich der Nasennebenhöhlen und Fernröntgenbilder, sowie die Befundung, Dokumentation und Diagnostik auch anderer bildgebender Verfahren

II. Anästhesie

Selbstständige Durchführung der Infiltrations- und Leitungsanästhesie für den Bereich des Fachgebietes

III. Geriatrie

Psychogeriatric und Psychosomatik in der Bedeutung für das Fachgebiet, Gerontostomatologie

IV. Klinische Labordiagnostik

Die Bedeutung wichtiger Laborwerte für das Fachgebiet

V. Chirurgie im Bereich des Ober- und**Unterkiefers Anzahl: 250**

1. Operative Weisheitszahnentfernungen Oberkiefer

2. Operative Weisheitszahnentfernungen Unterkiefer
3. Operative Entfernung sonstiger Zähne oder sonstiger zahnärztlicher Gebilde des Ober- und Unterkiefers
4. Freilegung retinierter Zähne zur kieferorthopädischen Einstellung
5. Wurzelspitzenresektionen im Frontzahnbereich des Ober- und Unterkiefers
6. Wurzelspitzenresektionen im Seitenzahnbereich des Ober- und Unterkiefers
7. Transdentale Fixationen
8. Alveolotomien, Sequestrotomien
9. Osteotomien zur Entfernung von Wurzelresten
10. Zahn- (Keim-) Transpositionen
11. Operative Behandlung von Zysten
12. Eingriffe an peripheren Nerven z. B. Neurolysen, Nervverlegung
13. Osteotomien zahntragender Fragmente
14. Augmentative Verfahren, gesteuerte Knochenregeneration
15. Entfernung von Fremdkörpern aus Knochen- und Weichgeweben

VI. Mukogingivale Chirurgie Anzahl: 30**Plastische Eingriffe**

1. Geschlossene und offene Kürettagen, Lippenplastiken
2. Frenekotomien
3. Freie Bindegewebs- und Schleimhauttransplantate
4. Vestibulumplastiken, Tuberplastiken

VII. Kieferhöhle Anzahl: 25

1. Behandlung der odontogen erkrankten Kieferhöhle
2. Plastischer Verschluss der eröffneten Kieferhöhle

VIII. Tumorchirurgie Anzahl: 20

1. Operative Entfernung gutartiger Gewebsveränderungen im Bereich der Mundhöhle
2. Diagnostische Exzisionen und Biopsien

IX. Traumatologie Anzahl: 20

1. Repositionen und Replantation von Zähnen
2. Konservative Behandlung von Kieferfrakturen
3. Versorgung von Weichgewebsverletzungen im Bereich des Fachgebietes
4. Entfernung von Fremdkörpern

X. Septische Chirurgie Anzahl: 25

1. Inzisionen von submukösen, subperiostalen und subkutanen Abszessen
2. Wundrevisionen

XI. Implantologie Anzahl: 20

1. Enossale Implantate im Ober- und Unterkiefer unter Berücksichtigung der prothetischen Planung und prothetischen Behandlung von Implantatpatienten
2. Enossale Implantate des Ober- und Unterkiefers mit erweiterter operativer Technik

XII. Speicheldrüsenkrankungen Anzahl: 5

1. Konservative und operative Behandlung intraoraler Speicheldrüsenkrankungen

Abrechnungsempfehlungen aus dem GOZ-Referat

Nachfolgend einige Abrechnungsempfehlungen zu chirurgischen Leistungen in der GOZ/GOÄ, die vom GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer und der GOZ-Arbeitsgruppe Nord (Zahnärztekammern Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern) erarbeitet wurden.

Chirurgische Kronenverlängerung

In der GOZ/GOÄ ist hierfür keine eigene Leistungsposition zu finden. Da die chirurgische Kronenverlängerung keine „neue“ Leistung im Sinne des § 6 Abs. 2 GOZ ist, scheidet eine Analogberechnung aus. Nachfolgende Berechnungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung.

1. Die zahnmedizinisch notwendige Kronenverlängerung kann nach der GOZ-Nr. 409 (an einem Frontzahn) bzw. 410 (aneinem Seitenzahn) berechnet werden. *409/410 GOZ – „Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Front- bzw. Seitenzahn, je Parodontium“ oder*
2. Die Berechnung kann auch nach GOZ-Nr. 323 erfolgen. *323 GOZ – „Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbständige Leistung, je Kiefer“*

Geb. Nrn. 329 / 330 / 331 GOZ – Abgrenzung zwischen Wundkontrolle und Nachbehandlung

Die Geb.-Nrn. 329 / 330 / 331 GOZ sind nur als selbstständige Leistungen und nicht nebeneinander für das gleiche Operationsgebiet berechnungsfähig. Sie sind als selbstständige Leistung in verschiedenen Operationsgebieten auch nebeneinander zulässig. Das Entfernen von Fäden ist Bestandteil der Leistung nach Geb.-Nr. 330 GOZ (selbstständige Leistung). Auch das alleinige Entfernen von Fäden löst die Geb.-Nr. 330 GOZ aus. Es kann aber auch alternativ hierfür die Geb.-Nr. 2007 GOÄ berechnet werden. Die Ä 2007 ist je Wundgebiet einmal berechnungsfähig.

Der GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer vertritt die Ansicht, dass die Ziffern 330 GOZ und GOÄ 2007 nicht nebeneinander berechenbar sind, die GOÄ-Positionen 2006 und 2007 jedoch schon, da bei der Wundbehandlung nach der GOÄ 2006 der Zusatz „als selbstständige Leistung“ fehlt.

GOÄ 2006 – „Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer

Wunde“

GOÄ 2007 – „Entfernung von Fäden oder Klammern“

330 GOZ – „Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbstständige Leistung“

329 GOZ – „Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbstständige Leistung“

331 GOZ – „Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbstständige Leistung“

Wundversorgung

Die primäre Wundversorgung (z.B. Naht) ist integraler Bestandteil der operativen Leistung und kann daher nicht zusätzlich über die Ziffern GOÄ 2002 bis 2005 (Versorgung einer Wunde) berechnet werden.

Zystektomie neben Extraktionen

Die Zystenentfernung über die Alveole wird über den Steigerungssatz der Extraktionsposition abgegolten. Wird die Zyste operativ entfernt, können die Extraktionsgebühr und die Zystenentfernung nach der 320 GOZ (Zystektomie als selbstständige Leistung) nebeneinander berechnet werden.

Entfernung eines Zahnteils

Ist ein Zahn frakturiert und muss ein Teil dieses Zahnes entfernt werden, so kann diese Leistung als Entfernung eines Fremdkörpers nach den Ziffern GOÄ 2009/2010 berechnet werden.

GOÄ 2009 – „Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers“

GOÄ 2010 – „Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen“

zzgl. Zuschlag Ä 442

Auffüllen von autologem und alloplastischem Knochenmaterial im gleichen OP-Gebiet

Wird autologer Knochen mit Knochenersatzmaterial vermischt, sollte nur eine Position für die Gesamtleistung angesetzt werden. Der Aufwand kann Ausdruck im Steigerungssatz finden.

Auffangen von Bohrstaub beim Präparieren der Implantatkapazität

Das Auffangen von Bohrspänen bei der Leistung nach 901 GOZ (Präparieren einer Knochenkapazität) und Wiederverwenden in der geschaffenen Implantat-Knochenkapazität ist nur über den Steigerungsfaktor der 901 GOZ und ggf. über § 2 Abs. 1 und 2 (Faktor über 3,5) berechenbar. Eine eigene Gebührenposition

wird nicht ausgelöst. Das Entnehmen und Einbringen von Knochenspänen oder Knochenteilen aus einer anderen Region ist eine freie Verpflanzung und im Sinne der GOÄ 2255 (freie Verpflanzung von Knochen) berechenbar.

305 GOZ – Blutstillung neben implantologischen Leistungen

Ausnahmefälle sind vorstellbar (z.B. in Folge einer Allgemeinerkrankung), die Notwendigkeit ist in diesen Fällen zu begründen.

GOÄ 2675 – 2677 (Vestibulum-, Mundbodenplastik) neben 901, 903 GOZ

Die Nrn. 901, 903 GOZ usw. beinhalten nur Implantatleistungen. Sofern am Weichteil zusätzliche Maßnahmen anfallen, können diese auch als selbstständige Leistung berechnet werden.

GOÄ 2381 (Hautlappenplastik) neben 901 GOZ

Grundsätzlich kann keine Automatik entstehen, bei einer Implantation die Hautlappenplastik zu berechnen. Zur Abrechnung der GOÄ 2381 müssen plastische Maßnahmen erfolgt sein, die über eine entsprechende Wundversorgung hinausgehen.

GOÄ 2730 – Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Wird der Alveolarfortsatz am Einbringungsort des Implantates geglättet, kommt der Steigerungssatz der 901 GOZ zur Anwendung, eine eigene Gebührenposition wird nicht ausgelöst. Werden zusätzliche Bereiche des Kieferkammes geglättet, ist die Ziffer 323 GOZ (selbstständige Knochenresektion) berechenbar.

Die GOÄ 2710 (selbstständige partielle Resektion) erfordert größere Maßnahmen bzw. die Entfernung größerer Anteile des Kieferkammes.

GTR-Technik in Kombination mit GOÄ 2442

Eine Analogberechnung für die Membrantechnik ist neben der GOÄ 2442 (Einbringen alloplastischen Materials) möglich.

Membrannägel – Setzen und Entfernen

Für das Einbringen von Membrannägeln ist keine gesonderte Abrechnung möglich. Da die Membran gesichert eingebracht werden muss, entsteht keine eigenständige Leistung – Berücksichtigung bitte über den Steigerungssatz vornehmen. Für das Entfernen von Membrannägeln kann die Ziffer 2010 GOÄ herangezogen werden.

GOZ-Referat

**Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.
Einladung zum XVII. Güstrower Zahnarztseminar
am 07. November 2009
Das „komplizierte“ Implantat**



Ort: Kongresszentrum des LKV M-V „Viehhalle“,
Speicherstraße 11, 18273 Güstrow
Beginn: 09.00 Uhr, Ende: 15.00 Uhr

Programm:

1. „Implantation um jeden Preis?“
Das komplizierte Implantat in der Planung
Th. Hanser, Olsberg
2. Das ungünstig positionierte Implantat – Was nun?
Lösungsansätze aus prothetischer und zahntechnischer Sicht
M. Müller, Eberswalde
3. Das ungünstig positionierte Implantat
Lösungsansätze aus chirurgischer Sicht
Umstellungsosteotomie versus Explantation – 2 Fallbeispiele
W. H. Fröhlich, Güstrow
4. Periimplantitis – Ein zunehmendes Problem für den Zahnarzt
D. Kaner, Berlin
5. Titanallergie – Mythos oder Realität?
V. von Baehr, Berlin

Die Veranstaltung wird von der Zahnärztekammer M-V mit 7 Fortbildungspunkten bewertet.

Teilnahmegebühr: 75,- € Mitglieder der Gesellschaft; 100,- € Nichtmitglieder
Anmeldung: Gemeinschaftspraxis Dr. Kurnoth & Dr. Fröhlich
Haselstraße 2, 18273 Güstrow
Tel. 03843-215669 Fax 03843-215617
Güstrow, den 01.09.2009 Dr. Kristin Kurnoth Dr. Wolf Henrik Fröhlich

Delegationsrahmen ZFA durch BZÄK- Vorstand angepasst

Die besondere Verantwortung des Zahnarztes schlägt sich insbesondere in einem verantwortungsvollen Umgang mit der Delegation zahnärztlicher Leistungen an das Assistenzpersonal nieder. Seit über 15 Jahren stärkt deshalb der „Delegationsrahmen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)“ die Entscheidungsfreiheit und Verantwortung des Zahnarztes bei Delegationen an seine Mitarbeiter. Jüngst wurde durch den BZÄK-Vorstand die Anpassung des Einsatzrahmens beschlossen. Das verabschiedete Grundsatzpapier fasst in fünf Punkten die Grundlagen, individuelle Voraussetzungen sowie Konsequenzen von Delegationen gemäß Zahnheilkundengesetz zusammen. Es hilft bei dem Verständnis und der Auslegung der Vorschriften über die persönliche Leistungserbringung des Zahnarztes und die Delegation zahnärztlicher Leistungen in der Praxis und stärkt sie damit maßgeblich. Die Zahnärztekammern tragen mit dieser Anpassung unter Wahrnehmung und Gestaltung ihrer gesetzlichen Aufgaben für die Aus- und Fortbildung der zahnärztlichen Mitarbeiter auch zur Qualitätssicherung bei.

Die Verantwortung für die delegierte Leistung bleibt nach wie vor bei dem delegierenden Zahnarzt. So hat er den Einsatzrahmen für alle Mitarbeiterinnen individuell festzulegen und sollte dies schriftlich dokumentieren, wie auch Anordnungen für den konkreten Behandlungsfall treffen. Download: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf

Anzeige



**Das
Dentalhistorische
Museum in Zschadraß**

Zschadraß bei Leipzig ist seit einigen Jahren Standort eines ganz besonderen Museums. Der Museumsgründer, Zahntechnikermeister Andreas Haesler, hat mit dem Dentalhistorischen Museum etwas geschaffen, was weltweit einzigartig ist. Die hessische Zahnärztezeitung titelte: »Beste Voraussetzungen für einen Wallfahrtsort«. Und dies ist nicht übertrieben. Unzählige Exponate präsentieren die Entwicklung der Zahnmedizin. Gemeinsam mit dem Dentalhistorischen Museum haben wir für 2010 zwei Kalender aufgelegt. Einen Motivkalender, der einige Exponate des Museums zeigt, und einen Kalender mit Illustrationen von historischen Postkarten und Holzstichen.

Die Kalender haben das Format 30 x 46 cm und sind zum Preis von je 15,00 EUR erhältlich. 50 % des Reinerlöses fließt dem Museum direkt zu, damit weitere Räumlichkeiten um- und ausgebaut werden können.

© Satztechnik Meißen GmbH, 2009

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1c · 01665 Nieschütz · Tel. 03525/71 86-0 · Fax 03525/71 86-12 · info@satztechnik-meissen.de

Fortbildungsangebote der KZV M-V

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

Punkte: 3

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.

Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnarzthelferinnen

KZV M-V, Tel: 0385-54 92 131
 Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ansprechpartnerin: Antje Peters
 E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

Tabellenkalkulation mit Excel 2003 am 14. Oktober 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

Einführung in Windows Vista am 4. November 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2003

Inhalt: Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen

Wann: 14. Oktober 2009, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Einführung in Windows Vista

Inhalt: Erste Schritte mit Windows Vista; Dateien und Ordner verwalten Systemanpassung und Benutzerverwaltung; die Zusatzprogramme von Windows Vista

Wann: 4. November 2009, 16 – 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Tagung der Vertreter

Die Herbst-Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern findet am 18. November ab 13 Uhr im Haus der Heilberufe Schwerin statt.

Vorläufige Tagesordnung

1. Begrüßung und Feststellung der satzungsmäßigen Einberufung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Bestellung des Protokollführers, des Führers der Rednerliste und von mindestens 2 Personen zur Stimmzählung
4. Bekanntgabe der endgültigen Tagesordnung und der gestellten Anträge
5. Feststellung der Öffentlichkeit der Vertreterversammlung
6. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
7. Bericht des Vorsitzenden des Vorstandes mit anschließender Diskussion
8. Bericht des stellv. Vorsitzenden des Vorstandes mit anschließender Diskussion
9. Bericht des Koordinationsgremiums mit anschließender Diskussion
10. Fragestunde
11. Beschlussfassung über eingereichte Anträge
12. Stand Budget
13. Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2008 mit anschließender Aussprache
14. Verabschiedung des Haushaltsplanes für das Jahr 2010
15. Verschiedenes

Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind für die Mitglieder der KZV Mecklenburg-Vorpommern öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befassen.



Einladung

zum

10. Neubrandenburger Fortbildungsabend

am 11. November 2009
 von 18.00 bis 21.00 Uhr

im Hörsaal der Bethesda-Klinik am Dietrich Bonhoeffer Klinikum
 Neubrandenburg, Dr.-Salvador-Allende-Str. 30

Referenten:

1. OA Dr. E. Hirsch, Leipzig:
 „Die Digitale Volumentomographie – Bilanz nach 10 Jahren und Ausblick“
2. Prof. Dr. T. Rennerbach, Leipzig:
 „Bürstenbiopsie zur Mundkrebstherapieerkennung“

Für Mitglieder der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist die Teilnahme frei. Für Nichtmitglieder muss ein Uffostenbeitrag von 25,00 € zu Beginn der Veranstaltung erhoben werden.

Anmeldungen bitte telefonisch unter Tel. Nr. 039603/20438

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vergütet für die Teilnahme an dieser Fortbildungsveranstaltung 4 Fortbildungspunkte.

Die Veranstaltung wird unterstützt von der Firma MP

Burg Stargard, den 20.05.09


 Dr. Hans-Jürgen Koch

Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am 25. November 2009 (**Annahmestopp von Anträgen: 4. November 2009**) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin 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 und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Ruhen der Zulassung
- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes)
- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
- Verzicht auf die Zulassung (wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)

Interessenten erfahren Näheres bei der KZV M-V (Tel.: 0385-54 92-130 bzw. unter E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt:

- Vorbereitungsassistenten/Zahnärzte suchen Anstellung
- Praxis sucht Vorbereitungsassistent/Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Roswitha Weigel, zugelassen für den Vertragszahnarztsitz 17379 Ferdinandshof, Gundelachstraße 23c, ruht für den Zeitraum 15.08.2009 – 14.08.2010.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Anstellung von Erik Tiede in der Praxis Marianne Bürenheide, niedergelassen in 18055 Rostock, Lange Straße 6, endete am 31. August 2009. Christiane Hermes, niedergelassen in 18106 Rostock, Anna-Seghers-Ring 2, beschäftigt ab 1. September 2009 Erik Tiede als ganztags angestellten Zahnarzt.

Prof. Dr. med. Klaus Buth, niedergelassen in 17489 Greifswald, Gützkower Str. 69, beschäftigt ab 1. Oktober 2009 Anne-Kathrin Buth als halbtags angestellte Zahnärztin.

Dipl.-Stom. Frank Zech, niedergelassen in 18107 Rostock, Warnowallee 31, beschäftigt ab 1. Oktober 2009 Dr. med. dent. Ulrike Struck als ganztags angestellte Zahnärztin.

Praxisabgabe/ Praxisübernahme

Die Zahnarztpraxis von Dr. Rainer Ehrhardt, niedergelassen seit 4. Februar 1991, in 18439 Stralsund, Frankendamm 27, wird ab 1. Oktober 2009 von Jens Grzechowiak weitergeführt.

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Der Zahnärztin Isolde Patrunky verlegt mit Wirkung vom 12. Oktober 2009 ihren Vertragszahnarztsitz von derzeit Mühllentor 5 in die Knopfstraße 12 bis 13 in 17489 Greifswald.

Anzeige



wirtschaftliche und steuerliche Beratung für Heilberufler

Erstmalig bundesweit: Fachberater für den Heilberufsbereich (IFU / ISM gGmbH) spezialisierte Fachberatung – jetzt mit Zertifikat!

Vertrauen Sie unserer mehr als 10-jährigen Erfahrung und unserem zertifizierten Fachwissen:

- **Praxisgründungsberatung**
- **Investitions- und Expansionsplanung**
- **Umsatz- und Ertragsplanung mit Liquiditätsanalyse**
- **Abrechnungsanalyse gegenüber der KZV**
- **Praxischeck / Benchmark**
- **Soll-Ist-Vergleich**
- **Steuerrücklagenberechnung**

Ihr Spezialist in Mecklenburg-Vorpommern

ADVITAX Steuerberatungsgesellschaft mbH
Ansprechpartnerin: Runa Niemann, Steuerberaterin
NL Rostock · August-Bebel-Straße 11 · 18055 Rostock
phone: (0381) 4 61 37-0 · fax: (0381) 4 61 37-29
advitax-rostock@etl.de · www.etl.de/advitax-rostock

Mitglied in der European Tax & Law

Die Abrechnung einer kieferorthopädischen Untersuchung

Nachtrag zur BEMA-Nr. 130

Seit der BEMA-Neubewertung am 1. Januar 2004 ist in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen die BEMA-Nr. 01k aufgenommen worden.

Die Nr. 01k ist Bestandteil des BEMA Teil 1 (kons./chir.) und demzufolge eine Sachleistung.

BEMA-Nr. 01k: Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen

Bewertungszahl: 28

Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen:
Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

- Ärztliches Gespräch
- Spezielle kieferorthopädische Anamnese
- Spezielle kieferorthopädische Untersuchung
extraorale Untersuchung,
intraorale Untersuchung von Weichteilen und Knochen
Feststellung der Kieferrelation
Feststellung von dento-alveolären Anomalien
Feststellung des Dentitionsstadiums
- Aufklärung und Beratung
- Kieferorthopädischer Befund, Dokumentation
- Ggf. Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)

Eine Leistung nach Nr. 01k ist frühestens nach sechs Monaten erneut abrechnungsfähig.

Der in dieser Abrechnungsbestimmung genannte Zeitraum von sechs Monaten von einer 01k bis zur nächsten 01k ist eine Bestimmung zum Mindestabstand. Der Wiedervorstellungstermin für eine erneute Untersuchung richtet sich weiterhin nach der medizinischen Notwendigkeit und dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Eine Leistung nach Nr. 01k kann nur von dem Zahnarzt erbracht bzw. abgerechnet werden, der ggf. die kieferorthopädische Behandlungsplanung nach der Nr. 5 durchführt.

Das bedeutet: Ein Zahnarzt, der einen Patienten untersucht und dann an den Kieferorthopäden zur Behandlung überweist, kann nicht die kieferorthopädische Untersuchung Nr. 01k, sondern nur die eingehende Untersuchung Nr. 01 abrechnen.

Neben einer Leistung der Nr. 01k kann eine Leistung der Nr. 01 nicht abgerechnet werden.

Somit ist die Nr. 01 neben der Nr. 01k und umgekehrt nicht in einer Sitzung abrechenbar.

Die in den Abrechnungsbestimmungen genannte Feststellung des kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) ist nur dann Leistungsbestandteil, wenn der Zahnarzt oder Kieferorthopäde bei der Untersuchung zum Ergebnis kommt, dass mit der Behandlung zu beginnen ist. Somit ist durch die KIG-Untersuchung zu beurteilen, ob die Behandlung der Leistungspflicht der Krankenkassen zuzuordnen ist. Auch wenn die Untersuchung ergibt, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht, gehört die Untersuchung gleichwohl zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies ergibt sich aus der kieferorthopädischen Richtlinie B. Vertragszahnärztliche Behandlung Nr. 2. Die Nr. 01k kann daher in diesem Fall über die KZV abgerechnet werden.

Zur Feststellung der Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung bei über 18-jährigen Patienten ist die Nr. 01k gem. dieser Richtlinie deshalb Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die Kfo-Gutachter der Nord KZVs und die Kfo-Gutachter von Mecklenburg-Vorpommern thematisierten jeweils in ihren Gutachtertägungen die Berechnungsmöglichkeiten der kieferorthopädischen Untersuchung:

Die Nr. 01k ist vor einer Kfo-Behandlung bis zur Planerbringung erbringbar. Ebenso nach der Kasse angezeigter Unterbrechung zur Fest-

stellung des Wiederaufnahmezeitpunkts (z. B. bei einem Progeniefall) und nach der Behandlung, d. h. nach Ende der Retentionszeit (die mindestens ein halbes Jahr zurückliegt), wieder wie vor der Behandlung. Dies gilt jeweils auch bei einem Behandlerwechsel.

Es wird darauf hingewiesen, dass der vorn beschriebene Leistungsinhalt der Nr. 01k erfüllt werden muss.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V folgt den BEMA-Abrechnungsbestimmungen und den Erklärungen der Kfo-Gutachter der Nord KZVs und Mecklenburg-Vorpommerns.

Die BEMA-Nr. 01k wird unter der Rubrik „Sachleistungen“ auf dem Kfo-Abrechnungsschein, dem EDV-Ausdruck, der Diskette bzw. per Online abgerechnet.

Die BEMA-Nr. 01k unterliegt als Sachleistung der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung!

Nachtrag zur BEMA-Nr. 130

Der Fachbeauftragte für Kieferorthopädie der KZV M-V konkretisiert im Einvernehmen mit dem Vorstand der KZV M-V die Abrechnung der BEMA-Nr. 130

„Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten“

wie folgt:

Ergänzende festsitzende Apparaturen, wie sie beispielhaft bei der Nr. 130 des BEMA beschrieben werden, können, wenn sie im zahntechnischen Labor erbracht werden, **statt** mit der Nr. 130 auf dem Kfo-Abrechnungsschein auch ausschließlich als Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.

Elke Köhn

Mit dem Plus für ein gesundes Zahnfleisch

Im September kommt die modernste Philips Schallzahnbürste auf den Markt: Die Sonicare FlexCare+ kombiniert die patentierte Schalltechnologie mit dem Gum Care Modus.

Der neue Modus wurde speziell für die Zahnfleischgesundheit der Anwender entwickelt. Er besteht aus einem zweiminütigen Putzzyklus, gefolgt von einer einminütigen sanften Reinigung des Zahnfleischsaums. Klinische Tests belegen, dass sich durch die Anwendung die Zahnfleischgesundheit in nur zwei Wochen verbessert. Auch die Reinigungsleistung überzeugte in Studien: Die Schallzahnbürste entfernte insgesamt und approximal 83 % des Plaque-Biofilms von Zahnoberflächen.



Ein weiteres Plus: Sie verbessert die Compliance der Patienten. Eine Untersuchung zeigte, dass die Patienten mit der Schallzahnbürste im Gum Care Modus deutlich länger putzen als mit einer Handzahnbürste.

Sie zeichnet sich außerdem durch ein schlankeres Design mit einem hochwertigen LED-Display aus. Im Vergleich zum Vorgängermodell wurde die Vibration des Handgriffs nochmals reduziert.

Weitere Informationen
Philips GmbH
 Telefon 07249 952574
www.philips.de

Mit IDS-Produktneuheiten auf der BerlinDentale

Auch in diesem Jahr präsentiert die VOCO GmbH aus Cuxhaven wieder eine Reihe neuer Produkte für verschiedene Indikationen. So ist es dem Unternehmen speziell für hoch fließfähige Materialien gelungen, eine nachlaufreife, nichttropfende Spritze auf Grundlage der innovativen Non-Dripping Technology (NDT®) zu entwickeln.

Die neue Spritze ermöglicht es, die Produkte in der gewünschten Menge ohne Materialverlust punktgenau zu applizieren. Das bedeutet nicht nur sicheres und sauberes, sondern auch wirtschaftliches Arbeiten. Neu ist auch Ionolux, ein lichthärtendes Glasionomer-Füllungsmaterial in den natürlichen VITA®-Farben A1, A2 und A3, das die Vorteile von GIZ und Composite in sich vereint. Und mit Amaris Gingiva bietet das

Unternehmen speziell für die ästhetische Zahnheilkunde ein neues Füllungsmaterial, das den Chairside-Gebrauch mit Anpassung an unterschiedliche Gingivafarben erlaubt. Für postendodontische Versorgungen gibt es mit dem Rebuilda Post System nun ein Komplettsset, das auf 15 Behandlungen ausgelegt ist. Das neue Set ist den einzelnen Arbeitsschritten der Zementierung glasfaserverstärkter Wurzelstifte und des nachfolgenden Stumpfaufbaus optimal angepasst. Zu den Produktneuheiten zählt unter anderem auch Futurabond M im praktischen SingleDose-Blister. Damit lässt sich dieses Einkomponenten-Self-Etch-Bond nun besonders schnell, einfach und hygienisch anwenden.



Das norddeutsche Unternehmen zählt zu den international führenden Herstellern von Dentalmaterialien. Alle Präparate werden in modernsten Labor- und Produktionsräumen auf einer Grundfläche von 22.000 Quadratmetern nach neuestem Stand der Technik entwickelt und produziert. Das vielseitige Komplettsprogramm des mittelständischen und inhabergeführten Unternehmens umfasst inzwischen rund 160 Qualitätspräparate, die in über 120 Länder exportiert werden. Das Unternehmen ist nach EN ISO 9001/EN 13485/ Richtlinie 93/42 EEC zertifiziert – ein zusätzlicher Beleg für Qualitätssicherung auf höchstem Niveau und VOCO-Spitzenprodukte „Made in Germany“.

Es wird ein breites Spektrum hochwertiger Produkte für Prophylaxe, Zahnerhaltung und Prothetik angeboten. Dazu zählen u.a. Füllungs- und Befestigungsmaterialien, Materialien für Provisorien, Adhäsive oder Fluoridierungspräparate. Für die Entwicklung ihrer Produkte stehen die Forscher in regem Austausch mit über 150 Universitäten und Forschungseinrichtungen im In- und Ausland. Zudem war das Unternehmen bereits an mehreren Projekten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) federführend beteiligt.

Weitere Informationen
VOCO GmbH
 27457 Cuxhaven, Germany
www.voco.de

VOCO auf der BerlinDentale:
 Halle 21, Stand F 36



Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten.
 Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers / der Redaktion wieder.

Bedeutung der Unterschrift des Praxisinhabers

Möglichkeiten der Unterschriftsleistungen durch angestellte Zahnärzte, Assistenten oder HelferIn

Aus gegebenem Anlass soll mit diesem Beitrag darauf hingewiesen werden, in welchen Fällen der Praxisinhaber selbst zu unterschreiben hat und/oder wann angestellte Zahnärzte, Assistenten oder auch in Ausnahmefällen die HelferIn dies vornehmen können.

Die Frage, wer die Unterschrift auf Vertragsunterlagen (z. B. Heil- und Kostenplan, Überweisung oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) leisten muss, hängt davon ab, wer in welchem Umfang für die Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten haftet.

Nach § 4 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte und § 8 Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte trägt der Praxisinhaber die alleinige Verantwortung. Für die Tätigkeit seines ärztlichen wie auch nicht ärztlichen Personals haftet er in gleichem Umfang gemäß § 278 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Das bedeutet, dass der Praxisinhaber als einzelner Vertragszahnarzt grundsätzlich auch alle Vertragsunterlagen mit seinem Praxisstempel versehen und persönlich unterschreiben muss.

Bei mehreren Vertragszahnärzten, die sich im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zusammengeschlossen haben, haften die Ver-

tragszahnärzte gesamtschuldnerisch, d.h., dass sie grundsätzlich Vertragsformulare jeweils mit Wirkung für und gegen alle Mitglieder der BAG unterschreiben können.

Angestellte Zahnärzte oder Assistenten sind hingegen nur dann unterschriftsberechtigt, wenn sie den Praxisinhaber bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung/Wehrübung oder die Praxisinhaberin in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten, wobei Assistenten erst nach mindestens einjähriger Tätigkeit gemäß § 3 Abs. 3 Zahnärzte-ZV vertretungsberechtigt sind. Zum Zwecke der eindeutigen Erkennbarkeit der Vertretungshandlung nach außen ist die Unterschriftsleistung dann mit dem Zusatz „i. V.“ (in Vertretung) zu versehen.

Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie zudem der KZV M-V anzuzeigen.

Die Sprechstundenhilfen sind ebenso wie die angestellten Zahnärzte und Assistenten Hilfspersonen im Sinne von § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V, deren Tätigkeiten der zahnärztlichen Berufsausübung zuzuordnen und vom Praxisinhaber haftungs-

rechtlich zu verantworten sind.

Das hat zur Folge, dass der Praxisinhaber zweifellos rechtsverbindliche Erklärungen grundsätzlich mit eigener Unterschrift und Stempel versehen muss. Dies gilt insbesondere für die Vertrags- und Abrechnungsunterlagen.

Aber auch alle sonstigen Schriftsätze an die KZV M-V, gleich ob man eine neue Kontoverbindung mitteilt oder Stellungnahmen beziehungsweise Widersprüche zu rechnerischen Berichtigungen der Honorarabrechnung, in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren und in Regressverfahren zu prothetischen Leistungen abgibt, müssen die Unterschrift des Zahnarztes tragen. Ebenso sind Erklärungen gegenüber Gutachtern vom Vertragszahnarzt selbst zu unterzeichnen. Einzig für die Anforderung von Formularen bei der KZV M-V und die Übersendung von Röntgenaufnahmen reicht hingegen die Unterschrift der HelferIn.

Aus Zurechnungs- und insbesondere haftungsrechtlichen Gründen sollte in jedem Fall aus dem Stempel und der Unterschrift deutlich erkennbar sein, wer und im Vertretungsfalle für wen nach außen auftritt. **Ass. Katja Millies**

Fristlose außerordentliche Kündigung wegen angekündigter Erkrankung

Das Arbeitsverhältnis einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters kann nur dann außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Kündigung aus wichtigem Grund gerechtfertigt ist. Dazu müssen Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Arbeitgeber unter Berücksichtigung aller Umstände und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist oder bis zu der vereinbarten Beendigung eines befristeten Arbeitsverhältnisses nicht mehr zugemutet werden kann. Das Bundesarbeitsgericht hat wiederholt entschieden, dass bereits die Ankündigung einer zukünftigen, zum Zeitpunkt der Ankündigung nicht bestehenden Erkrankung durch einen Arbeitnehmer an sich geeignet sein kann, einen wich-

tigen Grund zur außerordentlichen Kündigung abzugeben. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Arbeitnehmer seinen Urlaubsantrag damit verbindet, sofern der Arbeitgeber ihm keinen Urlaub gewährt, werde er sich eben krank schreiben lassen. Den Arbeitnehmer kann es in derartigen Fällen dann in der Regel auch nicht mehr „retten“, wenn er später tatsächlich erkrankt. Fraglich war bisher allerdings, ob das Recht zur außerordentlichen Kündigung auch dann besteht, wenn der Arbeitnehmer zum Zeitpunkt der Androhung der Erkrankung bereits objektiv erkrankt war. Denn in diesem Fall ist der krankheitsbedingt arbeitsunfähige Arbeitnehmer gar nicht mehr zur Arbeitsleistung verpflichtet; der Arbeitgeber ist nicht berechtigt, diese zu verlangen. Einen derartigen Fall hatte das Bundesarbeitsgericht in einem

Urteil vom 12.03.2009 zu entscheiden. Danach ist es dem Arbeitnehmer zwar auch bei tatsächlich bestehender Erkrankung verwehrt, die Krankheit und ein sich daraus ergebendes Recht, der Arbeit fernzubleiben, gegenüber dem Arbeitgeber als „Druckmittel“ einzusetzen. War der Arbeitnehmer zum Zeitpunkt der Ankündigung eines künftigen, krankheitsbedingten Fehlens aber bereits objektiv erkrankt und durfte er auch davon ausgehen, auch am Tag des Urlaubs weiterhin wegen Krankheit arbeitsunfähig zu sein, könne nicht mehr angenommen werden, sein fehlender Arbeitswille und nicht die bestehende Arbeitsunfähigkeit sei Grund für das spätere Fehlen am Arbeitsplatz. In einem derartigen Fall könne, so das Bundesarbeitsgericht, daher nicht ohne Weiteres von einer außerordentlichen Kündigung

rechtfertigenden Pflichtverletzung ausgegangen werden. Andererseits könnten aber auch die Indizien, die für eine widerrechtliche Drohung des Arbeitnehmers mit einer künftigen, zum Zeitpunkt der Ankündigung nicht bestehenden Erkrankung sprechen, so gewichtig sein, dass es dem Arbeitnehmer obliege, diese zu entkräften. Der Arbeitnehmer muss also in einem derartigen Fall beweisen, dass er zum Zeitpunkt der Androhung bereits objektiv arbeitsunfähig war.

Für die Praxis bedeutet dies: Droht die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter dem Arbeitgeber an, sie/er werde sich krankschreiben lassen, sofern sie/er

den beantragten Urlaub nicht erhalte, so kann dies eine außerordentliche Kündigung rechtfertigen, wenn der Arbeitnehmer zum Zeitpunkt der Androhung der Erkrankung tatsächlich nicht erkrankt war. Dies gilt selbst dann, wenn die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer später erkrankt.

Etwas anderes gilt allerdings dann, wenn die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer zum Zeitpunkt der Androhung der Erkrankung bereits nach objektiven Kriterien erkrankt war. In diesem Fall rechtfertigt die Androhung der Erkrankung nicht ohne Weiteres eine außerordentliche Kündigung. Allerdings kann es der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter

obliegen, den Nachweis über die zum Zeitpunkt der Androhung der Erkrankung tatsächlich vorliegende Arbeitsunfähigkeit zu führen.

Unbedingt zu beachten ist, dass eine außerordentliche Kündigung innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt erfolgen muss, in dem der Arbeitgeber von der Pflichtverletzung der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers Kenntnis erlangte. Wegen der nach wie vor unsicheren Rechtslage empfiehlt es sich in jedem Fall, vor Ausspruch einer fristlosen Kündigung anwaltlichen Rat einzuholen.

Peter Ihle

Hauptgeschäftsführer

ZÄK M-V

Es gibt einen Zahnarthelfer

Neu erschienene Auflage des Dudens hat um 5000 Wörter zugenommen

Verlagert sich das Medium des Schreibens auch immer mehr vom Papier zum Monitor, vom Kugelschreiber zur Tastatur, so müssen wir doch unsere Muttersprache beherrschen. Ja, nun gerade! Was nützt der schönste Laserdruck, wenn der Text voller Fehler ist? Zudem: nicht nur die gesprochene, auch die schriftliche Sprache ist in Bewegung. Die Rechtschreibreform von 1996 samt deren Reform von 2006 – was hat sie gebracht? Sind die Unsicherheiten geringer geworden? Eine eher rhetorische Frage. Und so brauchen wir alle den Duden, und zwar die neueste Version.

In der nun erschienenen 25. Auflage sind 5000 Wörter hinzugekommen, darunter etliche aus der Kommunikationskultur wie twittern (doch muss man wirklich englischen Verben die deutsche Flexion aufzwingen: down-loaded statt heruntergeladen?), und neben der Zahnarthelferin gibt es jetzt noch den Zahnarthelfer. Mit hin enthält der neue Duden 135 000 Stichwörter mit über 500 000 Beispielen, Erklärungen, Worttrennungen, Aussprache, Stilebenen und Herkunft. Schwierige Wörter sind in blauen Kästen hervorgehoben.

Das Problem bleiben die Zweifelsfälle, insbesondere zur Schreibung groß oder klein, zusammen oder getrennt. Warum abhandenkommen, aber zustande kommen? Die rot hervorgehobene Schreibweise entsprechend der Reform wurde nun aufgegeben, sodass die gelb hinterlegte von der Dudenredaktion empfohlene Variante augenfälliger und damit nach-

drücklicher wurde. Von Zahncreme, Zahnkrem und Zahnkreme erhielt die Erste den Apfel. Meinetwegen, ich bleibe bei Zahnpasta. Oder lieber Zahnpaste?

Wir blättern also neugierig, bestätigend oder unwirsch; wir können in 169 alphabetisch geordneten Regeln zur Rechtschreibung und Zeichensetzung suchen, Hinweise zur Textdarstellung und zu E-Mails entgegennehmen sowie eine Menge verschiedenartiger Tabellen studieren. Und schließlich können wir uns elektronisch helfen lassen, indem wir die beigegebene CD-ROM Duden Korrektor kompakt installieren und sie ihre Arbeit tun lassen. Die Scheibe enthält sogar zudem das ganze Wörterbuch zum digitalen Nachschlagen.

W. St.



Duden. Die deutsche Rechtschreibung. 25., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage; Dudenverlag Mannheim • Wien • Zürich 2009. 1216 Seiten, 25 Euro (ab 1. 1. 2010 29,95 €)

Lösung aller wichtigen Fragen um das Arztrecht

Arztrechtliche Fragen gewinnen praktisch und forensisch zunehmend an Bedeutung. Dieser Klassiker der

Reihe NJW Praxis ist zuverlässige Orientierungshilfe und Ratgeber für den Praktiker bei der Lösung aller wichtigen Fragen rund um das Arztrecht. Die Erläuterungen sind praxisbezogen, sie wenden sich gleichermaßen an Juristen wie an Mediziner.

Für die 6. Auflage wurde das Werk vollständig überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Die Neuaufgabe bietet nicht nur die – insbesondere bei den Haftungsfragen – gebotene Aktualität der Rechtsprechung, sondern auch einen Überblick und die gebotene Vertiefung zahlreicher wichtiger und aktueller Themen, wie u.a. Kostendruck und Haftung, Qualitätssicherung sowie Therapiefreiheit des Arztes.

Der Band wendet sich an Rechtsanwälte, Fachanwälte für Medizinrecht, Richter und Mediziner.

Nähere Informationen zu dem Titel sind unter www.beck-shop.de zu finden.

Verlagsangaben

Arztrecht NJW Praxis Band 29, Prof. Dr. Dr. Adolf Laufs, Prof. Dr. Christian Katzenmeier/Prof. Dr. Volker Lipp, Verlag C.H.Beck, 6., völlig neu bearbeitete Auflage, 2009, 531 Seiten, kartoniert € 58,00, ISBN: 978-3-406-44842-3



Festsitzender Zahnersatz – was ist in, was ist out?

Ein Überblick über aktuelle Trends und traditionelle Therapieformen

Die Hinwendung des ästhetischen Ideals zu einem perfekten oralen Erscheinungsbild, die Zunahme der Medienpräsenz von zahnärztlichen Implantatversorgungen, aber auch die sinkende Patientenakzeptanz herausnehmbarer Prothesen führten in den vergangenen Jahren zu einer wachsenden Nachfrage nach festsitzendem Zahnersatz. Mit der Entwicklung im Bereich der zahnärztlichen Implantologie und der Erforschung neuer Werkstoffsysteme stehen dem praktizierenden Zahnarzt heute zahlreiche Therapiemöglichkeiten offen, welche den Indikationsbereich festsitzender Versorgungen bis hin zum zahnlosen Kiefer erweitern können. Voraussetzung für den langfristigen Erfolg festsitzender Versorgungen ist allerdings nach wie vor eine kritische Überprüfung der Indikation und die Beachtung von Indikationsgrenzen. Der folgende Artikel soll daher einen kritischen Überblick über aktuelle Trends und traditionelle Therapieformen geben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf aktuellen Daten zur klinischen Langzeitbewahrung und individuellen Indikationsgrenzen der einzelnen Versorgungsformen.

Festsitzender Zahnersatz bietet dem Patienten gegenüber abnehmbarem Zahnersatz einen oralen Komfort, der mit natürlichen Zähnen vergleichbar ist. Im sichtbaren Bereich lässt sich festsitzender Zahnersatz in den meisten Fällen optisch sehr ansprechend gestalten. Allerdings ist eine perfekte Rot-Weiß-Ästhetik nur selten erreichbar (Abb. 1).

Der Begriff des festsitzenden Zahnersatzes war über Jahrzehnte mit klassischer Kronen- und Brückenprothetik assoziiert. Dessen Ursprünge reichen mit der Zementierung erster Hülsenkronen bis in das späte 19. Jahrhundert zurück. Das Spektrum der Brücke wird heute durch Adhäsivbrücken, rein implantatgetragene Brücken und Zahn-Verbundbrücken erweitert.

1. Klassische Formen des festsitzenden Zahnersatzes

1.1. (Voll-)Kronen

Die Krone ist ein Bindeglied zwischen konservierender und prothetischer Zahnheilkunde. Sie grenzt sich nicht nur in ihrer Form, sondern auch in ihrer Indikation deutlich von Füllung, In-, On-, Overlay und Teilkronen ab. Indikationsgemäß unterschieden wird zwischen Schutzkronen, Ersatzkronen sowie Stütz- und Verankerungskronen für Zahnersatz.

Durch die fortschreitende Entwicklung der Adhäsivtechnik kann heute oft eine minimalinvasive, defektbezogene Füllungs-therapie des Zahnes eine auch ästhetisch zufriedenstellende Versorgung ermöglichen. Trotzdem ist die klassische Vollkrone bei weitem nicht out. Allein ihre hervorragende klinische Langzeitbewahrung macht sie sowohl bei vitalen, als auch bei wurzelkanalbehandelten Zähnen zu einem Therapiemittel der ersten Wahl. De Backer et al (De Backer, 2007) berichten von einer Überlebensrate von 75 Prozent auf vitalen bzw. 79 Prozent auf wurzelkanalbehandelten Zahnstümpfen nach einem Zeitraum von 18 Jahren.

Der Überkronung eines Zahnes sollte immer dann der Vorzug gegeben werden, wenn die plastische Füllungsversorgung aus langfristig sekundärpräventiver Sicht

ungünstig erscheint. Dies kann zum Beispiel bei starken Zahnhartsubstanzverlusten ohne ausreichende Retentionsmöglichkeit für Füllungen, wurzelkanalbehandelten Zähnen im okklusionstragenden Bereich, Bruxismus, schweren Abrasionen, Erosionen und Attritionen der Fall sein.

Wird bei avitalen Zähnen die rechtzeitige Indikationsstellung zur Überkronung versäumt, führt dies nicht selten zu Komplikationen wie Höcker- oder Wandfrakturen (Stavropoulou, 2007). Deren Folge ist oft die Extraktion des Zahnes. Denn trotz potentiell perfekter endodontischer Versorgung kann nicht jeder Zahn erhalten werden. Insbesondere wenn die biologische Breite verletzt oder eine ausreichende Fassung des Zahnes in gesunder Zahnhartsubstanz nicht mehr gewährleistet werden kann, ist die Überkronung eines Zahnes kontraindiziert.

Hohe ästhetische Anforderungen können im Seitenzahngelände heute mit vollkeramischen Einzelkronen vorhersagbar erfüllt werden. So zeigen Kronen aus Silikatglaskeramik (Empress2[®]) eine Überlebensrate von 100 Prozent nach 50 Monaten (Marquardt, 2006) (Abb. 2).

Darüber hinaus kann als wesentliche Errungenschaft und Indikationserweiterung angesehen werden, dass vollkeramische Kronen auch ohne früher übliche invasive Präparationen möglich sind (Abb. 3).

1.2. Brücken

In der modernen Prothetik konkurrieren mit der Brücke heute u. a. der kieferorthopädische Lückenschluss, die Nichtversorgung oder insbesondere das Implantat. Wichtig ist eine Einbindung in ein therapeutisches Gesamtkonzept. Mit der Entscheidung für eine bestimmte Zahnersatzform treffen Behandler und Patient meist einen richtungsweisenden Entschluss, welcher Folge-therapien und Folgekosten für den Patienten notwendig machen kann. Besteht hierüber ein Aufklärungsdefizit, kommt es schnell zur Auseinandersetzung.

Bei der Entscheidungsfindung zur Versorgung von Schaltlücken sollten folgende Aspekte bedacht werden:

1. Brücken zählen zu den langlebigsten Therapiemitteln überhaupt. Hervorragende klinische Langzeitdaten auf höchstem Evidenzlevel liegen vor. So belegen Metaanalysen Überlebensraten von 74 Prozent nach 15 Jahren, wobei nach 10 Jahren weniger als 5 Prozent der Pfeilerzähne verloren gehen (Scurria 1998; Creugers 1994).
2. Brücken können aufgrund des alveolären Kollapses kein natürliches Durchtrittsprofil imitieren. Ästhetisch bietet hier das Implantat Vorteile (Abb. 4).
3. Besonders bei älteren und parodontologisch vorgeschädigten Patienten haben Brücken, auch weitspannige, eine sehr gute Langzeitbewahrung (Budtz-Jørgensen, 1990) (Abb. 5).
4. Implantate scheinen bei Parodontitispatienten nach aktuellen Reviews eine höhere Misserfolgsrate aufzuweisen (Klokkevoold, 2007).
5. Weitspannige Brücken, die dem Anteschens Gesetz widersprechen, haben zwar primär eine geringe Überlebenswahrscheinlichkeit (Leempoel 1995). Eine adäquate Nachsorge vorausgesetzt, belegen Untersuchungen aber selbst bei weitspannigen Versorgungen gute Ergebnisse (Lulic 2007; Leempoel 1995; Kanno 2008) (Abb. 6).
6. Brücken gewährleisten auch unter Praxisbedingungen eine hohe Therapiesicherheit. Prinzipiell unterschieden werden Endpfeilerbrücken und Extensionsbrücken (Abb. 7a und b).

1.2.1. Extensionsbrücken

Die Überlebensrate von Extensionsbrücken ist im Vergleich zu Endpfeilerbrücken geringer. Dennoch kann die Extensionsbrücke in bestimmten Fällen, zum Beispiel zum Aufbau einer Prämolarenokklusion bei verkürzter Zahnreihe, eine Therapieoption sein. So verbleiben nach 10 Jahren durchschnittlich 82 Prozent der Extensionsbrücken in situ, davon allerdings nur 63 Prozent ohne Komplikationen wie Vitalitätsverlust, Fraktur, Karies oder Retentionverlust (Pietursson 2004). Unter

Akzeptanz eines geringeren Funktionsniveaus, kann sie dem Patienten oft einen herausnehmbaren Zahnersatz ersparen. Ihr Indikationsbereich beschränkt sich in der Regel jedoch auf einen prämolaren breiten Ersatz unter Einbeziehung mindestens zwei vitaler Pfeilerzähne. Voraussetzung ist dabei eine entsprechende Präparation, welche sowohl substanzschonend als auch retentiv ist und welche der Richtung der potentiellen Ablösung entgegengerichtet ist. Die Verwendung avitaler Zähne als Extensionsbrückenpfeiler ist aus heutiger Sicht kontraindiziert. Hier besteht ein erhebliches Frakturrisiko, was sich in einer Überlebensrate von 52 Prozent versus 74 Prozent nach 16 bis 18 Jahren widerspiegelt (De Backer 2007) (Abb. 8 und 9).



Abb 1: Festsitzende Oberkieferrestauration mit kompromissbehafteter Rot-Weiß-Ästhetik.



Abb 2: Vollkeramische Einzelkronen im Seitenzahnbereich



Abb 3: Substanzschonende Präparation im Oberkieferfrontzahnbereich zur Aufnahme von vollkeramischen Einzelkronen (Hartkernsystem Al₂O₃) bei einer 70-jährigen Patientin. Aufgrund der langen klinischen Kronen wurde eine konservative Hohlkehlpräparation mit leicht subgingivaler Präparationsgrenze gewählt.

1. 3. Materialien und Gestaltungsarten

Für die Kronen- und Brückenprothetik stehen heute unter anderem folgende Werkstoffe und Werkstoffsysteme zur Auswahl:

- Metallguss (Edel- oder Nichtedelmetalllegierungen, Titan)
- Keramisch verblendeter Metallguss (aufbrennfähige Edel- oder edelmetallfreie Legierung)
- Silikatglaskeramiken
- Keramisch verblendete Hartkernkeramiken (Zirkondioxid- oder Aluminiumoxidkeramik)

Am längsten bewährt und mit unerreichten klinischen Langzeitdaten ausgestattet sind noch immer metallgerüstbasierte Kronen und Brücken. Aktuelle Untersuchungen belegen eine Überlebensdauer von ca. 66 Prozent selbst nach 20 Jahren (De Backer, 2006). Im Hinblick auf Passgenauigkeit und metallkeramischen Verbund können hochgoldhaltige Edelmetalllegierungen, in vielen Fällen aber auch edelmetallfreie Legierungen auf Kobaltbasis empfohlen werden.

Für ästhetisch anspruchsvolle Patienten stehen für Einzelkronen auch vollkeramische Materialien zur Verfügung. Prinzipiell zu unterscheiden sind dabei die bereits lange Zeit auf dem Markt befindlichen Silikatglaskeramiken von den verblendeten Hartkernkeramiken auf Aluminiumoxid-



Abb 4: Vergleich der Rot-Weiß-Ästhetik bei Brücke (l.) und Implantat (r.)



Abb 5: Festsitzende Versorgung aus Skandinavien, etwa um 1970; Sammlung: H. Landt



Abb 6: Brücke von 33 auf 38 nach zehn Jahren in situ. Trotz geringfügiger Passungsdefizite gute Bewährung dieser weitspannigen Restauration.

oder Zirkondioxidbasis. Sowohl für glasinfiltrierte Silikatkeramiken (50-Monate-Überlebensrate für silikatglaskeramische Seitenzahnkronen: 100 Prozent) als auch für verblendete Hartkernkeramiken (Sechsjahres-Überlebensrate für Al₂O₃-basierte Kronen im Front-/Seitenzahnbereich: 97 Prozent/91 Prozent) konnten bei Einzelzahnversorgungen gute Überlebensraten nachgewiesen werden (Marquadt, 2006; Walter, 2006).

Silikatglaskeramiken gewährleisten eine sehr gute Ästhetik. Diese werden in aller Regel adhäsiv befestigt. Gerüste auf Aluminium- oder Zirkondioxidbasis können ebenfalls ästhetisch sehr ansprechend gestaltet werden. Außerdem ist bei diesen Werkstoffen eine konventionelle Zementierung möglich. Vollkeramische Brücken können noch nicht als Standardversorgung angesehen werden, da entsprechende Langzeitdaten rar sind. Dies gilt auch für das in diesem Indikationsbereich derzeit häufig verwendete Zirkondioxid. Voraussetzung sind dabei eine ausreichende Verbinderstärke und anatomisch geformte, „intelligente“ Brückengerüste.

Von zahlreichen Seiten her werden derzeit vollkeramische Versorgungen, insbesondere Versorgungen auf Zirkondioxidbasis, stark umworben. Einige Zahnarztpraxen propagieren bereits ein metallfreies Versorgungskonzept. Unbestritten lassen sich mit vollkeramischen Versorgungen ästhetisch herausragende Therapieergebnisse erzielen. Die Evidenzlage zur klinischen Bewährung ist derzeit allerdings noch sehr schwach. Auch wenn zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen derzeit die Stabilität der Zirkondioxidgerüste bestätigen, stehen aktuelle klinische Langzeitdaten für die Bewährung der gesamten



Abb. 7a und b: links: Endpfeilerbrücke zum Ersatz von 14 und 15; rechts: Extensionsbrücke zum Ersatz von 35 im Unterkiefer



Abb 8: Klassischer Misserfolg einer Extensionsbrücke: Wurzelkanalbehandelter Pfeiler 34 mit apikaler Aufhellung und Fraktur nach kurzer Tragezeit der Versorgung. Aufgrund der Komplikation sekundär schlechtere Voraussetzungen für potentielle Implantation.



Abb 9: Stumpfpräparation für eine Extensionsbrücke: Die retentive Präparation ist der zu erwartenden ablösenden Kraft entgegengerichtet.



Abb 10: Ist Vollkeramik wirklich „in“?

Konstruktionen inklusive Verblendkeramik über einen Fünf-Jahres-Zeitraum hinaus noch nicht zur Verfügung.

Auch wenn eigentliche Gerüstfrakturen selten waren, treten nach fünf Jahren zu einem hohen Prozentsatz Sekundärkaries (22 Prozent) und Verblendungsfrakturen („Chipping“) (15 Prozent) auf (Sailer, 2007). Ob die Hartkernkeramiken in Zukunft metallische Kronen- und Brückengerüste vollkommen zu ersetzen vermögen, bleibt abzuwarten und wird von den Autoren bezweifelt.

Zahnreiche Patienten, welche noch vor 20 Jahren mit abnehmbarem Zahnersatz versorgt worden wären, können heute die Vorteile festsitzender Versorgungen für sich in Anspruch nehmen. Bedingung dafür ist eine Gestaltungsart des Zahnersatzes, welche den langfristigen Erhalt der Rest- und Ankerzähne ermöglicht. Nicht nur bei parodontal vorgeschädigten Gebissen ist

auf eine adäquate, altersgerechte Hygienefähigkeit des Zahnersatzes zu achten. Wo immer vertretbar sollte eine supragingivale Präparationsgrenze gestaltet werden. Neben der günstigeren Reinigungsmöglichkeit seitens des Patienten, ist dabei auch eine frühzeitige Sekundärkariesdiagnostik durch den Zahnarzt möglich. Auch die Gestaltung des Restaurationsrandes kann individuell nach der zu erwartenden ästhetischen Beeinträchtigung gewählt werden (Abb. 11).

Die substanzschonende Präparation für festsitzenden Zahnersatz sollte sich in erster Linie nach den Erfordernissen des verwendeten Materials richten. Weitere beeinflussende Faktoren sind das Alter des Patienten, die Zahnanatomie und der Grad des Zahnhartsubstanzverlustes (Abb. 12).

Wo ästhetische Belange nicht im Vordergrund stehen, sollte auch heute die klassische, unverblendete Gusskrone als Therapieoption beachtet werden. Sie verbindet ideal die substanzschonendste Präparation mit einer exzellenten Langzeitbewahrung (Abb. 13).

Für Kronenpräparationen wird heute in den meisten Fällen eine Hohlkehlnpräparation angewandt. Unterschieden wird zwischen einer flachen Hohlkehle für Vollgusskronen und einer tiefen Hohlkehlnpräparation für verblendete Kronen. Eine ausreichende Retentionsmanschette von zirka drei Millimeter und ein Präparationswinkel von zirka sechs Grad sind dabei anzustreben. Bei Verwendung vollkeramischer Materialien ist auf eine etwas konischere Stumpf- und abgerundete Präparationsform zu achten. Stufenpräparationen sind nur noch bei Kronen aus Silikatglaskeramik empfehlenswert. Für CAD/CAM-Systeme wird eine optisch erfassbare, hoch präzise, abgerundete Präparation mit gleichmäßigem Substanzabtrag angestrebt. Fazit: Nicht Vollkeramik ist in, sondern eine befundbezogene, individuelle Materialwahl.

2. Aufbau zerstörter Zähne vor festsitzender prothetischer Versorgung

Mit der Einführung der Adhäsivtechnik und neuer, glasfaserverstärkter Kunststoffstifte hat sich die Palette der Aufbaumöglichkeiten stark zerstörter Zähne beträchtlich erweitert. Die stereotype Versorgung wurzelkanalbehandelter Zähne mit gegossenen Stiftaufbauten ist einer individuellen und hartsubstanzabhängigen Aufbaustrategie gewichen.

Vor der Kronenpräparation können sehr kleine, zirkulär wandbegrenzte Kavitäten mit Glasionomerkementen aufgebaut werden. Die Indikation ist allerdings sehr eng zu stellen, da keine nennenswerte Haftwirkung am Dentin erzielt wird. Mit der

Entwicklung wirksamer Dentinadhäsive steht mit den Compositen eine sehr potente Materialgruppe zum Stumpfaufbau zur Verfügung, sodass besonders bei größeren Zahnhartsubstanzverlusten der adhäsive Aufbau das Mittel der Wahl ist. Eine absolute Trockenlegung ist dabei anzustreben. Ist eine zusätzliche Stiftverankerung indiziert, sollte der Einsatz glasfaserverstärkter Stifte kritisch mit dem zu erwartenden Frakturrisiko abgewogen werden. Sind weite Teile der gesamten Zahnkrone verloren gegangen, kann nach wie vor ein im Angusstechnik hergestellter Stifstumpfaufbau empfohlen werden. Allerdings wird die erhoffte Stabilisierung des Zahnes durch einen zusätzlichen Stift in aktuellen Untersuchungen widerlegt. Offensichtlich



Abb 11: Befundbezogene Gestaltung der Kronenränder: vestibulär an 24/25 unsichtbar durch subgingivale Lage und keramische Stufe; 26 schmale Metallrandgestaltung, da von Oberlippe verdeckt; palatinale Flächen mit breiter Metallstufe nach approximal auslaufend.



Abb 12: Befundbezogene, zahnhartsubstanzschonende Präparations- bzw. Restaurationsformen.



Abb 13: Befundbezogene Materialwahl: teil- und unverblendete Kronen im ästhetisch unkritischen Seitenzahnbereich

trägt der Stift selbst in vielen Fällen zum frühzeitigeren Zahnverlust nach Stift- oder Wurzelfraktur bei. Deshalb sollte eine endodontische Behandlung eines Zahnes zum primären Ziel einer Stiftverankerung heute eine absolute Ausnahme bleiben.

Für alle Formen des Stiftstumpfaufbaus gilt jedoch unverändert die Pflicht des Übergreifens der Aufbaugrenze mit der definitiven Krone in gesunder Zahnhartsubstanz. Mit dem so bezeichneten „Fassreifeneffekt“ (Ferrule-Effekt) wird das Frakturrisiko deutlich minimiert (Cheung 2005). Vermag der Behandler es nicht, die Präparationsgrenze eines Zahnes vollständig in gesunde Zahnhartsubstanz zu verlegen, weil der Mindestabstand zum Alveolarknochen von 2mm (Biologische Breite) nicht mehr garantiert werden kann, muss die Indikation zur Überkronung kritisch hinterfragt werden. Durch eine entsprechende chirurgische Kronenverlängerung ist in manchen Fällen eine akzeptable Ausgangssituation erzielbar (Abb. 14a und b).

3. Besondere Formen des festsitzenden Zahnersatzes

3.1. Adhäsivbrücken

Diese Form sei an dieser Stelle nur genannt, sie ist Gegenstand eines folgenden Fachbeitrages (Anm. d. Red.).

3.2. Festsitzender Zahnersatz und Implantate

Prinzipiell zu unterscheiden sind rein implantatgetragene, festsitzende Versorgungen von Verbundkonstruktionen zwischen natürlichen Zähnen und Implantaten.

Mittlerweile vollständig im zahnärztlichen Therapiespektrum integriert ist das Einzelzahnimplantat. Indiziert vor allem



Abb. 14a und b: UK Frontzähne eines Patienten mit starken Parafunktionen, vor und nach chirurgischer Kronenverlängerung.

bei karies- bzw. füllungsfreien Nachbarzähnen ist es zur Versorgung einer einzelnen Schalltlücke oft das Therapiemittel der Wahl. Bedingung dabei ist, wie bei allen Implantatversorgungen, ein ausreichendes lokales Knochenangebot bzw. die Möglichkeit, ein solches zu schaffen. Eine ungemein große Vielfalt an Implantaten, Implantationssystemen, Planungs- und Diagnostiksoftware etc. steht heute dem implantologisch tätigen Zahnarzt zur Verfügung. Die Diagnostik und Planung einer Implantatversorgung bis hin zur Erstellung einer entsprechenden Bohrschablone sollte dabei möglichst in der Hand des Prothetikers liegen.

Implantatgetragene Brücken bedürfen einer sehr eingehenden Behandlungsplanung. Erfahrungen und Indikationen von natürlichen Pfeilerzähnen können nicht ohne weiteres auf Implantate übertragen werden. Im Oberkiefer ist meist eine höhere Anzahl von Implantaten erforderlich, um festsitzend zu versorgen.

Die unterschiedliche Beweglichkeit von natürlichen Zähnen und Implantaten, mit ihrer parodontalen Verankerung einerseits und einer ankylotischen, starren Knochenverbindung andererseits, führte über einige Jahre hinweg zu einer sehr vorsichtigen Anwendung von Verbundkonstruktionen.

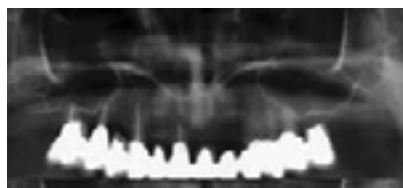


Abb. 15a bis d – Beispiel eines spezifischen Therapiezieles: Zustand einer festsitzenden Versorgung nach zehn Jahren in situ: Nach Komplikation im 3. Quadranten und patientenseitiger Ablehnung einer Implantatversorgung: Belassen der Restaurationen und Erhaltung eines reduzierten Funktionsniveaus, welches von der Patientin akzeptiert wird.

Befürchtet wurden Dezentrierungen und Implantatüberlastung. Heute werden Verbundbrücken durchaus als langfristig erfolgreich eingeschätzt, sofern die Indikationsgrenzen nicht überschritten werden. In der aktuellen Stellungnahme der DGZMK werden sie in der zu Implantatversorgungen ausdrücklich als Therapieoption erwähnt.

4. Zusammenfassung

Die verschiedenen Formen des festsitzenden Zahnersatzes sind heute aktueller denn je. Die Bandbreite der verschiedenen Therapieoptionen hat dabei stark zugenommen. Der Anteil an hochwertiger Evidenz hat sich etwas erhöht, wobei für einzelne Restaurationsformen sehr gute Langzeitbewährungen festgestellt wurden. Wichtig ist in jedem Fall die Erstellung eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bzw. eines spezifischen Therapiezieles für den einzelnen Patienten. Diese Ziele können dabei vollkommen unterschiedlich sein und richten sich einerseits nach objektiv klinischen Daten und Befunden, andererseits nach den sogenannten „weichen“ Kriterien wie persönliche Einstellung und Umgebung des Patienten, subjektiver Bedarf und finanzielle Rahmenbedingungen. Es ist zu erwarten, dass diese Faktoren in Zukunft erheblich an Bedeutung gewinnen werden. Spezifische Werkstoffgruppen und Therapiemittel können „in“ oder „out“ sein, die eingehende, spezifische Therapieplanung ist und bleibt dagegen ein „Evergreen“ (Abb. 15a-d).

Prof. Dr. med. dent. Michael Walter
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Michael Rädcl
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Wir danken für den Nachdruck aus dem Zahnärzteblatt Sachsen.

Der nächste Teil erscheint in einer der folgenden Ausgaben.

Wir gratulieren

Im Oktober und November vollenden

das 75. Lebensjahr

Dr. Paul-Friedrich Zimmermann (Ueckermünde) am 19. Oktober,
Zahnärztin Ute Reinartz (Rostock) am 28. Oktober,
Dr. Ilse Heerd (Retgendorf) am 2. November,

das 70. Lebensjahr

Dr. Karin Krause (Rostock) am 17. Oktober,
Zahnarzt Erich Oswald (Rostock) am 30. Oktober,
Dr. Frank Buchsbaum (Cambs) am 3. November,

das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Marlis Böttner (Mistorf) am 13. Oktober,
Dr. Gabriele Hanschke (Admannshagen) am 17. Oktober,
Dr. Bodo Böttcher (Boltenhagen) am 24. Oktober,
Zahnärztin Susanne Abel (Zinnowitz) am 30. Oktober,
Prof. Dr. Klaus Buth (Greifswald) am 3. November,
Dr. Martin Tomuschat (Ludwigslust) am 4. November,

das 60. Lebensjahr

Zahnarzt Dietrich Jäckle (Neubrandenburg) am 18. Oktober,
Gudrun Schmidt (Teterow) am 28. Oktober,
Zahnarzt Eckhard Thiede (Neubrandenburg) am 3. November,
Dr. Silvia Kubetschek (Neubrandenburg) am 4. November,
Zahnärztin Bärbel Grindel (Stralsund) am 7. November,

das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Liane Wellenbrock (Lübz) am 2. Oktober,
Prof. Dr. Bernd Kordaß (Greifswald) am 20. Oktober,
Dr. Gudrun Albrecht (Carlow) am 25. Oktober,
Zahnarzt Dirk Peters (Jarmen) am 31. Oktober und
Zahnarzt Jörg Linzen (Saßnitz) am 7. November

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Anzeige

ANWÄLTE FÜR HEILBERUFE

Philipp v. Wrangell

Fachanwalt für Familienrecht

weiterer Schwerpunkt **Erbrecht**

19055 Schwerin · Alexandrinenstr. 31 · Tel. 0385 59 182-0

www.rechtsanwaelte-giw.de

GRASSHOFF PARTNERSCHAFT
IHLE DER
v. WRANGELL RECHTSANWÄLTE

Ronald Klopsch

Fachanwalt für Medizinrecht



Aigerim Rachimow

Rechtsanwältin

Ihre Rechtsanwaltskanzlei in allen arzt- und praxis-rechtlichen Angelegenheiten, u. a.:

- Zulassungsverfahren
- Vertragsgestaltung
- Prüfverfahren
- Arbeitsrecht
- Vertragszahnarztrecht
- Honorarstreitigkeiten
- Haftungsrecht
- Berufsrecht

Thomas-Mann-Str. 12
18055 Rostock

Tel. 0381 – 444 358 0
Fax 0381 – 444 358 19

www.ra-klopsch.de
info@ra-klopsch.de

ProphylaxeService
Irene Sichert

kompetente, flexible, freiberufliche ZMF

- gesamtes IP-Programm
- Erwachsenenprophylaxe
- deep scaling als Vorbereitung für PI

für Ihre Praxis

- Krankheitsvertretung
- Schwangerschaftsvertretung
- Prophylaxe und Stuhlassistenz

Ich stelle mich unverbindlich bei Ihnen vor.
Tel. 03841 618738
Mob. 0151 23013593

ZAH in Grimmen gesucht. Stuhlassist., PC-Kenntn., 30 Std./Wo. **Chiffre: 0769**

Moderne oralchirurgische Praxis in der Rostocker Innenstadt – sucht engagierte, professionelle ZFA mit chirurgischem Fachwissen. **Chiffre: 0771**

Suche für meine Praxis in Stralsund ZÄ/ZA als Nachfolger. **Chiffre: 0768**

Wir trauern um

Dr. Harald Becher
Admannshagen

geb. 19.07.1940
gest. 28.08.2009

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an
Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
01665 Nieschütz
Am Sand 1c

State of the Art

Anzeige

14 Zahnärzte aus Mecklenburg-Vorpommern nahmen am 11. und 12. September an einer Heraeus Dental Fortbildung in den Räumen des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Greifswald teil, um sich umfassend über den neuesten Stand der Composite- und Adhäsivtechnologien zu informieren sowie Schichttechniken praktisch am Phantommodell zu trainieren.



Abbildung 1 und 2: 11 und 21 sind infolge eines Unfalls frakturiert. Das perfekte ästhetische Ergebnis beruht nicht allein auf einer systematischen Schichttechnik, sondern ist zu gleichen Teilen das Ergebnis einer perfekt in die Restauration übernommenen Oberflächenstruktur.

In seinem Vortrag „Composite-Füllungen State of the Art“ gab der anerkannte Experte Wolfgang-M. Boer, Zahnarzt in Euskirchen und scheidender Generalsekretär der DGÄZ, am ersten Tag einen Überblick über den neuesten technologischen Stand der adhäsiven Zahnheilkunde.

Dabei versuchte er, vor allem die interessante Frage zu erörtern, welche grundlegenden Eigenschaften moderne Composite- und Bondingmaterialien insgesamt mitbringen müssen. Mit zahlreichen Praxisbeispielen ging er auf die korrekte Verarbeitung bei der Anwendung von „Mehrschritt-Adhäsivsystemen“, „All-In-One-Produkten“ und Composite-Materialien ein. Dabei setzte Boer den Schwerpunkt auf typische Alltagsprobleme und deren Vermeidung: Nicht tausend wissenschaftliche Statistiken, sondern Erfah-

rungen „vom Praktiker für den Praktiker“ offerierten den Teilnehmern direkte Hilfestellung und viel Wissen, das direkt umsetzbar ist.

Beeindruckend waren auch die von Boer gezeigten klinischen Fälle (Abb. 1 – 4). Die Schichttechnik wurde in systematischen Schritten vorgestellt, wobei auch die kleinen „Geheim-Tricks und Kniffe“ für eine perfekte Ästhetik rückhaltlos verraten wurden. Dabei legte der Referent besonderen Wert auf die Morphologie und gnathologische Funktion.

Sein Leitsatz „schön ist, was funktioniert“ wurde anschaulich verdeutlicht, und gleichzeitig konnte durch eine Vielzahl klinischer Fälle belegt werden, dass einerseits die korrekte Wiederherstellung der Morphologie Arbeitszeit spart, da kaum noch eingeschliffen werden muss. Andererseits trägt die Beachtung der Funktion zur Langlebigkeit der Restauration bei, da es nicht zu stärkerem Verschleiß kommt, als an der umgebenden Zahnschubstanz.

Am 2. Tag konnten die Teilnehmer ausgiebig die theoretischen Erkenntnisse des Vortrages, im Rahmen eines Hands-on-Workshops umsetzen und trainieren.



Abbildung 3 und 4: An 15 muss eine dreiflächige Füllung gelegt werden. Das Ergebnis nach fünf Jahren zeigt keine Verschleißerscheinungen, da die Funktion der Kaufläche wiederhergestellt wurde.



Abbildung 5 und 6: Eindrücke von der Fortbildung mit Wolfgang-M. Boer in Greifswald

Im Anschluss an den Vortrag und im Rahmen des Workshops hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, dem Referenten Fragen zu stellen. So entwickelte sich eine lebhaft Diskussionsrunde. Wie zufrieden die Teilnehmer waren, zeigte sich in den durchweg „sehr guten“ Bewertungen am Ende des praktischen Teils.

„Unser Fortbildungskonzept aus Weiterbildung und Dialog hat sich in den letzten Jahren durchaus bewährt“, sagt Carsten Geisler, Regionalverkaufsleiter Ost von Heraeus Kulzer und Veranstalter der in der Region bereits traditionellen Fortbildungsreihe. Geislers Ziel für zukünftige Fortbildungen ist, „die so wichtige und notwendige Zusammenarbeit zwischen Industrie, Wissenschaft und Praxis weiter zu intensivieren.“

Weitere Informationen
Heraeus Kulzer GmbH
 Telefon 06181 35 2999
www.heraeus-dental.com

Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten.
 Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers / der Redaktion wieder.

Qualität ohne Kostendruck

SSO[®] aus unserer S-Klasse

- kompatibel zu Straumann Regular Neck[®] (1)
- flexibel versorgbar
- sichere Lösung für jede Situation
- auch als Bone Level Implantat OSS[®] erhältlich



Dr. Steinhoff, Wadersloh

„Für den Unterkiefer des 32-jährigen Patienten entschieden wir uns für vier zylindrische SSO-Implantate (Durchmesser 4.1 und Länge 13 mm).“

Den vollständigen Anwenderbericht schicken wir Ihnen gern zu.

Implantat-Set SSO[®]

- Implantat
- chirurgische Schraube
- Bohrer

Aktionspreis
99,90 €

Katalogpreis: 162,60 €

Aufbau-Set SSO[®]

- Abdruckpfosten
- Laboranalog
- Abutment (gerade oder anguliert)
- Kunststoffbasis ausbrennbar

Aktionspreis
99,90 €

Katalogpreis: 124,60 €

(1) Regular Neck[®] ist eine eingetragene Marke der Institut Straumann AG