

Zahnärzteblatt Brandenburg

Offizielle Zeitschrift der Zahnärzte im Land Brandenburg



**Fortbildung 2004 – Was
beinhalten die neuen
Regelungen des GMG?**

**Wie stehen wir zu
Qualitätszirkeln?“**

PAR-Gutachtertagung

**Fragen und Antworten zum
GMG**

**Steigende Gebühren in
Gerichtsverfahren treffen
auch Zahnärzte**

3/2004

**KZV-Wahl contra
Staats-KZV**

**GOZ-Analyse -
Aufruf
zur Teilnahme**

**Zahnärztinnen des ÖGD zur
Fortbildung**

**Nadelstichverletzungen nicht
bagatellisieren**

**Aus der Praxis für die Praxis:
Nachentwicklung des OK mit
einem Palatinaldistraktor**

**Kommunikation in der ZAP:
Wege zur Konfliktprävention**

**Vom 2. Motorradtreffen
Brandenburgischer Zahnärzte**

Zahnärzteblatt Brandenburg

Beiträge der KZVLB

KZV-Wahl contra Staats-KZV . . .	4
Fortbildung 2004 – Was beinhalten die neuen Regelungen des GMG ?	6
Wie stehen wir zu „Qualitäts- zirkeln“?	8
Gesundheitsministerin Schmidt zu Gast in Potsdam	9
Gemeinsamer Bundesausschuss . .	9
PAR-Gutachtertagung	10
Kariesprophylaxe mit Fluoriden .12	
Zahnärztliche und kieferortho- pädische Versorgung	13
Die Zahnfee motiviert die jüngsten Patienten	14
Fragen und Antworten zum GMG, Fortsetzung	15
Steigende Gebühren in Gerichtsverfahren treffen auch die Vertragszahnärzte	19
Tägliche Aufzeichnung ist Pflicht!	20
Es muß nicht immer gleich eine Schadensersatzklage sein	21

Neues aus Industrie & Unternehmen	40
--	----

Beiträge der LZÄK Brandenburg

Strategien der Gruppenprophy- laxe weiter nutzbar ?	23
Neues aus dem Phillip-Pfaff . . .	24
Nadelstichverletzungen immer melden	27
Aufruf zur Teilnahme an der GOZ-Analyse	29
Transversale Nachentwicklung des Oberkiefers mit einem Palatinaldistraktor	30
Emotionale Intelligenz (EQ) . . .	33
Verträge auf Scheinselbst- ständigkeit überprüfen!	35
Vorsicht Steuerfalle bei Tod eines Partners	36
2. Motorradtreffen Brandenburgischer Zahnärzte . .	38
Termine & Personalien	39

Mit dem Rücken zur Wand

Nachdem die Kieferorthopäden seit den 70-iger Jahren fast im Tal der Glückseligkeit lebten, stürzen sie nun innerhalb eines Jahrzehnts in den Abgrund der Fassungslosigkeit. Einerseits durch eine beständige konzeptionslose Sozialpolitik, andererseits durch hausgemachte Probleme. So manche Regelung stammt aus den eigenen Reihen: in dem Glauben, der Politik dabei die Hand zu reichen und in Zukunft nicht weiter beschnitten zu werden. – Welch eine Illusion.

Wir haben es versäumt, uns als Teil der Zahnmedizin darzustellen, sowohl den präventiven als auch den ganzheitlichen Aspekt unseres Fachgebietes hervorzuheben. Die Kieferorthopädie war wie die Prothetik bis in die 70-iger Jahre kein Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenkasse. Dabei hätte es bleiben sollen. Allerdings sahen das damals nicht nur die Patienten, welche die Kieferorthopädie über den Klageweg in die Leistungspflicht integrieren, sondern auch viele unserer älteren Berufskollegen ganz anders. Aber damals waren die Kassen angesichts praktischer Vollbeschäftigung noch reichlich gefüllt. Und die GKV bezahlte alles. Das hat sich durch die negative Entwicklung in der Wirtschaft und damit auf dem Arbeitsmarkt in den vergangenen 20 Jahren erheblich geändert. Also was bleibt uns - und da meine ich alle Kieferorthopäden bzw. kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte - als Alternative, um den Restriktionen durch Degression, Budget und BEMA-Abwertung zu entgegnen bzw. zu entgehen? Der Ausstieg - wie von einer größeren Anzahl von Kollegen in Niedersachsen praktiziert? Ein Lösungsansatz, welcher in den neuen Bundesländern bestenfalls in Ballungsgebieten wie dem Berliner Speckgürtel möglich erscheint. Bei weiterem Wegzug vor allem junger Leute mit Kindern in die Gebiete der alten Bundesländer und dem auch damit verbundenen extremen Rückgang der Geburten auf bis zu 25% zum Stand von 1990 fehlen hierzu die Patienten. Auch der Anteil der Privatversicherten, der in der Regel bei ca. 5-7 % liegt, setzt diesem Schritt Grenzen.

Neben diesen handfesten Fakten stehen unklare und unerträgliche Bedingungen auf der rechtlichen Seite. Dabei ist die Diskussion über die Kostenerstattung aus meiner Sicht rein rhetorisch und kein Ausweg aus dem Dilemma. Ich

habe die Diskussion zum Jahresanfang über die Möglichkeiten einer Behandlung auf Basis der Kostenerstattung mit einer Umrechnung der Leistungsdaten aus dem BEMA in die GOZ mit erheblichen Bauchschmerzen registriert. Nicht nur, das dies die faktische Anerkennung der BEMA-Abwertung beinhalten und bestenfalls die Degression konterkarieren würde; sie wäre schlichtweg der Beweis dafür, dass man für diese geringen Honorare die Leistung erbringen könnte. Fatal wäre die Verzahnung mit der GOZ und somit indirekt mit der Behandlung von „echten“ Privatpatienten. Wie will ich denn einem Privatpatienten die dann auftretenden erheblichen Abweichungen beim Steigerungsfaktor für ein und dieselbe Leistung erklären? Das haben auch die Privatversicherer längst registriert. Unter anderem gab es die Initiative des Verbandes der PKV, eine Passage aus dem SGB - notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig - in das Versicherungsvertragsgesetz zu übernehmen. Hier kann ich nur Rufen: „Wehret den Anfängen!“

Der derzeit einzig mögliche Weg ist die Nutzung von Mehrkostenvereinbarungen über außervertragliche Leistungen. Hierbei ist das Land Brandenburg ein Vorreiter auf Bundesebene, was wieder einmal zeigt, dass man keine großen Sonntagsreden halten - sondern handeln muss. Ich bin mir natürlich bewusst, dass die Möglichkeiten der Mehrkostenvereinbarung in der Kieferorthopädie zurzeit noch sehr begrenzt sind. Sie werden die finanziellen Ausfälle keinesfalls decken, die durch den BEMA-Gau entstanden sind. Aber sie sind ein besserer Anfang für einen angestrebten späteren Ausstieg aus der GKV.

Revolutionen sind mit keiner bedeutenden politischen Partei in unserem Land durchzuführen - abgesehen von einer Rückwärtsrolle mit der PDS. Aber sie sind auf lange Sicht immerhin gesprächsbereit. Man sollte in diesem Zusammenhang nicht vergessen, dass wir ca. 4.000 Kieferorthopäden in Deutschland eine politisch unbedeutende Menge sind und der minderjährige Patient sich nicht als Kampfmasse eignet. Wir müssen die Kastanien schon alleine aus dem Feuer holen, in welches wir sie seit mehr als 20 Jahren immer wieder selbst hinein geworfen haben ...

Dr. Eberhard Steglich,
FZA für KFO, Vizpräsident der
LZÄK Brandenburg

Aufruf zur KZV-Wahl

KZV-Wahl contra Staats-KZV



Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

der Gesetzgeber hat im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) auch den § 79 des SGB V neu gefasst, der die Organisation der Selbstverwaltung bzw. ihrer Organe regelt.

Der Artikel 35 (Gesetz zur Übergangsregelung zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung...) bestimmt alle Details für die Umsetzung innerhalb des GMG.

In der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg am 13. März diesen Jahres haben die gewählten Kolleginnen und Kollegen der brandenburgischen Zahnärzteschaft mehrheitlich beschlossen, in eine neugefasste Satzung und Wahlordnung die gesetzlichen Vorgaben des GMG einfließen zu lassen.

Es ging nicht darum, ein Gesetz mit Punkt und Komma kritiklos umzusetzen und passend zu machen. Ziel war es, die Rahmenbedingungen in Satzung und Wahlordnung so zu gestalten, dass einerseits eine einigermaßen zahnarztverträgliche „Gesundheitsplattform“ geschaffen wird und andererseits der Politik gezeigt wird, dass die Zahnärzte trotz vieler Stolpersteine präsent sind und weiterhin eine patientenorientierte Gesundheitspolitik betreiben wollen.

Mit Vasallengehorsam und Unterwürfigkeit hat dies wahrlich nichts zu tun – hier war kühler Pragmatismus gefragt.

Das Resultat einer „Mit dem Kopf durch die Wand“-Politik haben wir am Beispiel der KZV Bayerns erlebt. Der Staatskommissar, vom bayerischen Sozialministerium eingesetzt, beherrschte die größte KZV unseres Landes. Somit war auf gesetzlicher Grundlage (§ 79a SGB V9) eine Staats-KZV installiert.

Erst die bedingungslose Kapitulation mit Unterzeichnung einer Unterwerfungserklärung durch den Vorstand der KZV Bayerns beendete diesen vermeidbaren Machtpoker.

Der Gedanke an eine Staats-KZV und/oder einen Staatskommissar in den Räumen der KZV Land Brandenburg bereitet mir körperliches Unwohlsein.

Wir Zahnärzte im Land Brandenburg sind in den nächsten Wochen und Monaten aufgerufen, eine neue Vertreterversammlung (nach unserer neuen Satzung aus 30 Zahnärztinnen und Zahnärzten bestehend) zu wählen.

Bitte lassen Sie Ihre demokratische Chance nicht ungehört verstreichen. Sie bestimmen mit Ihrer

Wahl die Repräsentanten unseres Berufsstandes für die nächsten sechs (!) Jahre in der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg.

Der Vertreterversammlung sind entsprechend § 79 SGB V (Neufassung ab 01.01.2005) weiterreichende Aufgaben zugesprochen.

Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, legitimieren die gewählten Vertreter, Ihre Rechte wahrzunehmen und beauftragen die Vertreterversammlung, einen hauptamtlichen Vorstand der KZV Land Brandenburg zu wählen, der Ihre berechtigten Interessen gegenüber Politik und Krankenkassen kompetent und zahnarztfreundlich vertritt.

Nur wir Zahnärzte wollen unsere Rechte kompetent einfordern und unsere gesetzlichen Pflichten selbstverwaltend kontrollieren.

Staats-KZV, Staatsdirigismus und Staatskommissar in einer selbstverwalteten Körperschaft der Zahnärzte sind für mich Horrorvisionen. Deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, wählen Sie sich eine Vertreterversammlung.

Mit kollegialen Grüßen

*Ihr
Gerhard Jandrich*

Fortbildung 2004 - Was beinhalten die neuen Regelungen des GMG?

Fortbildung gehört zu den wichtigsten Berufspflichten des Zahnarztes und so ist es auch von Beginn an in der Berufsordnung der Landes Zahnärztekammer Brandenburg in § 2 (Fortbildung) verankert:

„Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft entsprechend beruflich fortzubilden und sich über die für seine Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten.“

Zu den Grundprinzipien sollten allerdings Freiwilligkeit und Anbieteroffenheit zählen - idealerweise berufsintern organisiert, also Ausbildung von Kollegen für Kollegen.

Eng verknüpft mit der Fortbildung ist die Frage der Qualitätssicherung. Eine systematische, praxisnahe und qualitätsorientierte Fortbildung ist und bleibt die Grundlage einer wissenschaftlich fundierten zahnärztlichen Tätigkeit - nicht zur willfährigen Erfüllung von Paragraphen, sondern aus eigenverantwortlichem Handeln. „Lernen ist wie Rudern gegen den Strom, wenn man aufhört, treibt man zurück.“

Dass dies die Mehrheit der Kollegen seit langem begriffen hat, zeigen die Teilnehmerzahlen der in den letzten Jahren durchgeführten Veranstaltungen auf Kammer- oder KZV-Ebene. Der Gesetzgeber hingegen hat dies anscheinend noch nicht bemerkt, denn mit Inkrafttreten des GMG wird im SGB V § 95 d die „Pflicht zur Fortbildung“ inkl. Kontrollmechanismen festgeschrieben, also eine Zwangsf Fortbildung eingeführt.

SGB V § 95 d (Auszüge)

„(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich

fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

(2) Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. (...)

(3) Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist; (...) Vertragsärzte, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen sind, haben den Nachweis nach Satz 1 erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu erbringen. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert. Ein Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholtte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. (...)

Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt. (...)

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung. (...) Die Regelungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich.“

Die Kollegenschaft ist sich, so glaube ich, einig, dass diese Zwangsmaßnahmen nicht automatisch zu besserer Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung führen. Es wird eher dazu führen, dass ausbildungsunwillige Kollegen ihre Fortbildungsveranstaltungen nicht nach der Qualität der Referenten, sondern nach der Anzahl der vergebenen Punkte auswählen.

Fort- oder Weiterbildung beinhaltet die fachliche Vertiefung der beruflichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in einem definierten Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, in Verantwortung der Zahnärztekammern nach Heilberufsgesetz.

Fortbilden kann man sich aber nicht nur über zahnmedizinische wissenschaftliche Themen, sondern

auch über Praxis- und Unternehmensführung oder den EDV-Einsatz in der Praxis. Auch das Selbststudium von Fachliteratur, Fachvideos und das Internet zählen dazu. Es würde den Rahmen sprengen, auf die vielen einzelnen Bereiche einzugehen.

Grundsätzlich gilt, dass der Zahnarzt selbst entscheiden sollte, welche Art der Fortbildung die für ihn Richtige ist. Das bundesweite Angebot für Zahnärzte ist dabei sehr vielfältig:

- Kammereigene Fortbildungsinstitute, insgesamt 14 in Deutschland
- Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
- Zahlreiche wissenschaftliche Fachgesellschaften
- KZVen: Informationsveranstaltungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung
- Vereine: Dazu gehören Berufsverbände, private Vereinigungen, Arbeitskreise, Qualitätszirkel
- Gewerbliche Träger: Dazu zählen die Industrie, gewerbliche Fortbildungsinstitute oder Beratungsfirmen (Fortbildungsinhalte müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein)
- Hinzu kommen Fortbildungsmöglichkeiten über bewährte und neue Medien.

Detaillierte Angaben über einzelne Fortbildungsveranstaltungen (inkl. der zu vergebenden Punkte) finden sie auf den Internetseiten von Kammer und KZV.

Per Gesetz wird nun die KZV zum Kontrollorgan ernannt, das die Erfüllung dieser Ausbildungspflicht kontrollieren soll. Erstmals wird der Nachweis zum 30. Juni 2009 zu erbringen sein. Die KZBV gab hierzu unter Zugrundelegung der Beschlüsse der BZÄK eine „Verfahrensgrundlage“ heraus, in der sie den in § 95 d Abs. 6 Satz 1 geforderten Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung festlegt:

„Der Vertragszahnarzt muss innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes 125 Punkte für die Pflicht zur fachlichen Fortbildung nachweisen können.

Für die Punktwertigkeit der Fortbildung wird auf die Bewertung der Bundeszahnärztekammer und der DGZMK zurückgegriffen.

Punktebewertung von Fortbildung BZÄK/DGZMK

A Frontalveranstaltung ohne aktive Beteiligung der Teilnehmer: Vortrag, Symposium, Tagung, Kongress o. ä. (In- und Ausland)

1 Punkt pro Fortbildungsstunde
3 Punkte pro halben Tag (3 oder mehr Stunden)
6 Punkte pro ganzen Tag (6 oder mehr Stunden)
2 Zusatzpunkte bei Halbtags- oder Ganztagsveranstaltungen für mündliche oder schriftliche Lern-erfolgskontrolle

B Fortbildung mit aktiver Beteiligung der Teilnehmer: Workshops, Seminare, Kurse, Übungen, Qualitätszirkel, Studiengruppen, Visiten, Hospitationen, aktive Falldemonstrationen, Supervisionen, o.ä. (In- und Ausland)

1 Punkt pro Fortbildungsstunde
1 Zusatzpunkt pro Veranstaltungseinheit
maximal 4 Punkte pro halben Tag bzw. 8 Punkte pro ganzen Tag
1 Zusatzpunkt für Arbeit am Patienten, Phantom, Präparat, Hands-On als wesentlicher Kursinhalt
2 Zusatzpunkte bei Halbtags- oder Ganztagsveranstaltungen für mündliche oder schriftliche Lern-erfolgskontrolle

C Interaktive Fortbildung über elektronische, audiovisuelle, visuelle Medien mit Auswertung des Lern-erfolgs in Schriftform
1 Punkt pro Übungseinheit
maximal 10 Punkte pro Jahr

D Autoren/Referententätigkeit
2 Punkte pro Beitrag/Vortrag/-Poster
maximal 20 Punkte pro Jahr

E Selbststudium durch Fachliteratur
10 Punkte pro Jahr

F Erfolgreich absolviertes Abschlussgespräch/Falldarstellung nach einem Curriculum
15 Punkte einmalig pro Curriculum

G Anerkennung von Fortbildungsangeboten der Medizin, die eine offizielle Punktezuweisung erhalten haben“

Auf der Grundlage dieses Beschlusses des Vorstandes der KZBV sollen weitere Verfahrensregelungen, wie z. B. das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der schriftlichen Anerkennung in Fällen, in denen Vertragszahnärzte die Fortbildung bereits vor Ablauf des Fünfjahreszeitraumes abgeleistet haben, festgelegt werden.

Als Nachweis der durchgeführten Fortbildung sollte nach Auffassung des Vorstandes der KZVLB die Dokumentation in Form von Teilnahmebestätigungen (werden beim einzelnen Zahnarzt gesammelt und aufbewahrt) und alle fünf Jahre eine Erklärung über die Anzahl der erreichten Punkte genügen. Der Verwaltungsaufwand muss auf alle Fälle so gering wie möglich gehalten werden. Nur bei groben Verstößen in der Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit wird mit einer detaillierten Überprüfung zu rechnen sein.

Im Übrigen wird es sicherlich keinem Kollegen schwer fallen, die geforderten 25 Punkte pro Jahr zu erzielen. Bereits bei einer Teilnahme am Brandenburgischen Zahnärztetag (12 Punkte), dem Halten einer Fachzeitschrift (10 Punkte) und dem Besuch einer halbtätigen Fortbildung (3 Punkte), z. B. bei der KZVLB, kann dem Gesetz Genüge getan werden.

Sven Albrecht
Vorstandsmitglied KZVLB

Wie stehen wir zu „Qualitätszirkeln“ ?

Eine Anregung zur Diskussion.

Mit der Forderung des Heilkundengesetzes an die Kammern nach „Fortbildung und Qualitätssicherung“ startete die Zahnärztekammer Niedersachsen u.a. den Aufruf: „Qualitätszirkel - interessierte Kollegen gesucht“.

„Qualitätszirkel“ (QZ), die die Behandlungsqualität verbessern helfen sollen, sind auch eine Fragestellung für uns Zahnärzte in Brandenburg.

Diese Frage ist aber nur zu beantworten, wenn zuvor der Begriff „Qualitätszirkel“ näher bestimmt wird.

Meines Erachtens kann es sich bei dem QZ nicht schlechthin um eine Gruppe von Zahnärzten handeln, die an diesem Zirkel „interessiert“ sind, wie es der Aufruf der Kammer in Niedersachsen andeutet.

Bereits in der Zusammensetzung des Zirkels sollte sich sein fachliches Anliegen und Ziel widerspiegeln.

Ein „Qualitätszirkel als **Fachgremium**“ fordert von seinen Mitgliedern theoretisch und praktisch „über den Kronenrand hinaus zu blicken“ und das Anliegen der oralen und ganzheitlichen Medizin führend vertreten zu können.

Sinnvoll können „Qualitätszirkel mit **fachspezifischer Spezialisierung**“ sein. Hier bieten sich zum Beispiel solche Spezialisierungen an, wie „Prothetik und Funktionstherapie“, „Kieferorthopädie, Funktionsanalyse und -therapie“, „Implantologie und Kieferchirurgie“ oder „Endodontie und Parodontologie“.

Der „Qualitätszirkel als **Fortbildungszirkel**“ tangiert mit seinem Arbeitsinhalt den Auftrag unseres Philip-Pfaff-Institutes. Deshalb wird diese inhaltliche Ausrichtung vom Autor nicht favorisiert.

Oder soll der Zirkel als „Qualitätszirkel **für junge Zahnärzte**“ analog

der thematischen Weiterbildung der 5-jährigen Fachzahnarztausbildung der ehemaligen DDR konzipiert werden?

Der Autor erinnert sich gern an eine solide und hilfreiche Facharztausbildung, die mit ihrer Themenbreite von Prothetik über Gesichtschirurgie bis hin zur Notfallmedizin den zum Berliner Zahnärzte-Kongress 2004 hervorgehobenen Ansprüchen einer „oralen Medizin“ bereits gut entsprach.

Der Autor hat zur Arbeit von Qualitätszirkeln fast ausschließlich positive Erfahrungen und favorisiert die Variante „**Qualitätszirkel als das Fachgremium im Bereich**“, die im Folgenden deshalb etwas näher ausgeführt werden soll.

Er stellt diese Auffassung zur Diskussion. Seine Erfahrungen resultieren aus einer mehrjährigen Mitarbeit in einem interdisziplinären Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und einer interdisziplinären Arbeitsgruppe.

Das positive Fazit ergibt sich natürlich nicht nur aus der kreativen und effizienten fachlichen Gruppenarbeit oder schlichtweg daraus, das man nicht mehr nur „im eigenen Saft schmort“. Nicht unwichtig sind auch unter dem zunehmenden Existenzdruck der kollegiale Kontakt, der persönliche Austausch und der vertrauensvolle Umgang miteinander, was übrigens auch nebenher auf den strukturellen Gesichtspunkt einer sozialen Kompetenz hinweist.

Der Qualitätszirkel als das Fachgremium im Bereich ist eine konkret strukturierte Arbeitsgruppe aus mindestens 4 bis maximal 20 interessierten, erfahrenen und fachlich profilierten sowie ehrenamtlich arbeitenden Kollegen, die in ihrer Tätigkeit ausgewählte Themen, Problemfragen und Fälle unter dem Gesichtspunkt einer komplexen Betrachtungsweise behandelt und mindestens vier Mal im Jahr tagt.

Der Zirkel ist eine **von der LZÄK Land Brandenburg anerkannte Institution**.

Die Struktur erfüllt folgende Rahmenbedingungen:

- Leiter und „Moderator“ des QZ
- Zahnärzte mit der Spezialisierung Prothetik, Parodontologie, Endodontie, Funktionstherapie, Kieferchirurgie oder Implantologie
- Zahnarzt mit ganzheitlicher Orientierung
- jeweils ausgewählte Gäste als Zuhörer und als Referenten

Die Arbeit organisiert sich nach einem **Jahresprogramm**, zu dem die Zirkelmitglieder Themenvorschläge einreichen. Das Programm schließt die Möglichkeit ein, aktuelle fachliche Entwicklungstendenzen und Probleme mit aufzunehmen, sowie die von Kollegen im Zirkel vorgestellte Fälle zu diskutieren.

Das Programm könnte z.B. folgende Themen beinhalten:

- Diskussion von ausgewählten Therapievorschlügen unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit
- Probleme der Materialverträglichkeit
- Vorstellung von fachspezifisch ausgewählten Problemfällen.

Die Themen werden abwechselnd jeweils von einem QZ-Mitglied verantwortlich vorbereitet.

Bestimmte Ergebnisse der Zirkelarbeit werden mindestens **einmal im Jahr publiziert**.

Veranstaltungsort sind in der Regel die Praxisräume eines Zirkelmitgliedes. Auf Anforderung wird kostenlos ein Seminarraum in der Kammer oder KZV bereitgestellt.

Die Anzahl der Qualitätszirkel im Kammerbereich richtet sich nach der Größe der Territorien und der Interessenlage. In Brandenburg empfehlen sich z. B. „QZ Potsdam“, „QZ Brandenburg“, „QZ Frankfurt/Oder“ und „QZ Cottbus“.

Im Rahmen der Fortbildungszertifizierung der LZÄK Land Brandenburg erhalten die Teilnehmer **2 Punkte** und der Moderator **3 Punkte** je Veranstaltung.

Die Teilnahme an den Zirkeln wird mit einer Teilnahmebescheinigung der LZÄK Brandenburg bestätigt.

Die Kammer in Niedersachsen finanziert als Starthilfe die **Ausbildung der Zirkelleiter**. Brandenburg sollte diesem Vorgehen nicht nachstehen.

Interessenten werden gebeten, ihre Diskussionsbeiträge und Nachfragen an die Abt. Öffentlichkeitsarbeit der KZVLB zu richten, gern auch telefonisch unter 0331 2977-337 oder per Mail: christina.poeschel@kzvlb.de.

Dr. L. Gericich
Redaktionsmitglied, KZVLB

Gesundheitsministerin Schmidt zu Gast in Potsdam



(ZBB) Auf Einladung der Märkischen Oderzeitung nahm Gesundheitsministerin Ulla Schmidt am 04. März an einem Gesundheitsforum teil. In der brandenburgischen Landeshauptstadt stellte sie sich den Fragen gesundheitspolitisch interessierter Bürger. Dr. Klaus Rost, Chef-

redakteur der MAZ und Redakteur Andreas Streim (Foto) eröffneten die Veranstaltung mit einer kurzen Lageanalyse und stellten die ersten Fragen. Danach kamen die Gäste zum Zuge, die die Gesundheitsministerin mit ihren Problemen – in erster Linie die Praxisgebühr – konfrontierten.

Gemeinsamer Bundesausschuss

(ZBB) Seit Januar 2004 hat die gemeinsame Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen eine neue Struktur erhalten. Mit der Gesundheitsreform ist der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen neu organisiert und aufgewertet worden: Mit dabei sind nun auch - neben Ärzten (KBV und KVen) und Zahnärzten (KZBV) die Krankenhäuser, vertreten durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Das Bundesgesundheitsministerium hat das Recht, an allen Sitzungen teilzunehmen. Nach der Satzung müssen die Beratungen und ihr Verlauf vertraulich behandelt werden, ebenso die Abstimmungsergebnisse. Auf der Grundlage des gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalogs wird der Gemeinsame Bundesausschuss die konkrete Leistungsanspruchnahme in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), hier-

bei insbesondere die Zuschüsse beim Zahnersatz sowie Kriterien zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen festlegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mit eigener Rechtsfähigkeit und Finanzhoheit ausgestattet und verfügt damit über mehr Regelungskompetenzen als seine Vorgängereinstitution. Der Sitz des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in Berlin.

Unparteiische Mitglieder

Prof. Dr. Herbert Genzel, Vorsitzender, Eckhard Schupeta, Prof. Vlado Bicanski

Vertreter der Krankenkasse

AOK-Bundesverband: Gert Nachtigal, Dr. Hans Jürgen Ahrens, Dr. Rolf Hoberg

Verband der Angestellten-Krankenkassen: Dr. Doris Pfeiffer,

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband: Dr. Werner Gerdelmann

Bundesverband der Betriebskrankenkassen: Wolfgang Schmeinck

Bundesverband der Innungskrankenkassen: Rolf Stuppardt

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen: Dr. Sk Harald Deisler

Bundesknappschaft: Rolf Stadié

Vertreter der Leistungserbringer

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Jürgen Braun-Himmerich, Dr. Ute Maier, Dr. Günther E.

Buchholz, Dr. Eugen Dawirs, Dr. Holger Weißig, Ralf Wagner, Dr. Peter Kriett, Dr. Thomas Muschallik

PAR – Gutachtertagung

Die Par-Gutachter trafen sich zu ihrer jährlichen Tagung. Neben dem Erfahrungsaustausch standen die neuen Richtlinien im Mittelpunkt.

(ZBB) Am 21. April trafen sich in den Räumen der KZV die Par-Gutachter zu ihrer diesjährigen Tagung. Dabei wurden hauptsächlich die neuen Richtlinien und deren Auswirkungen auf die Durchführung der Par-Behandlung und die Begutachtung von eingereichten Behandlungsplänen diskutiert. Dazu nahmen die beiden Referenten, Dr. Ulrich Schmiedeknecht und Hauptgeschäftsführer Rainer Linke in ihren Vorträgen Stellung.

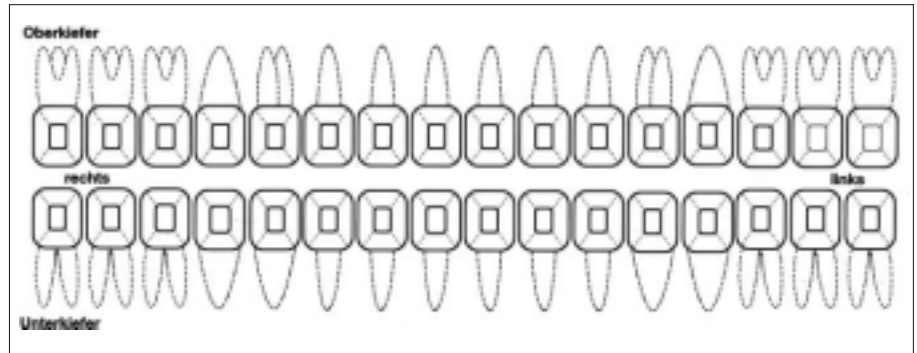
Einleitend ging Dr. Schmiedeknecht auf die geänderten Positionen im BEMA Teil IV - Systematische Behandlung von Parodontopathien ein. Hier wurde ausdrücklich auf die konsequente Beachtung der Richtlinien hinsichtlich der Taschentiefe und der daraus erforderlichen Therapie hingewiesen.

Es folgte ein kurzer statistischer Überblick über die Entwicklung der Par-Fälle und Gutachten der letzten vier Jahre. Die überwiegende Konstanz der Zahlen zeigt zum Einen die Effizienz der Schulungen seitens der KZVLB und zum Anderen das gleich bleibende Therapieverhalten der brandenburgischen Zahnärzte.

Im dritten Teil seines Vortrages ging Dr. Schmiedeknecht auf die Notwendigkeiten, aber auch auf die Möglichkeiten bei der Par-Therapie ein, die sich aus den Richtlinien ergeben. Hier wurde auf die Parodontologie als integraler Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes hingewiesen.

Herr Linke befasste sich in seinem Vortrag mit den vertraglichen und abrechnungstechnischen Grundlagen in der Par-Behandlung ab dem 01.01.04. In seiner gewohnten Art brachte er die eher trockene Materie den Zuhörern nahe und löste damit viele konstruktive Diskussionen aus.

Es zeigte sich einmal mehr, wie schwer der Umgang mit starren



Bei der Feststellung, ob ein Zahn ein- oder mehrwurzelig ist, ist nicht die individuelle Befundsituation maßgebend, sondern die Darstellung des Zahnbefundes auf dem Parodontalstatus (Blatt 2).

Als einwurzelige Zähne gelten:

alle Frontzähne, im OK Zahn 5, im UK die Zähne 4 und 5.

Als mehrwurzelige Zähne gelten:

alle Molaren und im OK Zahn 4.

Richtlinien sein kann. Erwähnt sei hier die Frage: wann ist ein Zahn ein- oder mehrwurzelig? Hier ist nicht die individuelle Befundsituation maßgebend, sondern die Darstellung des Zahnbefundes auf dem Parodontalstatus.

Für Interpretationsbedarf sorgten auch Ausnahmefälle bei einem sofortigen offenen Verfahren in der Par-Therapie. Nach Auffassung der Gutachter müssen entsprechende Ta-

schentiefen oder anatomische Besonderheiten vorliegen. Ein gleichzeitiges Beantragen von geschlossenem und offenem Verfahren an ein und demselben Parodontium ist nicht möglich.

Abschließend verwies Herr Linke auf einen neuen Par-Aufkleber, der allerdings noch in der Diskussion mit den Krankenkassen ist. Das Gleiche gilt für das Anfertigen von Modellen für die Begutachtung.

Geschlossenes Vorgehen:

Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr, wobei alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge - Biofilm und Zahnstein - nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen entfernt werden.

Offenes Vorgehen:

Bei Sondiertiefen von mehr als 5,5 mm kann das geschlossene Vorgehen (Nr. 200/201) vor dem offenen Vorgehen (Nr. 202/203) durchgeführt werden. Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen zusätzlich durchzuführen ist. In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen (Nr. 202/203) auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen (Nr. 200/201) erfolgen. Das hängt von der festgestellten Diagnose ab.

Vor Durchführung eines offenen Vorgehens ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war.

Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

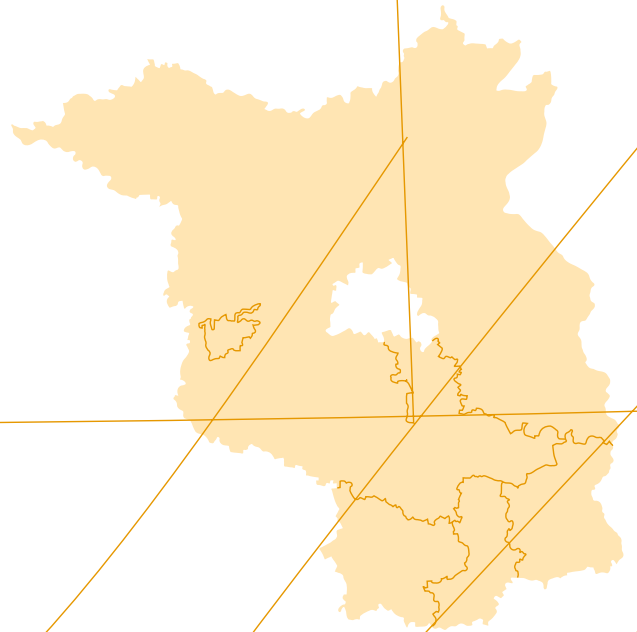
Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen ist zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie erforderlich.

Kariesprophylaxe mit Fluoriden

In ihrer Stellungnahme aus dem Jahr 2002 – veröffentlicht in DZZ 55 (00) – geht die DGZMK auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum Einsatz von Fluoriden ein. Hiernach ist der lokalen Applikation der Vorrang vor der systemischen Fluoridanamnese zu erheben. Prinzipiell kann der Fluoridgehalt des lokalen Trinkwassers vom zuständigen Wasserwerk oder Gesundheitsamt erfragt werden.

Die KZV Land Brandenburg hat für Sie eine Übersicht des Fluoridgehaltes des Trinkwassers zusammengestellt, die wir Ihnen unten darstellen.

Dr. U. Schmiedeknecht
Mitglied des Vorstandes, KZVLB



Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung
im Bereich der KZV Land Brandenburg

(Stand: 01.05.2004)

Kreis- bzw. kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl	Zahnärzte			Kieferorthopäden		
		Soll	Ist	%	Soll	Ist	%
1. Brandenburg, Stadt	73.283	43,6	59,0	135,3*	4,6	4,0	87,0
2. Cottbus, Stadt	97.208	75,9	90,0	118,6*	6,1	6,0	98,4
3. Eisenhüttenstadt, Stadt	37.569	22,4	26,0	116,1*	2,3	2,0	87,0
4. Frankfurt, Stadt	67.759	40,3	54,0	134,0*	4,2	5,0	119,0*
5. Potsdam, Stadt	127.226	99,4	112,5	113,2*	8,0	9,0	112,5*
6. Schwedt, Stadt	35.915	21,4	25,0	116,8*	2,2	3,0	136,4*
7. Angermünde	33.648	20,0	17,0	85,0	2,1	-	-
8. Bad Freienwalde	33.327	19,8	20,0	101,0	2,1	2,0	95,2
9. Bad Liebenwerda	47.270	28,1	25,0	89,0	3,0	3,0	100,0
10. Beeskow	34.907	20,8	24,0	115,4*	2,2	-	-
11. Belzig	33.704	20,1	21,0	104,5	2,1	-	-
12. Bernau	99.977	59,5	56,0	94,1	6,2	3,0	48,4
13. Brandenburg Land	39.941	23,8	17,0	71,4	2,5	-	-
14. Calau	45.713	27,2	27,0	99,3	2,9	1,0	34,5
15. Cottbus Land	52.396	31,2	23,0	73,7	3,3	-	-
16. Eberswalde	69.229	41,2	46,5	112,9*	4,3	2,0	46,5
17. Eisenhüttenstadt Land	25.752	15,3	11,0	71,9	1,6	--	-
18. Finsterwalde	46.895	27,9	32,0	114,7*	2,9	1,0	34,5
19. Forst	32.855	19,6	23,0	117,3*	2,1	2,0	95,2
20. Fürstenwalde	109.296	65,1	65,0	99,8	6,8	3,0	44,1
21. Gransee	38.736	23,1	20,0	86,6	2,4	-	-
22. Guben	30.916	18,4	20,0	108,7	1,9	1,0	52,6
23. Herzberg	33.537	20,0	22,0	110,0*	2,1	1,0	47,6
24. Jüterbog	33.625	20,0	19,0	95,0	2,1	-	-
25. Königs Wusterhausen	104.071	61,9	57,0	92,1	6,5	4,0	61,5
26. Kyritz	30.689	18,3	23,0	125,7*	1,9	1,0	52,6
27. Lübben	30.641	18,2	18,0	98,9	1,9	1,0	52,6
28. Luckau	26.915	16,0	16,0	100,0	1,7	1,0	58,8
29. Luckenwalde	38.781	23,1	24,0	103,9	2,4	3,0	125,0*
30. Nauen	97.074	57,8	50,0	86,5	6,1	4,0	65,6
31. Neuruppin	61.705	36,7	35,0	95,4	3,9	2,0	51,3
32. Oranienburg	155.282	92,4	98,0	106,1	9,7	5,0	51,5
33. Perleberg	63.053	37,5	41,0	109,3	3,9	2,0	51,3
34. Potsdam Land	137.703	82,0	79,0	96,3	8,6	3,0	34,9
35. Prenzlau	43.957	26,2	21,0	80,2	2,7	2,0	74,1
36. Pritzwalk	27.577	16,4	20,0	122,0*	1,7	1,0	58,8
37. Rathenow	54.036	32,2	31,0	96,3	3,4	1,0	29,4
38. Seelow	36.494	21,7	16,0	73,7	2,3	1,0	43,5
39. Senftenberg	92.105	54,8	60,0	109,5	5,8	4,0	69,0
40. Spremberg	38.127	22,7	21,0	92,5	2,4	1,0	41,7
41. Strausberg	111.616	66,4	60,0	90,4	7,0	2,0	28,6
42. Templin	31.880	19,0	20,0	105,3	2,0	1,0	50,0
43. Wittstock	21.207	12,6	13,0	103,2	1,3	1,0	76,9
44. Zossen	91.974	54,7	48,0	87,8	5,7	3,0	52,6
gesamt	2.575.571	1.574,7	1.606,0	102,0	160,9	91,0	56,6

* zahnärztliche Überversorgung = 13 Planungsbereiche

* kieferorthopädische Überversorgung = 4 Planungsbereiche

In der Praxis erlebt

Die Zahnfee motiviert die jüngsten Patienten

Manche Begebenheiten, die sich in der Zahnarztpraxis abspielen, sind es wert aufgeschrieben zu werden. An der Geschichte von Anna und Lena fand das Team der Praxis Ebert in Lieberose besonders großen Gefallen und schickte uns Bilder und Text.

Eine fünfjährige Patientin, deren Milchzähne bereits ausfallen, bekam in der Praxis für die gute Pflege ihrer Wackelzähne eine Nemo-Kassette geschenkt, die sie sofort ihrer Freundin Anna vorführte. Anna war neidisch und beschloss, sich ebenfalls eine der begehrten Kassetten zu beschaffen.

Sie schrieb an die Zahnfee:

malte sie ein Bild und diktierte ihrer Mutter einen Brief (s. unten).

Selbstverständlich erhielt auch Lena Antwortpost von der Zahnfee. Ein Putzset und eine Milchzahnbox für die ersten Wackelzähne befanden sich zur großen Freude des kleinen Mädchens ebenfalls im Päckchen.

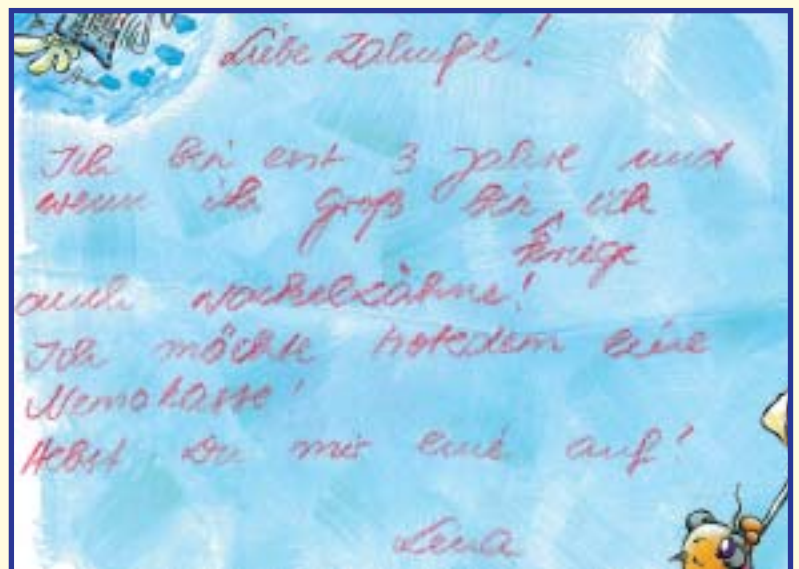


Die Geschwister Anna und Lena, die Kontakt mit der Zahnfee aufnehmen



Angesichts eines solch ehrlichen Briefes blieb der „Zahnfee“ nichts übrig, als umgehend zu antworten. Da leider die Nemo-Kassetten ausgegangen waren, erhielt Anna ein Zahnputzset und einen netten Brief mit dem Versprechen, jeden Wackelzahn zu belohnen, den sie unter ihr Kopfkissen legen würde.

Die Antwort der Zahnfee fiel Annas dreijähriger Schwester Lena in die Hände. Obwohl noch ohne Wackelzähne, dachte sich Lena, es könne ja nicht schaden, sich vorsorglich bei der Zahnfee zu melden. Weil sie noch nicht schreiben kann,



Für die Praxis war der Briefwechsel mit den beiden Mädchen mehr als nur eine nette Begebenheit. Angst vor dem Zahnarzt wird für die beiden kaum jemals ein Thema sein. Wenn sie die Praxis besuchen, freuen sie sich nämlich auf die Zahnfee.



Fortsetzung

Fragen und Antworten zum GMG

Frage 1:

Zahnärztliche Leistungen, die nicht im BEMA enthalten sind, werden seit dem 01.01.2004 nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Nach welcher Maßgabe findet diese GOÄ in der vertragszahnärztlichen Versorgung ihre Anwendung?

Antwort:

Entsprechend der „Allgemeinen Bestimmungen“ zum BEMA können nach Nr. 3b ausschließlich nachfolgend angeführte Abschnitte der GOÄ’82 Anwendung finden; und das auch nur dann, wenn der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthält:

- B IV (Nrn. 45 bis 62; Visiten, Assistenz, Konsilientätigkeit Besuche)
- B V (Zuschläge für die Leistungen nach Nrn. 45-62)
- B VI (Nrn. 70 und 75; Bescheinigung, Befundberichte)
- C (Nrn. 250, 251, 252 – nicht für die Injektion zu Heilzwecken, 253, 254, 255, 271, 272, 300, 303) (Blutentnahmen, Injektionen, Punktionen)
- J (Nrn. 1400 bis 1639 [Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde])
- L (Nrn. 2000 bis 3321 [Chirurgie/Orthopädie])
- N (Nrn. 4800 bis 4873 [Histologie, Zytologie])

Frage 2:

Wie berechnet sich das Wegegeld nach der GOÄ’82, wenn die Entfernung zwischen Besuchs- und Praxisstelle 2 km beträgt?

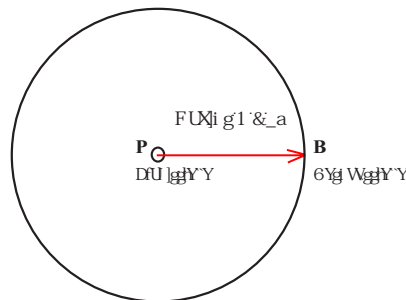
Antwort:

Nach § 8 Abs. 1 der GOÄ kann sich der Zahnarzt für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld berechnet sich für

Nr.	Erläuterung
7810	Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern
7811	Wegegeld für Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr
7820	Wegegeld von mehr als 2 bis 5 Kilometern
7821	Wegegeld von mehr als 2 bis 5 Kilometern bei Nacht
7830	Wegegeld von mehr als 5 bis 10 Kilometern
7831	Wegegeld von mehr als 5 bis 10 Kilometern bei Nacht
7840	Wegegeld von mehr als 10 bis 25 Kilometern
7841	Wegegeld von mehr als 10 bis 25 Kilometern bei Nacht
7910	Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern

einen **Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes** wie folgt:

Wie ist die Definition „Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes“ zu verstehen?



Aus der Definition des Leistungsinhaltes des Wegegeldes ergibt sich, dass als Berechnungsgrundlage ausschließlich die **einfache** Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle (hier 2 km) herangezogen wird.

Daraus folgt, dass bei der Zuordnung der Gebührennummer die insgesamt gefahrenen Kilometer im Sinne von Hin- und Rückfahrt (hier 4 km) bedeutungslos sind, sondern dass lediglich die Entfernung vom Punkt P zum Punkt B (hier 2 km) die Zuordnungsgrundlage bezogen auf die abrechnungsfähige Gebührennummer bildet.

Fazit:

Für den in der Fragestellung beschriebenen Sachverhalt erfolgt die Abrechnung über die Gebüh-

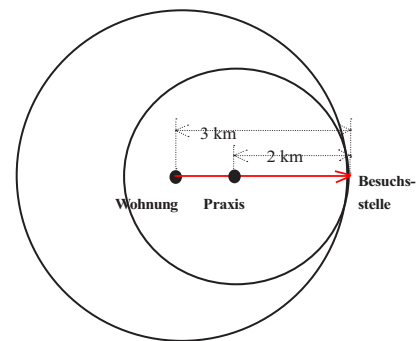
rennummer 7810 (Wegegeld für die Entfernung bis zu 2 km).

Frage 3:

Wie erfolgt die Wegegeldberechnung, wenn der Zahnarzt den Besuch nicht von der Praxis aus sondern von seiner Wohnung aus antritt und die Entfernung zwischen der Wohnung und der Besuchsstelle 3 km beträgt?

Antwort:

Entsprechend dem § 8 Abs. 2 der GOÄ gilt dann: „Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.“



Daraus ergibt sich folgende Wegegeld-Abrechnung:

Abfahrt des Zahnarztes von seiner Praxis

Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsstelle = 2 km; Abrechnung der **Geb.-Nr. 7810**

Abfahrt des Zahnarztes von seiner Wohnung

Entfernung zwischen Wohnung- und Besuchsstelle = 3 km; Abrechnung der Geb.-Nr. 7820

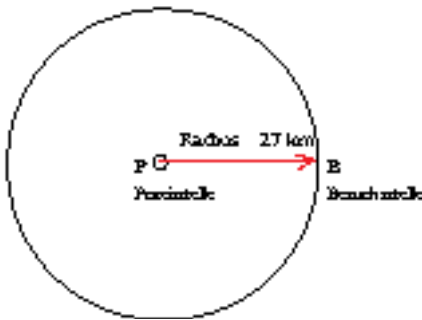
Frage 4:

Wann und wie erfolgt eine „Reiseentschädigung“?

Antwort:

Nach § 9 Abs. 1 der GOÄ tritt bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 km zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Die Gebührennummer hierfür lautet 7910 und beinhaltet pauschal einen Betrag von 51,13 €. Zuzüglich ist je gefahrenen Kilometer ein Betrag von 0,26 € ansatzfähig. Somit ist unbedingt zu beachten, dass in der Bemerkungsangabe-Spalte zur Geb.-Nr. 7910 die Anzahl der insgesamt (Hin- und Rückfahrt) gefahrenen Kilometer angegeben wird (die Kilometerangabe muss über 50 km betragen, da ansonsten Wegegeld und nicht Reiseentschädigung abrechenbar ist).

Beispiel



ansatzfähig:

Geb.-Nr. 7910 = 51,13 €

zuzüglich

54 km x 0,26 €/km = 14,04 €

Frage 5:

Nach dem seit dem 01.01.2004 gültigen BEMA schreibt der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 98 f vor, dass diese Gebühr grundsätzlich nur noch im Zusammenhang mit Interimsprothesen ansatzfähig ist.

5a)

Je nach Indikation wird nach Interimsprothese, Immediatprothese oder einer definitiven Prothese unterschieden. Worin besteht der

kategorische Unterschied zwischen Immediat- und Interimsprothese?

Antwort:

Die Immediatprothese besitzt methodischen Charakter. Die Interimsprothese besitzt eine zeitbegrenzte Aufgabenstellung. (s. Tabelle)

5b)

Kann die Geb.-Nr. 98 f bei der Neuplanung einer mehrarmigen gebogenen Halte- und Stützvorrichtung an einer alten, definitiven, ansonsten funktionstüchtigen Kunststoffprothese neben der Geb.-Nr. 100 b abgerechnet werden?

Antwort:

Nein! Bezogen auf eine reine Kunststoffprothese gilt auch bei Wiederherstellungsmaßnahmen, dass die Geb.-Nr. 98 f sowohl honorarmäßig als auch labortechnisch vertragszahnärztlich nicht ansatzfähig ist, sondern seit dem 01.01.2004 eine reine Privatleistung darstellt. Das Schicksal der Geb.-Nr. 100 b als Begleitleistung trägt das Schicksal der Hauptleistung (Geb.-Nr. 98 f), wenn keine weitere Wiederherstellungsmaßnahme (wie z. B. Bruchreparatur, Erweiterung um einen Zahn) angefallen ist.

5c)

Eine alte Kunststoffprothese soll in ca. 2 Wochen durch eine Modellgussprothese ersetzt werden (ist schon in Arbeit). An der alten Kunststoffprothese muss eine Wiederherstellungsmaßnahme nach 98 f erfolgen, um die Funktionstüchtigkeit der Kunststoffprothese bis zur Eingliederung der Modellgussprothese wiederherzustellen. Sind in diesem Fall die Geb.-Nrn. 98 f und 100 b Vertragsleistungen?

Antwort:

Ja! Die Kunststoffprothese trägt nun den Charakter einer Interimsprothese, bei welcher wiederum die Geb.-Nr. 98 f als eine Vertragsleistung definiert ist.

5d)

Schließt der Hinweis im Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 98 f „nur abrechnungsfähig bei Interimsversorgung“ aus, dass bei Modellgussprothesen eine Leistung nach 98 f zum Ansatz kommen kann?

Antwort:

Nein! Die Abrechnungsbestimmung zur Geb.-Nr. 98 f weist darauf hin, dass die Verwendung von Halte- und Stützvorrichtungen nach Nr. 98 f mit der Gebühr nach Nr. 98 g abgegolten ist. Das wiederum bedeutet, dass labortechnisch derartige Klammern bei der Neuanfertigung zum Ansatz kommen können, aber das zahnärztliche Honorar dahingehend mit der Geb.-Nr. 98 g abgegolten ist. Daraus ergibt sich, dass im Rahmen einer Wiederherstellungsmaßnahme nach 98 f diese Gebühr neben der Nr. 100 b als Vertragsleistung abgerechnet werden kann.

Frage 6:

Wie wird die Erneuerung einer Verblendung an einer Teleskopkrone abgerechnet?

Antwort:

Für die Erneuerung von Verblendungen an Teleskopkronen kann lediglich die Geb.-Nr. 24 b zum Ansatz gebracht werden. Eine zusätzliche Berechnung der Geb.-Nr. 100 b kann nur dann erfolgen, wenn auch eine **Reparatur** mit Abdruck **an der Prothese** durchgeführt wird.

Bezugsgröße	Immediatprothese	Interimsprothese
Verwendungszweck	- Sicheleprothese - definitive Prothese, die voll funktionstüchtig gestaltet wird, also eine n. vollwertigen Zahnreihe darstellt	- provisorische Zahnreihe, die nur zeitlich begrenzt getragen wird - soll die Zeit bis zur Anfertigung einer endgültigen Prothese überbrücken
Indikation	- wird z. B. nach Zahnverlusten (Maßnahmen eingeleitet), muss jedoch nach der Wundheilung (in der Regel nach 3 bis 6 Monaten) noch unentzündet werden, um dann als dauerhafte Zahnreihe getragen zu werden	- bei Behandlungsfällen angezeigt, bei denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist und X. Zahnverluste zu erwarten sind, die eine Weiterverwendung der Prothese nicht erlauben
Ziel	- physiognomischer und phonetischer Schutz	- primär: phonetische sowie funktionelle Gesichtspunkte (z. B. Sicherung der Bisslage) - sekundär: optischer Ausgleich einer Zahnreihe

Frage 7:

Ein Patient wünscht einen herausnehmbaren Zahnersatz (Prothese), bei dem die Verbindung zum feststehenden Teil (Krone) durch ein Geschiebe und nicht durch Teleskopkronen erfolgen soll. Was wird als Vertragsleistung abgerechnet und wie sieht die Mehrkostenberechnung aus?

Antwort:

Auszug aus dem Heil- und Kostenplan

I. Befund des gesamten Gebisses / Behandlungsplan																	
Beh-Plan	E	E	E	TV									TV	E	E	E	
Bef	f	f	f	t									t	f	f	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

Bemerkungen: (Belüftung der Kiefer Art der Leistung)
 Aufgabe: Mehrkostenvereinbarung gem. § 30 Abs. 3 SGB V
 15,25 → Geschiebe und 14,24 → Krone

II. Gebührenvoraberechnung			
Gebühren-Nr.	Anzahl	Bew.-Zahl	Spalte 2 x Spalte 3
1	2	3	4
19b	2	19	38
91d	2	190	380
96b	1	83	83
98g	1	44	44
98a	1	29	29

Hinweis: Die Geb.-Nr. 91 d kann nur als Vertragsleistung gegengerechnet werden, wenn sie für die konkrete Versorgung auch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich wäre.

Auszug aus der Mehrkostenvereinbarung

Beh-Plan	E	E	E	O KM	KM								KM	O KM	E	E	E
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

Leistung	Mehrkosten zusätzliches Honorar €	Mehrkosten Material- u. Laborkosten €
Zahn 15,25 → Geschiebe Zahn 14,24 → Krone		
GOZ-Leistung	GOZ-Nr.: 508 x 2 GOZ-Nr.: 501 x 2 GOZ-Nr.: 221 x 2 GOZ-Nr.: 227 x 2	tatsächliche Laborkosten (nach BEB: 2 Geschiebe, 4 vestibulär verblendete Kronen, 4 prov. Kronen, Metallkosten: für Geschiebe, wenn individuelle Geschiebe, sowie für 4 Kronen und nach BEL: u. a. Prothese, Metallbasis, indiv. Löffel, Modelle, Versandkosten)
abzüglich BEMA-Leistung	abzüglich Geb.-Nr.: 91 d x 2	abzüglich Kostenaufstellung nach BEL (2 Teleskopkronen und deren Verblendung, Metallkosten für die 2 Teleskopkronen, Prothese, Metallbasis, indiv. Löffel, Modelle, Versandkosten u. a.)



Cover-Denture-Prothese

Frage 8:

Ist es richtig, dass die Cover-Denture-Prothese nach der Geb.-Nr. 97 a bzw. 97 b abgerechnet wird, obgleich es sich nicht um eine Totalprothese im klassischen Sinn handelt?

Antwort:

Ja! Bis zur Umstrukturierung des BEMA wurde die Cover-Denture-Prothese unter der Geb.-Nr. 96 c abgerechnet, seit dem 01.01.2004 wurde diese Versorgungsform erheblich aufgewertet, indem ihr die Geb.-Nr. 97 a bzw. b zugeordnet wurde. Dieses ist damit zu begründen, dass diese Teilprothese in Form und Ausdehnung einer Totalprothese entspricht.

Bei der Cover-Denture-Prothese handelt es sich um eine vorwiegend schleimhautgelagerte subtotale Prothese bei geringem Restzahnbestand von in der Regel 1 bis 3 Zähnen oder Zahnwurzeln.

Bei der Herstellung von Cover-Denture-Prothesen wird im Allgemeinen für die Basis Prothesenkunststoff verwendet. Eine Metallbasis (berechnet nach der Geb.-Nr. 98 e) geht in der Regel über das Gebot der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterliegt nur in begründeten Ausnahmefällen der Leistungspflicht der Krankenkasse, z. B. bei

- Torus palatinus (Gaumenwulst),
- Exostosen (Knochenvorsprüngen),
- Neigung zu Entzündungen der abgedeckten Mundschleimhaut bei Verwendung von Prothesenkunststoff,
- hohem Bruchrisiko bei atypischen kaufunktionellen Belastungen,
- hohem Bruchrisiko bei Patienten, die gewohnheitsmäßig mit den Zähnen knirschen oder pressen (Bruxismus),
- hohem Bruchrisiko bei Patienten, die bei der Arbeit mit den Zähnen pressen (z. B. Schwerarbeiter),
- ungünstigen Platzverhältnissen im Oberkiefer für eine Prothesenbasis aus Kunststoff, z. B. extrem tiefer Biss, Deckbiss, hoher und spitzer Gaumen, extrem ausgebuchteter Tuber maxillae (Vorwölbung an der Hinterfläche des Oberkieferknochens).

Frage 9:

Wie werden Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen abgerechnet?

Antwort:

Nach dem Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 100 sind Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen nach der Geb.-Nr. 100 b abrechnungsfähig. Ist somit die Wiederherstellung der Funktion einer Wurzelstiftkappe mit Kugelknopfanker bei einer Cover-Denture-Prothese erforderlich, erfolgt die Abrechnung dieser Maßnahme nach der Geb.-Nr. 100 b.

Rainer Linke

Hauptgeschäftsführer

Anke Gera

Stellv. Abteilungsleiterin Abrechnung

Neue Rechtsanwaltsvergütungsregelung ab Juli 2004

Steigende Gebühren in Gerichtsverfahren treffen auch die Vertragszahnärzte

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG), das am 01. Juli 2004 in Kraft tritt, eine neue Vergütungsregelung für die Tätigkeiten der Rechtsanwälte geschaffen. Das RVG löst insoweit die bisherigen Regelungen der BRAGO ab.

Durch das neue Gesetz sollen zum einen die Preissteigerungen der vergangenen zehn Jahre (so lange gab es keine Gebührenanpassung für die Tätigkeiten der Rechtsanwälte und Notare) ausgeglichen werden und überdies außergerichtliche Einigungen wieder erstrebenswerter werden.

Für Verfahren vor dem Sozialgericht fallen insofern im Vergleich zu der bisherigen Regelung ab 01. Juli diesen Jahres höhere Gebühren für Vertragszahnärzte an.

Die Vergütung (Gebühren und Auslagen) der Rechtsanwälte berechnet sich für anwaltliche Tätigkeiten gemäß dem RVG grundsätzlich nach dem Wert, den der Gegenstand der Tätigkeit hat (Gegenstandswert). In einer tabellarischen Anlage zum RVG, die nachfolgend abgedruckt ist, sind die Gebühren für die Gegenstandswerte aufgeführt.

Die derzeit noch nach der BRAGO zu erhebende Prozess- und Verhandlungsgebühr gibt es in dieser Form im

Gegenstands- wert bis ... EURO	Gebühr in EURO	Gegenstands- wert bis ... EURO	Gebühr in EURO
300	25	40 000	902
600	45	45 000	974
900	65	50 000	1 046
1 200	85	65 000	1 123
1 500	105	80 000	1 200
2 000	133	95 000	1 277
2 500	161	110 000	1 354
3 000	189	125 000	1 431
3 500	217	140 000	1 508
4 000	245	155 000	1 585
4 500	273	170 000	1 662
5 000	301	185 000	1 739
6 000	338	200 000	1 816
7 000	375	230 000	1 934
8 000	412	260 000	2 052
9 000	449	290 000	2 170
10 000	486	320 000	2 288
13 000	526	350 000	2 406
16 000	566	380 000	2 524
19 000	606	410 000	2 642
22 000	646	440 000	2 760
25 000	686	470 000	2 878
30 000	758	500 000	2 996
35 000	830		

Quelle: Kostenrechtsmodernisierungsgesetz: Artikel 3 – Rechtsanwaltsvergütungsgesetz – RVG, Anlage 2

RVG nicht mehr. Vielmehr wird nach dem RVG eine Verfahrensgebühr, eine Termingebühr und eventuell eine Geschäftsgebühr erhoben.

Die Verfahrensgebühr im gerichtlichen Verfahren in Höhe des 1,3fachen des Gegenstandswertes wird

fällig, wenn der Rechtsanwalt das Mandat übernimmt und ist für die mit dem Mandat verbundenen geschäftsmäßigen Aufwendungen der Rechtsanwaltskanzlei gedacht. Darüber hinaus wird bei einem gerichtlichen Verfahren eine Termingebühr (1,2fache des Gegenstandswertes) für die Vertretung im Verhandlungsfall sowie bei Erörterungs-Beweisaufnahme- oder Vergleichstermin vor Gericht fällig. Der Rechtsanwalt kann ferner ab Inkrafttreten des Gesetzes eine Geschäftsgebühr (0,9fache des Gegenstandswertes) für besonders umfangreiche Tätigkeiten erheben, soweit diese durch die Verfahrensgebühr nicht abgedeckt sind.

Der folgenden Tabelle kann eine Vergleichsberechnung zwischen den derzeitigen Rechtsanwaltsgebühren bei einem gerichtlichem Verfahren nach BRAGO und den zukünftigen Gebühren nach dem RVG bei einem Streitwert (Gegenstandswert) in Höhe von € 25.000,00 entnommen werden. Aus der Tabelle ist zu ersehen, dass zukünftig gerichtliche Verfahren auch für die Vertragszahnärzte erheblich teurer werden und somit für die Zahnärzteschaft das Anstreben von außergerichtlichen Einigungen ab 01. Juli 2004 aus Kostengesichtspunkten vorteilhafter wird.

Marion Isensee-Werth
Assessorin, KZVLB

Vergleichsberechnung:			
BRAGO (derzeitige Rechtslage)		RVG (ab 01. Juli 2004 geltendes Recht)	
Streitwert : € 25.000,00		Gegenstandswert: € 25.000,00	
10/10 Prozessgebühr	€ 686,00	1,3 Verfahrensgebühr (1,3 x € 686,00)	€ 891,80
10/10 Verhandlungsgebühr	€ 686,00	1,2 Termingebühr (1,2 x € 686,00)	€ 823,20
Summe:	€ 1.372,00	0,9 Geschäftsgebühr (0,9 x € 686,00)	€ 617,40
		Summe	€ 2.332,40

Praxisgebühr verlangt den Kassensturz:

Tägliche Aufzeichnung ist Pflicht!

Neben dem organisatorischen Aufwand, der durch die neu vorgeschriebene Vereinnahmung der Praxisgebühren entsteht, muss der Zahnarzt auch steuerliche Gesichtspunkte beachten.

Die Praxisgebühr in Höhe von 10 EURO pro Quartal wird in der KZV-Abrechnung wie eine a-conto-Zahlung behandelt. Die KZV kürzt die von der Krankenkasse zu leistende Vergütung entsprechend. Dies geschieht jedoch nur dann, wenn der Patient die Zahlung bis zur jeweiligen Abrechnung des Quartals leistet.

Hat der Patient aus irgendwelchen Gründen nicht gezahlt, obwohl er dazu verpflichtet ist, also keine Befreiung vorliegt, erfolgt grundsätzlich keine Kürzung. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Patient zur Zahlung aufgefordert wurde und der Zahnarzt dies in seiner Abrechnung gegenüber der KZV gekennzeichnet hat. Die weitere Eintreibung erfolgt dann bekanntlich durch die Krankenkasse. Im Regelfall ist die Zahlung der Praxisgebühr als Einnahme aus zahnärztlicher Praxis zu behandeln. Sie ist nichts Anderes als eine Vorauszahlung auf eine spätere Honorarabrechnung der KZV, die jedoch von dem Patienten erbracht wird. Ein Vorteil liegt daher zumindest im früheren Erreichen von flüssigem Geld.

Das Gesetz sieht vor, dass die Praxisgebühr vor dem Arzt- bzw. Zahnarztbesuch zu entrichten ist, was bedeutet, dass der Patient die Praxisgebühr bar bezahlt und diese in einer Barkasse von der Praxis vereinnahmt wird.

Und gerade hier liegt das entscheidende Problem:

Ärzte und Zahnärzte führten bislang keine Kasse, da weder Barzahlungen durch Patienten noch Barausgaben in

größerem Umfang getätigt wurden. Nunmehr werden jedoch Beträge in erheblicher Höhe vereinnahmt, die im Ergebnis als Honorarzahlungen behandelt werden. In der Regel wird der Praxisgewinn durch die sogenannte Einnahmen/Überschussrechnung ermittelt. Das bedeutet, dass die Einnahmen eines Jahres den Ausgaben gegenübergestellt werden. In diesem Fall trifft den Zahnarzt keine Verpflichtung ein Kassenbuch zu führen. Allerdings müssen die Bareinnahmen täglich aufgezeichnet werden. Erforderlich ist ein täglicher Kassensturz, d.h. der Inhalt der Kasse ist zu zählen und entsprechend aufzuschreiben. Durch den Abzug des Kassenbestandes vom Vortag kann so die tägliche Bareinnahme ermittelt werden. Dies war bisher nicht erforderlich, da Bareinnahmen, die steuerlich wirksam werden, nicht vorhanden waren.

Den Zahnarzt trifft die Beweislast, seine Einnahmen gegenüber dem Finanzamt glaubhaft zu machen. Weichen die vom Zahnarzt als Bareinnahme verbuchten Praxisgebühren von dem Abzug der KZVen ab, werden die Betriebsprüfer die von der KZV einbehaltenen Praxisgebühren als „Soll-Bareinnahme“ des Arztes betrachten. Die Betriebsprüfer nutzen eine unregelmäßige, also beispielsweise nicht tägliche Aufzeichnung der Bareinnahmen gern als Aufhänger, um nicht gerechtfertigte Zuschätzungen vorzunehmen. Davor schützt Sie nur eine tägliche Aufzeichnung der Bareinnahmen.

Achtung

Die Aufzeichnungen über die Bareinnahmen müssen 10 Jahre lang aufbewahrt werden. Wird die Patientenquittung durch die EDV erstellt, muss für diese elektronisch erstellten Belege der Onlinezugriff der Finanzverwaltung 10 Jahre lang möglich sein. Eine genaue Aufzeichnung hilft auch gegenüber der KZV hinsichtlich der Überprüfung der Abschlagszahlungen. Ohne entsprechende Aufzeichnungen kann die Kürzung der Zahlungen durch die KZV nicht überprüft werden. Auch hier trifft den Arzt im Zweifel die Beweislast!

Fazit

Die Bareinnahmen sollten täglich aufgezeichnet werden. Da dem Patienten eine Quittung über die Zahlung der Praxisgebühr auszuhändigen ist, könnte einerseits der Durchschlag der Quittung zur Kasse gelegt und dann die einzelnen Einnahmen aufgezeichnet werden. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, in der Praxissoftware eine entsprechende Schlüsselung vorzunehmen. Wenn es die Software erlaubt, sollte zusätzlich mit ihr die täglich vereinnahmte Praxisgebühr dokumentiert werden.

ADVISION Consulting AG,
Saarbrücken

Es muss nicht immer gleich eine Schadenersatzklage sein

BGH lässt selbständiges Beweisverfahren in Arzthaftungssachen zu

Arzthaftungssachen sind für Ärzte unangenehm und belastend. Die Verfahrenswege sind für juristische Laien unklar und häufig von Zufällen abhängig. Was wird der unzufriedene Patient tun? Schaltet er die Gutachterkommission bei der Ärztekammer ein, wendet er sich außegerichtlich an den Haftpflichtversicherer des Arztes oder wird er Arzt und Krankenhaus gleich bei Gericht auf Schadenersatz verklagen? Jetzt müssen Krankenhäuser und Ärzte bundesweit mit einer weiteren Variante rechnen: Dem selbständigen Beweisverfahren.

Eine Patientin verlangte von dem OLG Köln ein medizinisches Sachverständigengutachten einzuholen mit dessen Hilfe geklärt werden sollte, ob eine bei ihr vorhandene Nervenverletzung durch einen Behandlungsfehler des Arztes verursacht worden sei.

Das OLG Köln lehnte eine Anordnung des selbständigen Beweisverfahrens ab mit der Begründung, ein rechtliches Interesse sei nicht hinreichend dargelegt. Eine vorprozessuale Beweissicherung komme in Arzthaftungssachen unabhängig von der Zustimmung des Arztes bzw. des Krankenhauses nur bei drohendem Beweisverlust in Betracht. Im vorliegenden Falle waren jedoch irreparable Dauerschäden bereits eingetreten. Eine Streitschlichtung sei von dem Verfahren nicht zu erwarten, da nicht nur der Behandlungsfehler fraglich sei, sondern auch der Ursachenzusammenhang mit dem behaupteten Nervenschaden.

Gegen die Ablehnung legte die Patientin Rechtsbeschwerde ein. Der BGH hob die Entscheidung des OLG Köln auf und hielt fest, dass „bei Arzthaftungsansprüchen ein rechtliches Interesse an der Durchführung des selbständigen Beweisverfahrens nicht aus grundsätzlichen Erwägungen ohne Prüfung der Umstände des

Einzelfalles verneint werden“ kann (BGH, Beschluss vom 21.01.2003 VI ZB 51/02). Damit schloss sich der BGH der Meinung einiger anderer Oberlandesgerichte an. Künftig wird man also damit zu rechnen haben, dass Patienten, ohne den Arzt gleichzeitig auf Schadenersatz zu verklagen, mittels eines selbständigen Beweisverfahrens den Zustand ihrer Person oder die Ursache eines Personenschadens oder den Aufwand zur Beseitigung mittels eines gerichtlich zu bestellenden Sachverständigen klären lassen. Einer Zustimmung seitens des Arztes bedarf es nicht.

Ob sich dieses Verfahren bewähren und tatsächlich künftig Prozesse vermeiden wird, steht dahin. Denn die Haftung ist nicht allein davon abhängig, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und dieser nachweislich zu einem Schaden geführt hat.

Manchmal kann die Medizin die vom Haftungsrecht gewünschte sichere Feststellung jedoch nicht bieten. In solchen Fällen stellen sich Fragen der Beweislastverteilung und des Beweismaßes. Hierauf gibt das selbständige Beweisverfahren jedoch keine Antworten. Solche Fragen stellen sich aber gerade bei iatrogenen Nervenverletzungen.

Der BGH musste nicht die Frage entscheiden, ob der Arzt verpflichtet ist, in solchen Fällen das Original der Behandlungsdokumentation vorzulegen oder umgekehrt er verlangen kann, dass der Patient weitere Dokumentationen anderer ihn behandelnder Ärzte in einem solchen Verfahren vorlegt.

Es bleibt abzuwarten, ob Patienten künftig bundesweit von dem 1991 vom Gesetzgeber eingeführten selbständigen Beweisverfahren zur Klärung möglicher Behandlungsschäden Gebrauch machen werden. Anders als die bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen ist eine gerichtlich in Auftrag gegebene Expertise nämlich mit

Kosten verbunden. Vielfach wird ein selbständiges Beweisverfahren unzweckmäßig sein, da es nur einen Teil der anstehenden Fragen klären hilft. Medizinische Vorfragen zur Beweislastverteilung dürften nicht zulässig sein. Einziges zur Klärung der Ursache eines Personenschadens zulässiges Beweismittel ist das Sachverständigengutachten. Zeugen werden also nicht vernommen. Daher ist es fraglich, ob die Entscheidung des BGH zu einer nennenswerten Ausweitung führen wird.

Sieht sich der Arzt allerdings einem selbständigen Beweisverfahren ausgesetzt, wird die Reaktion sorgfältig zu überlegen sein. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, auf die Fragestellung durch Gegenanträge Einfluss zu nehmen. In jedem Falle sollte der Arzt den Haftpflichtversicherer einschalten und Rechtsrat einholen.

Christoph-M. Stegers

Rechtsanwalt

Anwaltskanzlei Ratajczak, Preißler, Wellmann, Ohlmann & Partner,
berlin@rmpmed.de

Rechtsanwälte

Hans Peter Ries
Dr. Karl-Heinz Schnieder
Ralf Großböling
Wolf Constantin Bartha

Tätigkeitsschwerpunkte

- Vertragszahnartzrecht
- Praxiskooperationen
- Berufsrecht
- Arbeits- und Mietrecht

Unter den Linden 24
10117 Berlin
Telefon: 0 30/2 06 14 33
FAX: 0 30/20 61 43 40
www.rechtsanwaelte-moenig.de

KZBV zum aktuellen Streit um die ärztliche Schweigepflicht

„Das Recht an medizinischen Daten muss das ureigenste Recht des Patienten bleiben. Die ärztliche Schweigepflicht darf nicht den Interessen der Versicherungswirtschaft zum Opfer fallen!“

Kein Arzt oder Zahnarzt ist verpflichtet, Daten über seine Patienten an eine Versicherung weiterzugeben. Das muss auch in Zukunft so bleiben.“

Das bekräftigte der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, anlässlich des aktuellen Streits um die ärztliche Schweigepflicht. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft hatte zuvor verkündet, eine generelle Entbindung der Ärzte von der Schweigepflicht sei „zwingend notwendig“. „Damit wird dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet. Der Patient verliert jede Kontrolle über seine sensibelsten Daten“, kritisierte der KZBV-Vorsitzende. Die Weitergabe von medizinischen Informationen könne immer nur über den Patienten geschehen, also mit dessen Wissen und ausdrücklichem Einverständnis, sagte Fedderwitz. „Jeder Arzt oder Zahnarzt, der von einer Versicherung zu einer Datenauskunft über einen Patienten aufgefordert wird, sollte sich das Einverständnis seines Patienten einholen, oder den Antwortbrief an die Versicherung zunächst seinem Patienten vorlegen. Nur so ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auch weiterhin geschützt.“

DRK-Wasserwacht

Zahnärzte spenden für Defibrillator

Während des 19. Helenesee-Triathlons wurde den Kameraden der DRK-Wasserwacht ein Scheck von rund 1800 Euro überreicht. Dieser Betrag wurde durch Frankfurter Zahnärzte sowie den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg zusammengetragen. Den symbolischen Scheck konnte die Einsatzleiterin der Wasserwacht am Helenesee, Karin Biermann, entgegennehmen. Das Geld wird für die Beschaffung eines Defibrillators eingesetzt.

Ein ähnliches Gerät steht seit Anfang der Saison 2003 leihweise für den Einsatz an der Helene zur Verfügung. 2004 wird dann ein eigenes Gerät vorhanden sein, welches jederzeit den Einsatzkräften der Wasserwacht am Helenesee zur Verfügung steht. „Mit dem Defibrillator sind wir in der Lage, Badegäste mit akuten Herzproblemen effektiver zu versorgen und dem plötzlichen Herztod vorzubeugen. Somit können wir den Besuchern des Freizeitparks eine noch bessere Hilfe zukommen lassen“, so Karin Biermann.

Gerade die gemeinnützigen Organisationen sind auf Sponsorengelder angewiesen. Daher ist die Bereitstellung dieser hohen Summe für die DRK Wasserwacht einen enorme Hilfe.

moz

Italien

Viele falsche Zahnärzte

Die zahnmedizinische Versorgung in Italien leidet nach Aussage der zuständigen Berufsvertretung unter einem ganz besonderen Phänomen:

Neben den etwa 40.000 professionellen Zahnärzten zwischen dem Comer See und Sizilien übten noch bis zu 45.000 Betrüger diesen Beruf aus, ohne jemals eine entsprechende Ausbildung oder gar ein zahnmedizinisches Studium absolviert zu haben. Immerhin verfügen sieben von zehn illegalen Dentisten – sie werden in Italien als „abusivi“ bezeichnet – wenigstens noch über zahnmedizinische Kenntnisse.

Eine jüngst veröffentlichte Statistik der Staatspolizei förderte zu Tage, dass acht Prozent der ertappten Betrüger sogar hauptberuflich der italienischen Verkehrspolizei angehören. Nach Angaben der Carabinieri wurden bei über 1.000 Kontroll-einsätzen zwischen 1998 und 2000 landesweit 225 verbotene „Zahnarztpraxen“ ausgehoben und 817 Verdächtige angezeigt. Der Chef-Fahnder Corrado Carnevali ist sich jedoch ziemlich sicher, dass sich noch weitaus mehr Scharlatane bisher unerkannt in der zahnmedizinischen Versorgung tummeln.

Falscher Zahnarzt

Ein Berliner, der sich in Mannheim als Zahnarzt ausgegeben hat, ist jetzt aufgefliegen. Die Polizei ermittelte den 43-jährigen als denjenigen, der Anfang Oktober in einer Mannheimer Praxis beinahe einen Patienten behandelt hätte. Nach dem Mann wird wegen Missbrauchs von Titeln und Hausfriedensbruch gefahndet. Er hatte sich in der Praxis als Zahnarzt ausgegeben und gerade mit einer Behandlung beginnen wollen, als er von der richtigen Ärztin ertappt wurde. Daraufhin verschwand er.

dpa

Fortbildung für die Zahnärztinnen des ÖGD:

Strategien der Gruppenprophylaxe weiter nutzbar?

Die diesjährige Fortbildungsveranstaltung für die Zahnärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fand am 25. März 2004 in den Räumlichkeiten des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit, Frauen und Soziales in Potsdam statt. Als Referenten waren in diesem Jahr Herr PD Dr. Zimmer, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, und Frau Dr. de Moura Sieber, Firma GABA, geladen.

Herr PD Dr. Zimmer hatte sich zwei Themen ausgesucht. Im ersten Teil seiner Ausführungen beschäftigte er sich mit einer Frage, die zum Nachdenken anregen sollte: „Gruppenprophylaxe – nur für Kinder?“ Durch die verschiedenen Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe ist es bei den Kindern und Jugendlichen in allen Industrieländern Europas zu einem stetigen Kariesrückgang gekommen. Im Zuge unserer demographischen Bevölkerungsentwicklung drängt sich da automatisch die Frage auf, ob sich diese Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nicht auch automatisch auf

die Gruppe der über-60-Jährigen übertragen lassen? Entgegen der Entwicklung der Altersstruktur gibt es aber nur vereinzelte Studien, die sich mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen und deren Wirksamkeit bei älteren und alten Menschen beschäftigen.

Die wenigen Studien kamen zu dem Schluss, dass sich Strategien aus der Gruppenprophylaxe von Kindern und Jugendlichen nicht so einfach auf ältere Menschen übertragen lassen. Gesundheitserziehende Programme z. B. greifen bei älteren Menschen so gut wie gar nicht.

Die Anzahl von älteren Menschen, die in Pflegeheimen wohnt, nimmt aber stetig zu. Um diesen Menschen prophylaktische Maßnahmen näher zu bringen, ist es sinnvoll, Programme für das Pflegepersonal und die Betreuer zu entwickeln und einzufüh-



PD Dr. Zimmer

ren. In diesen Programmen werden das Pflegepersonal und die Betreuer in der Mund- und Prothesenhygiene geschult und wichtige Kenntnisse zur Prophylaxe vermittelt. Präventive Maßnahmen, die sich bei älteren Menschen bewährt haben, sind beispielsweise Fluoridspülungen, Fluoridgelee und die professionelle Zahnreinigung.

Im zweiten Teil seiner Ausführungen erläuterte Herr Dr. Zimmer neue Produkte in der Prophylaxe, u. a. elektrische bzw. manuelle Zahnbürsten, Zahnpasten sowie Hilfsmittel für die Zahnzwischenraumreinigung.

Frau Dr. de Moura Sieber von der Firma GABA machte in ihrem Vortrag „Fluoridpräparate und Recht“ Ausführungen zu den verschiedenen Einteilungen nach dem Arzneimittelrecht. Dabei ging es u. a. um apothekenpflichtige Medizinprodukte mit Fluorid – z. B. Fissurenversiegeler -, um kosmetische Mittel mit Fluorid – z. B. Zahncremes -, und um Arzneimittel mit Fluorid – z. B. Gel, Lacke und Lösungen.

Besonderes Augenmerk richtete Frau Dr. de Moura Sieber auf den Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenenzahncreme mit Fluorid. Während in der Erwachsenenzahncreme 1.000 bis 1.500 ppm Fluorid enthalten sind, sind es in der Kinderzahncreme nur 500 ppm. Dieser Unterschied ist sehr wichtig, wenn man bedenkt, dass die Verschluckrate bei 2- bis 4-jährigen Kindern für Zahncreme noch ca. 35 Prozent beträgt. Die Mineralisierung der bleibenden Zähne ist aber erst Mitte des 6. Lebensjahres nahezu abgeschlossen. Beachtet man die Differenz in der Fluoridkonzentration nicht, kann es zu kosmetischen Beeinträchtigungen an den bleibenden Frontzähnen kommen.

Insgesamt war diese Fortbildungsveranstaltung für alle anwesenden Kolleginnen des ÖGD wieder sehr informativ. Bereits gesammelte Erfahrungen konnten bestätigt und neue Anregungen für die weitere tägliche Arbeit mitgenommen werden.

Bettina Suchan
Vorstandsmitglied



Die Kolleginnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes schöpften aus beiden Vorträgen während ihrer Fortbildungsveranstaltung interessante Anregungen für die Arbeit. (Fotos: Bettina Suchan)

Mit dem Pfaff-Berlin ins MoMA

Das Museum of Modern Art, New York (MoMA) zeigt noch bis zum 19.09.2004 in Berlin über 200 seiner bedeutendsten Werke. Diese einzigartige Sammlung mit Ikonen der Kunst des 20. Jahrhunderts wie „Der Tanz“ von Matisse, van Goghs „Sternennacht“ oder Lichtensteins „Ertrinkendes Mädchen“ präsentiert das MoMA erstmals in dieser geschlossenen Form außerhalb Amerikas. Das Pfaff-Berlin, das seit diesem Jahr zu seinen Fortbildungskursen ein attraktives Rahmenprogramm offeriert, hat für das Wochenende vom **17. bis 19.09.2004** ein ganz besonderes Highlight im Angebot. Unter dem Titel „Kunst & Cocktails in Berlin“ können die Teilnehmer nach ihren Fortbildungen ins Berliner Nachtleben eintauchen und am nächsten Tag - vorbei an den langen Warteschlangen - die legendäre Ausstellung besuchen. Im Rahmen einer Führung werden weltberühmte Werke vorgestellt. Wer sich diese einmalige Gelegenheit nicht entgehen lassen möchte, sollte das Philipp-Pfaff-Institut kontaktieren: 030/ 41 47 25-31 oder www.pfaff-berlin.de.

Auf zum 9. Berliner Prophylaxetag

Am **29. und 30.10.2004** startet zum neunten Mal der Berliner Prophylaxetag; in diesem Jahr mit einem erweiterten Konzept. Der Veranstalter, das Pfaff-Berlin, hat die Zahl der Workshops und vor allem den Umfang des Vortragsprogramms deutlich erhöht. Grund dafür ist der gestiegene Fortbildungsbedarf, der sich bereits im vergangenen Jahr herauskristallisierte.

Acht Workshops zur Auswahl - zwei können besucht werden

Prophylaxeorientierte Praxismitarbeiter/innen haben am Freitag, dem

29.10.2004, die Wahl zwischen acht verschiedenen Workshops. Die Themen reichen von „Kommunikation – Motivation – Verkauf“ mit DH Tracey Lennemann aus München über „Ernährungsaufklärung und Prophylaxe“ mit Dr. Gerta van Oost aus Dormagen bis hin zu den Ausführungen von Prof. Andrej Kielbassa (FU-Berlin), der den „Weg zu strahlend weißen Zähnen“ erläutert. Des Weiteren werden zwei Patientengruppen mit einem erhöhten speziellen Behandlungsbedarf analysiert. Dr. Benjamin Ehmke, Funktionsoberarzt in der ZMK-Klinik Münster, erläutert die „Prophylaxe für ältere Patienten“, Ute Rabing aus Dörverden widmet sich dem Thema „Prophylaxe für Implantologiepatienten“. Dr. Elfi Laurisch aus Korschenbroich skizziert im Work-



shop „Die Prophylaxe liegt in Ihren Händen – Präventive Grundlagen“ das zukünftige Aufgabengebiet der ZMP und stellt wichtige Behandlungs- und Motivationsschritte vor. Mit welchen Methoden altersgerechte Gruppenprophylaxe durchgeführt werden kann, zeigt Sybille van Os-Fingberg von der LAG Berlin. Die Referentin Dr. Rengin Attin aus Göttingen rundet mit ihren Ausführungen über die Rolle des Chlorhexidins in der Prophylaxe das Angebot an diesem Tag ab. Alle Workshops finden zwischen 14:00 – 15:30 Uhr statt und werden in der Zeit von 16:00 - 17:30 wiederholt, um jedem Interessenten die Teilnahme an zwei Veranstaltungen zu ermöglichen.

Umfangreiche Vortragsreihe am Samstag

Für den zweiten Tag ist eine umfangreiche Vortragsreihe geplant. Diese beginnt mit Ausführungen zum Thema „Lebenslange Prophylaxe“, welches im weiteren Verlauf mit

Referaten zur Prophylaxe in der Schwangerschaft, im Kindesalter sowie im fortgeschrittenen Lebensalter spezifiziert wird. Außerdem werden vorbeugende Maßnahmen in der Kieferorthopädie und die Erfolge der Gruppenprophylaxe vorgestellt. Neben den theoretischen Darstellungen geht es um die Frage: Wie sind diese Behandlungskonzepte unter den Prämissen „Umsetzung“ und „Liquidation“ im Praxisalltag zu realisieren? Fachkundige Lösungsansätze dazu erfahren die Teilnehmer/innen unter den Rubriken „Integration der Prophylaxe in die zahnärztliche Praxis“ und „Abrechnung der Leistungen in der Prophylaxe“. Eine Dentalausstellung begleitet auch den 9. Berliner Prophylaxetag.

Als Veranstaltungsort wählte das Pfaff-Berlin zielgerichtet das zentral gelegene „Swissôtel“ Berlin am Kurfürstendamm aus. Sowohl der Veranstaltungsort als auch das Datum bieten nämlich noch eine weitere interessante Option: Am Abend des 30. Oktobers findet in der City-West traditionell zur Umstellung von Sommer- auf Winterzeit die „Lange Nacht des Shoppings“ statt, die zum Einkaufen und Amüsieren bis Mitternacht einlädt. Wer den 9. Berliner Prophylaxetag mit einem ausgiebigen Einkaufsbummel in den Abendstunden verbinden möchte, ist dann schon am Ort des Geschehens. Ab 22:00 Uhr können diejenigen, die noch immer „fit“ sind, den Tag bei der „Langen Nacht der Hotelbars“ ausklingen lassen.

Anmeldeformulare für Workshops und die Vortragsreihe des 9. Berliner Prophylaxetages sind auf den folgenden Seiten in dieser Ausgabe platziert. Unter www.pfaff-berlin.de können Anmeldungen online vorgenommen werden. Für weiterführende Informationen stehen die Mitarbeiter/innen des Philipp-Pfaff-Institutes unter 030/ 41 47 25-0 zur Verfügung.

Katrin Rothe

Dipl. Kommunikationswirtin

9. Berliner Prophylaxetag

29.+30.10.2004 im Swissôtel Berlin
Augsburger Str.44, 10789 Berlin

13.00 Uhr Eröffnung der Dentalausstellung
13.00 – 14.00 Uhr Anmeldung

WORKSHOPS AM 29. 10. 2004 pro Workshop 43,- € (Teilnehmerzahl begrenzt)

- | | | | |
|--------|--------------------------|----------------------|--|
| 2468.1 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Kommunikation – Motivation – Verkauf“ Wie sind Patienten zu motivieren? |
| 2469.1 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | DH Tracey Lennemann, München |
| 2468.2 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Der Weg zu strahlend weißen Zähnen“ |
| 2469.2 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | Prof. Dr. Andrej Kielbassa, Berlin |
| 2468.3 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Die Prophylaxe liegt in Ihren Händen – Präventive Grundlagen“ |
| 2469.3 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | Dr. Elfi Laurisch, Korschbroich |
| 2468.4 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Ernährungslenkung und Prophylaxe“ |
| 2469.4 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | Dr. Gerta van Oost, Dormagen |
| 2468.5 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Umsetzbare Methoden für eine altersgerechte Gruppenprophylaxe“ |
| 2469.5 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | Sybille von Os-Fingberg, Berlin |
| 2468.6 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Chlorhexidin und seine Rolle in der Prophylaxe“ |
| 2469.6 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | Dr. Rengin Attin, Göttingen |
| 2468.7 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Prophylaxe für Implantologiepatienten“ |
| 2469.7 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | ZMF/ZMV Ute Rabing, Dörverden |
| 2468.8 | <input type="checkbox"/> | 14.00 - 15.30 Uhr | „Prophylaxe für ältere Patienten“ |
| 2469.8 | <input type="checkbox"/> | Wh.16.00 - 17.30 Uhr | Dr. Benjamin Ehmke, Münster |

Ja, ich möchte mich verbindlich für die angekreuzten Workshops am 29. 10. 2004 anmelden

Name _____ Vorname _____

Rechnungsadresse: Siehe Praxisstempel

Ich werde die Kursgebühr unter Angabe von Rechnungs- und Kundennummer überweisen.


Praxis (Stempel)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Faxanmeldung: 030/414 89 67

oder unter: www.pfaff-berlin.de



Ja,

Die LASI informiert:

Nadelstichverletzungen immer melden

Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) warnt vor Bagatellisierung von Stich- oder Schnittverletzungen

Im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege kommen immer wieder Stich-, Schnitt- und Kratzverletzungen der Haut zum Beispiel durch Nadeln oder Messer vor, die kurz unter dem Begriff „Nadelstichverletzungen“ zusammengefasst werden. Es handelt sich dabei um

- Nadelstiche beim unzulässigen Zurückstecken einer Kanüle in die Schutzkappe (recapping),
- Stich- oder Schnittverletzungen an einem scharfen oder spitzen Instrument oder an „herumliegenden“ bzw. vergessenen Kanülen,
- Stich- oder Schnittverletzungen an spitzen oder scharfen Gegenständen und Abfällen, die unzulässig in nicht durchstichsicheren, überfüllten Behältern oder Müllsäcken gesammelt und entsorgt wurden.

Alle Beschäftigten, die bei der Behandlung oder Pflege von Patienten, bei Reinigungsarbeiten und beim Umgang mit Abfällen direkt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Berührung kommen, sind gefährdet, sich durch Erreger wie Hepatitis B-Virus (HBV), Hepatitis C-Virus (HCV) oder das Aids-Virus (HIV) zu infizieren. Dies sind keineswegs nur Berufsgruppen, die direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten haben, sondern beispielsweise ärztliches Personal, Pflege-, Labor-, Funktions-, Reinigungs- oder Hilfspersonal, Zivildienstleistende, Pflegehilfen, auch Praktikanten und Studenten.

Über die gesundheitlichen Belastungen hinaus bedeutet eine Infektion in vielen Fällen Berufsunfähigkeit mit allen finanziellen und sozialen Konsequenzen. Abgesehen davon verbirgt sich hinter jedem „Einzelfall“ oft ein tragisches menschliches Schicksal.

Über 750.000 Beschäftigte im stationären Versorgungsbereich des Gesundheitswesens sind täglich den Risiken durch Nadelstichverletzungen ausgesetzt. Experten schätzen, dass sich jährlich mehr als 500.000 Nadelstichverletzungen in Deutschland ereignen, jedoch werden nur etwa 13 Prozent der Fälle gemeldet. Allein die Gründe¹, aus denen keine Meldung erfolgte, signalisieren, dass hier etwas getan werden muss:

- ⇨ „Es war ja nur eine Bagatellverletzung.“
- ⇨ „Ich habe ausreichenden Impfschutz für HBV.“ (Das ist aber nur eine von drei Infektionsmöglichkeiten!)
- ⇨ „Keine Zeit gehabt.“
- ⇨ „Es geschah nachts.“
- ⇨ „Vergessen.“
- ⇨ „Meldesystem unbekannt.“

Das Infektionsrisiko errechnet sich aus dem prozentualen Anteil infizierter Personen und der Übertragungswahrscheinlichkeit. Wenn z. B. bei 1.000 Nadelstichen Blut oder Serum von 1.000 behandelten Patienten - von denen 1,3 % mit Hepatitis-B infiziert waren (13 Personen) - auf 1.000 verletzte Beschäftigte des Gesundheitswesens übertragen wurden und bei 30 % der Nadelstiche eine Infektion des Verletzten eintritt, so haben sich 4 Beschäftigte infiziert. Das Infektionsrisiko ist also 4/1.000 oder 1/250. Die sehr unterschiedlichen Risiken für HBV, HCV und HIV sind in **Tabelle 1** zusammengefasst. Das Infektionsrisiko hängt zwar von der Art und Schwere der Verletzung ab - allerdings ist immer grundsätzlich größte Vorsicht geboten. Selbst kleinste - oft als Bagatellverletzung bezeichnete - Hautlä-

¹ Rezmann, L.: Nadelstichverletzungen im klinischen Alltag am Beispiel Hepatitis C; Vortrag A + A Düsseldorf 2003

sionen können zu einer schwerwiegenden Infektion und zur Berufskrankheit führen.

Vorbeugende Maßnahmen

Nadelstichverletzungen sind nur selten die Folge von persönlichem Fehlverhalten. Entscheidend sind vielmehr die Arbeitsbedingungen, die Arbeitstechniken, die Gerätetechnik und weitere Faktoren, die vom einzelnen Beschäftigten nicht immer beeinflusst werden können.

Die Gefährdungsbeurteilung, die das Arbeitsschutzgesetz für alle Arbeitgeber vorschreibt, eröffnet die Möglichkeit einer systematischen betrieblichen Problemanalyse. Neben den Fachkräften für Arbeitssicherheit und den Betriebs- bzw. Personalärzten ist auch der Betriebs- oder Personalrat zu beteiligen.

- ⇨ Aus der Gefährdungsbeurteilung sind die erforderlichen Schutzmaßnahmen abzuleiten. Im Hinblick auf die Infektionsgefährdung der Beschäftigten sind insbesondere die Vorschriften der Biostoffverordnung (BioStoffV) und der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) zu berücksichtigen.
- ⇨ Das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung ist zu dokumentieren.
- ⇨ Bei Beschäftigten verschiedener Arbeitgeber, die an einem Arbeitsplatz tätig sind, muss die Verantwortlichkeit zwischen den Arbeitgebern abgestimmt werden.

Jede umgehende Meldung einer Nadelstichverletzung trägt dazu bei, dass systematische Fehler am Arbeitsplatz erkannt und beseitigt und so ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der vorhandenen Arbeitsbedingungen geleistet werden kann. Die Meldung einer Nadelstichverletzung ist auch aus versicherungsrechtlichen Gründen für die Betroffenen wichtig. Nur wenn das auslösende Ereignis sorgfältig dokumentiert worden ist, kann etwa im Falle eines Berufskrankheitenverfahrens der konkrete Zusammenhang von Tätigkeit, Infektion und Erkrankung nachgewiesen werden.

Als Schutzmaßnahmen sind in der Reihenfolge erst **technische**, zweitrangig **organisatorische** und schließlich **persönliche** Maßnahmen einzuleiten. Die Verwendung sicherer Produkte hat als technische Maßnahme eine besondere Bedeutung.

Alle spitzen, scharfe oder zerbrechliche Arbeitsgeräte sollen nach Möglichkeit durch Arbeitsgeräte oder -verfahren ersetzt werden, bei denen keine oder eine geringere Gefahr von Stich- oder Schnittverletzungen besteht (siehe hierzu auch TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“).

Wenn der Ersatz von spitzen oder scharfen Arbeitsgeräten nicht möglich ist, sind Produkte einzusetzen, die Stich- und Schnittverletzungen durch technische Vorrichtungen verhindern, wie z. B. Einmalspritzen, deren Kanülen sich nach Gebrauch selbstständig in eine Schutzhülle zurückziehen, Sicherheitsspritzen mit arretierbarem Kanülenschutz (ist das Zurücksetzen der Schutzkappe systembedingt nicht zu vermeiden, wie z. B. bei Insulin-Injektionsgeräten, so müssen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, mit denen die Schutzkappen gehalten werden können), sichere Blutentnahmesysteme mit integrierter Sicherheitsvorrichtung, Venenverweilkanülen und -katheter, deren Injektionsnadeln beim Herausziehen automatisch stumpf werden, Sicherheitsskalpelle mit besonderer Vorrichtung zum gefahrlosen Auswechseln von Klingen, Lanzetten mit autoretraktiven Mechanismen, zusätzliche Kanülenbehälter für die Kitteltasche (s. c. Kanülen, Blutzuckerlanzetten).

Spitze und scharfe Gegenstände wie Kanülen, Lanzetten und Skalpelle, dürfen nur in bruchsicheren Entsorgungsbehältern in den Abfall gegeben werden.

Informationen für Beschäftigte und die konsequente Einhaltung der Arbeitsanweisungen sind wichtig, insbesondere da Nadelstichverletzungen oft nicht ernst genug genommen werden.

- ⇒ Beschäftigte sind regelmäßig über auftretende Gefährdungen und die zu treffenden Schutzmaßnahmen zu informieren und zu schulen, z. B. mit Merkblättern zur Vermeidung von Stichverletzungen und zur Unfallmeldung.
- ⇒ Arbeitsplatzbezogene Arbeitsanweisungen sind bereitzustellen, die die sachgerechte Entsorgung von benutzten Spritzen, Kanülen und den Transport von gebrauchten stechenden oder schneidenden Instrumenten (Blutabnahme-Tablett) regeln.
- ⇒ Der Hautschutzplan ist regelmäßig zu aktualisieren und es ist zu überprüfen, ob er eingehalten wird.
- ⇒ Das Verbandsbuch in jedem Erste-Hilfe-Kasten ist zu überprüfen.
- ⇒ Vorgeschriebene Schutzausrüstungen sind zu tragen (z. B. Handschuhe, die u. U. auch doppelt zu tragen sind, evtl. Schutzbrille).

Gegen Hepatitis B sind Impfstoffe schon verfügbar. Der Arbeitgeber muss sicherstellen, dass die Beschäftigten im Gesundheitsdienst über die für sie sinnvollen Impfungen informiert sind. Er legt die erforderlichen Impfmaßnahmen in der Regel gemeinsam mit dem Betriebsarzt fest.

Sofortmaßnahme

Mit Impfstoffen gegen Hepatitis C und HIV ist vorläufig nicht zu rechnen. Hier müssen deshalb organisatorische und technische Maßnahmen für einen zuverlässigen Infektionsschutz sorgen. Als Sofortmaßnahme, wenn es trotz aller Vorsicht zu einer Nadelstichverletzung gekommen ist, sollte die Wunde möglichst zum Bluten gebracht und die Einstichstelle mit Händedesinfektionsmittel gründlich gespült werden. Jede Nadelstichverletzung ist umgehend dem Betriebsarzt zu melden. Der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) gaben gemeinsam eine Broschüre zum Thema Nadelstichverletzungen im Gesundheitswesen heraus. Diese Broschüre (S5) kann kostenlos beim Amt für Arbeitsschutz Hamburg bestellt werden (im Moment aber vergriffen).

Dr. Gregor Buschhausen-Denker
 Amt für Arbeitsschutz Hamburg,
 Fax: 040/4 28 63-33 70
www.arbeitsschutz.hamburg.de
 Quelle: „sicher ist sicher“ -
 Arbeitsschutz aktuell Nr. 1-2004

Tabelle 1

Virus	Hepatitis B-Virus	Hepatitis C-Virus	Humanes Immundefizienzvirus (HIV)
Erkrankung:	Leberentzündung	Leberentzündung	AIDS
Übertragungsweg:	Blut, Serum, Wundexudate, Speichel	Blut, Serum, Wundexudate, Speichel	parenteral (Schnitt- und Stichverletzungen) sowie sexuell, vertikal, oral durch Blut, Serum usw.
Infektiöse Personen in Deutschland:	1,3%	0,5%	0,05%
Übertragung nach Nadelstichverletzung:	30%	3%	0,3%
Infektionsrisiko:	1:250	1:6.500	1:650.000
Impfstoff vorhanden?	ja	nein	nein

Engagieren Sie sich für die:

GOZ-Analyse

Insbesondere brandenburgische Zahnärzte sind zur Teilnahme aufgerufen, um bundesweit fundiertes statistisches Datenmaterial zur Verfügung zu haben

Die GOZ-Analyse ist eine auf Dauer angelegte, regelmäßige Erhebung und Auswertung von Daten über privatärztliche Liquidationen, die die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) seit 1996 als Gemeinschaftsprojekt durchführt. Das fundierte statistische Datenmaterial dient als Argumentationshilfe in Verhandlungen und Gesprächen mit den Gesundheitsministerien auf Landes- und Bundesebene sowie den Vertretern der privaten Krankenversicherungen. Aber auch für die Kollegenschaft ist die GOZ-Analyse ein wertvolles Nachschlagewerk, um Fragen zur Leistungserbringung und Behandlung schlüssig zu klären.

Derzeit beteiligen sich rund 600 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem gesamten Bundesgebiet am Projekt GOZ-Analyse und liefern Daten aus etwa 80.000 privatärztlichen Liquidationen. Erfasst werden sämtliche GOZ-/GOÄ-Positionen mit Häufigkeit, Multiplikator und Betrag sowie die Material- und Laborkosten, getrennt nach Praxislabor und gewerblichem Labor.

Die am GOZ-Projekt beteiligten Zahnärzte senden dem Datentreu-

händer der Bundeszahnärztekammer, Notar Konrad Adenauer, nach jedem Quartal anonymisierte Disketten, auf denen ihre Liquidationen nach GOZ enthalten sind. Sowohl Patienten als auch beteiligte Zahnärzte bleiben in jedem Fall anonym. Brandenburgische Zahnärzte, die sich bereits seit Jahren an der GOZ-Analyse beteiligen, bestätigen übereinstimmend, dass der Aufwand sehr gering ist. Die Mitarbeit kann jederzeit widerrufen werden - wobei die GOZ-Analyse methodisch als Wiederholungserhebung bei derselben Zahnarztstichprobe ausgerichtet ist. Teilnehmen können alle Zahnärzte, die mit den Programmen ChreMaDent, CD3, ZVG/Zahnarztrechner, HighDent, DS-Win oder ZI arbeiten. Die Anmeldung erfolgt beim Datentreuhänder, alle Beteiligten erhalten eine Sortiernummer. Jede weitere Kommunikation läuft ausschließlich über diese Sortiernummer über den Datentreuhänder Notar Adenauer. Die Bundeszahnärztekammer erhält die Disketten zur weiteren Auswertung über den Datentreuhänder ohne Umschlag.

Die erste Jahresauswertung erfolgte für das Jahr 1999. Seit 2003 findet sich die GOZ-Analyse auch im Anhang des KZBV-Jahrbuches.

PKV-Statistik unzureichend

Bevor das GOZ-Projekt von BZÄK, KZBV und IDZ gestartet wurde, hat allein die PKV statistisches Datenmaterial zum zahnärztlichen Liquidationsverhalten erhoben. Unter methodisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten wird die PKV-Statistik jedoch als problematisch erachtet. Mit lediglich 10.000 Rechnungen ist die PKV-Stichprobe nicht repräsentativ. Außerdem fließen tendenziell höhere Rechnungen (z. B. Prothetik) in die Statistik ein, während niedrige Rechnungen, die der Patient nicht einreicht, um eine Erstattung zu erhalten, nicht in der Statistik berücksichtigt werden können.

Jahresauswertung 2002

Auf der Grundlage von 77.692 erfassten Rechnungen ergab sich für das Erhebungsjahr 2002 ein durchschnittlicher Multiplikator von 2,51 bei persönlichen Leistungen und 1,84 bei medizinisch-technischen Leistungen. Positiv hervorzuheben ist die Steigerung des Multiplikators für alle Abschnitte der GOZ von 2,49 im Jahr 2001 auf 2,54 im Jahr 2002.

Bezüglich der Anzahl der Leistungen wurden 71,3 Prozent zum 2,3-fachen Satz liquidiert (9,3 Prozent unter dem 2,3-fachen Satz, 19,4 Prozent darüber). Die Ursache für die Steigerung der Anzahl der Leistungen, die über dem 2,3-fachen Satz abgerechnet wurden, ist vermutlich unter anderem mit der Steigerung des Gebührensatzes der Gebühren-Nummer 405 für das Entfernen harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren zu erklären. Dadurch wird belegt, dass Prophylaxe auch im Rahmen der GOZ an Bedeutung gewinnt. Der durchschnittliche Rechnungsbetrag ist von 349 € im Jahr 2001 auf 325 € im Jahr 2002 gefallen.

Weitere Informationen unter: www.bzaek.de; ein Anmeldeformular können Sie auch bei der LZÄKB, Tel. 03 55/3 81 48 10, anfordern.

Abschnitte der GOZ	Anteil am Honorarvolumen	Multiplikator
A - Allg. zahnärztliche Leistungen	9,73 %	2,29
B - Prophylaktische Leistungen	1,58 %	2,30
C - Kons. Leistungen	45,03 %	2,69
D - Chir. Leistungen	2,26 %	2,49
E - Parodontologie	19,69 %	2,30
F - Prothetische Leistungen	13,87 %	2,73
G - Kfo-Leistungen	1,06 %	2,36
H - Aufbissbehelfe und Schienen	1,84 %	2,52
J - Funktionsanalytische Therapie	3,52 %	2,42
K - Implantologische Leistungen	1,44 %	2,75
Summe der Abschnitte A-K	100,00 %	2,54
Grundlage: GOZ-Analyse Jahr 2002		

Aus der Praxis für die Praxis:

Transversale Nachentwicklung des Oberkiefers mit einem Palatinaldistraktor

Erwin-Reichenbach-Förderpreis der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt 2003 ging an
Dr. Christian Zahl, Magdeburg

Einleitung

Bei der Behandlung jugendlicher und erwachsener Patienten mit dento-fazialen Anomalien stehen Kieferorthopäden und Kieferchirurgen nicht selten vor dem Problem, neben der sagittalen und vertikalen Dimension auch das transversale Missverhältnis zwischen oberem und unterem Zahnbogen ausgleichen zu müssen.

Nach *Derichsweilers* umfangreichen und zugleich grundlegenden klinischen Untersuchungen stellt die forcierte Gaumennahterweiterung bei Kindern und Jugendlichen mit hochgradigen oberen Schmalkiefern eine etablierte und bewährte Behandlungsmethode dar. Bei der Therapie erwachsener Patienten wurden hingegen häufiger unerwünschte Komplikationen an den kraftaufnehmenden Zähnen wie bukkal gerichtete Kippungen, Extrusionen, Wurzelresorptionen und Fenestrationen des Alveolarfortsatzes beschrieben, so dass in diesen Fällen die Anwendung einer chirurgisch unterstützten Gaumennahterweiterung eher für indiziert angesehen wurde.

Neben der Verwendung herkömmlicher, an Prämolaren und Molaren fest fixierter Dehnapparaturen wurden vor der Dehnung des Oberkiefers Osteotomien an der Sutura palatina mediana und/oder den seitlichen Maxillae vorgenommen. In der Literatur werden nach diesem Vorgehen überwiegend positive Resultate mit niedrigen Komplikationsraten vorgestellt. Allerdings können auch dabei die oben genannten Probleme nicht sicher vermieden werden.

Eine Alternative zur Gaumenerweiterung ohne notwendige Kraft-Einwirkung auf einzelne Zähne stellt

die körperliche transversale Nachentwicklung durch eine ausschließlich dem Knochen der Alveolarfortsätze aufsitzende Distraktionsapparatur dar. Ziel war es, ein neuartiges palatinales Distraktorsystem zu entwickeln.

Gerätedesign

Der zylinderförmige Körper des neu entwickelten Distraktors (Abbildung 1) hat eine Länge von 24 Millimetern. Im Inneren des Zylinders befindet sich ein Winkelgetriebe mit zentraler Achse und gegenläufiger Gewindesteigung. An beiden Gewindeanschlüssen ist je ein abgewinkelter Steg mit Innengewinde lokalisiert, der wiederum mit zwei zum Korpus im rechten Winkel stehenden Vier-Loch-Miniplatten verbunden ist. Die Höhe des Steges mit fünf Millimetern erlaubt eine problemlose Adaptation der Apparatur an die individuelle Gaumenform. Zur Fixation kommen selbstschneidende Osteosyntheseschrauben zur Anwendung.

Die Aktivierung des Distraktors erfolgt an dessen Vorderseite durch einen geraden oder kardanischen Schraubendreher mit Innensech-



Abb. 1: Der Distraktor im Computerdesign

kant, der vom Patienten selbst betätigt wird. Eine Umdrehung (360 Grad) entspricht dabei jeweils einem Distraktionsweg von 0,2 Millimetern. Es existieren zwei Gerätegrößen mit je 10 und 15 Millimeter effektivem Distraktionsweg.

Anwendung

Das operative Vorgehen erfolgt modifiziert in Anlehnung an eine bereits von *Bell* und *Epker* beschriebene Methode mit lateraler Osteotomie von der Apertura piriformis bis zur Fissura pterygomaxillaris. In Abhängigkeit vom Alter der Patienten erfolgt zusätzlich eine Lösung der Sutura pterygomaxillaris zur Mobilisation am Processus pterygoideus sowie eine Osteotomie des harten Gaumens beidseits der Sutura palatina mediana nach vorheriger medianer Inzision der Gaumenschleimhaut oder alternativ durch Anwendung eines speziellen Meißels (fin-edge Osteotom) von der Apertura piriformis aus nach Nasenbodenelevation ohne zusätzlichen operativen Zugang an der Gaumenschleimhaut.

Nach Mobilisation der Oberkieferhälften erfolgt die Anpassung des Distraktors am Gaumenrelief, so dass jeweils die lateralen Zylinderenden zwischen den zweiten Prämolaren und ersten Molaren lokalisiert sind. Vor dem Wundverschluss erfolgt eine Probeaktivierung des Distraktors mit dem Schraubendreher bis zur Ausbildung eines minimalen Diastemas zwischen den Zähnen 11 und 21.

Mit der eigentlichen Distraction wird schließlich sieben Tage nach



Abb. 2 a bis d: Ausgangsbefund, Diastema nach 14 Tagen Distraktionszeit, Multi-bandtherapie während der Retentionsphase und Befund sechs Monate postoperativ (v.o.n.u.). Fotos: Zahl

dem Eingriff begonnen: Durch zweimaliges Umdrehen der Aktivierungsschraube werden täglich 0,4 Millimeter Distraktionsweg erreicht. Dieses Vorgehen wird so lange fortgesetzt, bis die notwendige transversale Weite erreicht ist.

Anschließend kann mit der kieferorthopädischen Ausformung der Ober- und Unterkieferzahnbögen begonnen werden. Zur Retention verbleibt der Distraktor drei Monate in situ. Zeitgleich wird die Behandlung durch den Kieferorthopäden mit festsitzenden Apparaturen fortgesetzt bis zum Schluss des Diastemas und der Feinjustierung der Zahnbögen zueinander (Abbildungen 2 a bis d).

Ergebnisse und klinische Untersuchungen

Seit der klinischen Einführung des Gerätes im Mai 2000 wurden 23 Patienten (17 weibliche, 6 männliche) mit dem knochengestützten transpalatinalen bidirektionalen Distraktor therapiert. Das Durchschnittsalter betrug 25,9 Jahre, wobei der jüngste Patient 12 und der älteste 40 Jahre war.

Röntgenologische Untersuchungen (OPG, OK-Aufbiss) sowie Vitalitätsüberprüfungen der Oberkieferzähne (Desco-Cool) erfolgten präoperativ, nach Abschluss der Distraktionsphase sowie vier bis acht Monate postoperativ. An präoperativ, im Verlauf der Dehnung und nach Erreichen der Distraktionsweite sowie sechs bzw. zwölf Monate später angefertigten Situationsmodellen wurden jeweils die interkanine Distanz (IKD), die vordere (vZBb.) und die hintere Zahnbogenbreite (hZBb.) ermittelt. Während der dreiwöchigen Distraktionsphase wurde die geplante Erweiterung des Oberkiefers in allen Fällen erreicht. Die mittlere Breitenzunahme betrug dabei: IKD 8,8 mm, vZBb. 8,6 mm, hZBb. 8,3 mm.

Nach Weiterführung der Multi-bandbehandlung und zwischenzeitlicher Entfernung des Distraktors nach drei Monaten ergab die Ausmessung der Modelle schließlich nach sechs Monaten nahezu unver-

änderte Werte, die Veränderungen im Vergleich zu den Messungen nach Ende der Distraktionsphase betragen: IKD +0,5 bis -1 mm, vZBb. +0,5 bis -1mm und hZBb. -0,5 bis -1mm.

Mit der kieferorthopädischen Multi-bandbehandlung wurde durchschnittlich zwölf Tage (acht bis achtzehn Tage) nach Erreichen der transversalen Weite begonnen.

Bemerkenswert war die Ausformung der Gaumenbögen ohne die nach einer herkömmlichen chirurgisch unterstützten Gaumenerweiterung oft festzustellende V-förmige Konfiguration. Die röntgenologischen Kontrollen zeigten nach Beendigung der Distraktionsphase eine beginnende und nach weiteren drei bis zwölf Monaten eine weit fortgeschrittene bzw. vollständige Ossifikation des Palatum durum.

Fazit

Die chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung mit an den Seitenzähnen fixierten Dehnapparaturen und Osteotomien der seitlichen Maxillae und/oder der Sutura palatina mediana führt bei Jugendlichen und Erwachsenen zu befriedigenden Behandlungsergebnissen. Bekannte Probleme wie Devitalisierungen, Extrusionen und bukkal gerichtete Kippungen der kraftaufnehmenden Zähne, Alveolarfortsatzfrakturen sowie Drucknekrosen der palatinalen Schleimhaut sind bei der knochenverankerten Distraktion des Oberkiefers auszuschließen.

Die zahntragenden Oberkieferhälften können mit Hilfe des Distraktors sicher und körperlich gezielt bewegt werden, ohne dass dabei Kräfte auf den dentoalveolären Zahnhalteapparat einwirken. Positive Nebeneffekte sind die Weitung der Nasengänge, der Erhalt der Gaumenbogenkonfiguration und besonders die Möglichkeit der frühzeitigen Multi-bandbehandlung zur Ausformung des Oberkieferzahnbogens bereits nach Abschluss der Distraktionsphase. Bei der herkömmlichen, chirurgisch unterstützten Gaumennahterweiterung wird hingegen in der Regel vor Beginn der kieferortho-

pädischen Therapie eine Retentionsphase von drei bis sechs Monaten als erforderlich angesehen.

Infolge der bereits während der Dehnphase beginnenden Verknöcherung der Osteotomiebereiche sind nach der Retentionszeit keine Rezidive zu erwarten, wie im eigenen Patientengut belegt werden konnte. Grundlage für die Rezidivfreiheit ist der palatinale und zirkummaxilläre knöcherne Substanzgewinn durch gesteuerte Distraktionsosteogenese.

Die hier vorgestellte transversale Distraktion des Oberkiefers stellt eine effektive und weitgehend schmerz-

freie Methode zur komplikations- und rezidivfreien Weitung des Oberkiefers dar. Darüber hinaus ist die Methode nicht von der Anzahl der zur Verfügung stehenden Verankerungszähne abhängig. An Hand dieser neuen Apparatur kann bei enger Verknüpfung einer begrenzten operativen Intervention in Kombination mit der ambulanten kieferorthopädischen Behandlung deutlich gemacht werden, dass gerade auch erwachsene Patienten mit therapeutisch schwer zugänglichen Dysgnathien so mit vertretbarem Zeitaufwand und gutem Ergebnis behandelt werden können.

Dr. Christian Zahl
Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach
Klinik für Mund-Kiefer-
Gesichtschirurgie an der
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
Leipziger Straße 44
39118 Magdeburg

Literatur beim Verfasser

Nachdruck aus: Zahnärztliche
Nachrichten Sachsen-Anhalt 3/2004

Kommunikation in der Zahnarztpraxis.

Emotionale Intelligenz (EQ)

Teil 3 – Wege zur Konfliktprävention

Partnerschaftlich miteinander zu kommunizieren heißt auch, einfühlsam (empathisch) und achtsam mit Menschen umzugehen. Emotionale Intelligenz ist der kluge Umgang mit eigenen und fremden Gefühlsanteilen. Chef/innen, Mitarbeiter/innen mit dieser Befähigung erhöhen die Qualität im Praxisteam erheblich. Sie erkennen Bedürfnisse und Gefühle bei sich selbst (Selbstwahrnehmung) und bei anderen. Sie wissen, wie sie diese handhaben und in Aktivitäten umsetzen.

Testen Sie sich selbst!

Die Voraussetzung für emotionale Intelligenz ist Empathie. Empathie (Einfühlungsvermögen) ist die Grundlage von Menschenkenntnis. Menschenkenntnis ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit mit Menschen. Wenn wir Einfühlbarkeit besitzen, erkennen wir sehr viel früher die versteckten sozialen Signale. Diese zeigen uns auf meist nonverbalen Weg, was ein Mensch jetzt braucht oder wünscht.

Um empathisches Verständnis zu verstärken, müssen wir in der Lage sein, nonverbale Informationen zu deuten (vgl. auch Zahnärzteblatt Brandenburg Nr. 2/2004). Die Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse aus diesen nichtsprachlichen Signalen abzulesen, vertieft und verbessert das zwischenmenschliche Miteinander.

1. Selbstwahrnehmung: Die eigenen Emotionen kennen

Das Erkennen eines Gefühls, während es auftritt, ist Grundlage der emotionalen Intelligenz. Die Gefühle, die uns im täglichen Tun ergreifen, sind sowohl angenehm (Freude, Enthusiasmus, Beschwingtheit, ...)

als auch weniger angenehm (Antipathie, Wut, Angst, ...). Wie gehen wir mit den letztgenannten um?

Fühlen wir uns von ihnen überwältigt, nehmen wir sie passiv hin oder bemühen wir uns um Kultiviertheit im Umgang mit ihnen?

Die Überwältigten ...

fühlen sich von ihren Gefühlen überflutet und hilflos ausgeliefert, werden oft zu Sklaven ihrer eigenen Gefühle, sind anfällig für sprunghafte und heftige Stimmungen und denken, dass sie keinen Einfluss auf ihr Gefühlsleben haben.

Die Hinnehmenden ...

sind sich meist über ihre Gefühle im Klaren, neigen aber dazu, diese ergebnislos hinzunehmen, sind ebenfalls anfällig für schlechte Stimmungen und tun nichts, um diese zu ändern, obwohl sie darunter leiden.

Die emotional Intelligenten ...

erkennen die eigene Gefühlslage und lassen sich nicht von dieser lähmen oder fortreißen. Sie betrachten ihre Stimmungen von außen (Blickwechsel) und entwickeln eine neutrale Einstellung dazu. Gedanklich nennen sie ihr Gefühl beim Namen: „Es ist Wut, was ich empfinde“, und sie bemühen sich um Kultiviertheit im Umgang mit diesen Gefühlen. Auf diese Art schützen sie sich selbst und auch die Anderen.

2. Emotionen handhaben

Gefühle so zu handhaben, dass sie angemessen sind, ist eine Fähigkeit, die auf Selbstwahrnehmung aufbaut.

Sich selbst beruhigen

Lerne, Gefühle wie Gereiztheit, Zorn, ... abzuschütteln (bis 10 zählen, lange ausatmen, sich bewegen, ein paar Schritte gehen, ...). Wenn wir stark darin werden, erholen wir uns schneller von den großen und kleinen Aufregungen des Tages.

Selbstbeherrschung

Versuche, Selbstbeherrschung zu üben mit dem Ziel der Ausgeglichenheit und nicht zur Unterdrückung der Gefühle. Wir können Situation umbewerten (z. B. Wut).



Lachen steckt an und ist nicht nur gut für die Atmosphäre im Team, sondern auch für die Motivation. Im Bild zu sehen sind einige Mitglieder der Cottbuser Prüfungsausschüsse während ihrer jüngsten Sitzung. Dabei wurden die praktischen Abschlussprüfungen zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vorbereitet. (Foto: Jana Zadow)

„Wir sind nie grundlos aufgebracht, aber selten aus einem guten Grund.“

Benjamin Franklin oder: Wir wenden uns zielgerichtet erfreulichen Aktivitäten und/oder Menschen zu.

3. Emotionen in die Tat umsetzen

Gefühle in den Dienst eines Zieles zu stellen, ist wesentlich für unsere Aufmerksamkeit, unsere Selbstmotivation und unsere Kreativität. Wenn wir Lebensfreude empfinden, sind wir so stark motiviert, dass Höchstleistungen die Folge sind. Ein Kompliment, eine ehrliche Anerkennung, ein Lob, ein freundliches Wort heben unsere Stimmung oft in erheblichem Maße.

Positive Emotionen versetzen uns in einen fließenden Zustand und wir sind zu herausragenden Leistungen jeglicher Art imstande. Sie verstärken

zudem die Ausstrahlung des gesamten Praxisteam und haben die Fähigkeit, sich auf andere Menschen zu übertragen und diese anzustecken.

4. Umgang mit Beziehungen: Soziale Kompetenz

Die Kunst, mit Menschen umzugehen besteht zum großen Teil in der Fähigkeit, mit den Emotionen anderer Menschen umzugehen. Sozial kompetent zu sein, heißt: Ich kann eine Anzahl von Menschen (Teammitglieder, Patienten im Wartezimmer) anleiten und koordinieren.

Lösungen anbieten

Ich bin in der Lage, Konflikte im Anfangsstadium zu erkennen und mit Achtsamkeit und Ruhe schon entstandene Konflikte zu lösen.

Persönliche Verbindungen herstellen

Ich kann mit Einfühlungsvermögen Verbindungen unter Menschen her-

stellen (z. B. eine neue Kollegin ins Team einführen), Gefühle und Sorgen von Patienten und im Kollegenkreis erkennen, um darauf angemessen und sozial geschickt zu reagieren.

Soziale Analyse

Ich habe die Fähigkeit, die Motive und die Anliegen anderer zu sehen und diese zu verstehen. Was daraus erwächst, ist eine natürliche Vertrautheit und/oder ein Gefühl des Verständnisses und des Angenommenseins. Die Folge davon ist eine hohe Verträglichkeit im Team, Zufriedenheit und Patientenbindung.

Bleiben Sie einfühlsam!

Petra Erdmann

Verhaltenstraining und Beratung
Forststr. 1
01465 Dresden-Langebrück,
Tel. 035201-81795
petra.erdmann.langebrück@t-online.de

Gemeinschaftspraxis I:

Verträge auf Scheinselbstständigkeit überprüfen!

Es droht Verdacht auf Abrechnungsbetrug wegen unechter GP

Für viele Ärzte wird die Gemeinschaftspraxis eine immer beliebtere Praxisform, doch in vielen Verträgen befinden sich böse Fallen. Neben dem künftigen Honorarzuschlag für Gemeinschaftspraxen gibt es derzeit viele Gründe, dass sich Ärzte in dieser Form zusammenschließen. Einer davon ist der Aufbau eines Praxismachwunders. Doch hier schlummern oft unerkannte Gefahren in manchen Gemeinschaftspraxisverträgen. So kann ein fehlerhafter Gemeinschaftspraxisvertrag sich als ein verdecktes Angestelltenverhältnis erweisen. Für die beteiligten Ärzte hat dies gravierende und gegebenenfalls existenzbedrohende steuerliche, zivil-, berufs-, sozial- und strafrechtliche Konsequenzen.

Zivilrechtlich ist zwar selten der gesamte Vertrag unwirksam. Eher sind es einzelne Klauseln, die beispielsweise die Gesellschafterstellung des de facto angestellten Arztes beseitigen. Sollten die Finanzbehörden den Vertrag als Anstellungsvertrag auffassen, dann muss der vermeintliche Partner als Arbeitgeber bis zu vier Jahre rückwirkend Lohnsteuer nachzahlen. Damit verliert der „angestellte“ Arzt auch rückwirkend die Abschreibungspotenziale eines Selbstständigen; hier drohen ihm hohe Rückzahlungen. Noch erheblicher sind die sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen, denn hier kann der verdeckte Arbeitgeber noch bis zu 30 Jahren zur Nachzahlung der Sozialversicherungsbeiträge zur Kasse gebeten werden. Darüber hinaus kann gegenüber der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung ein Abrechnungsbetrug durch Erschleichung eines zu hohen Abrechnungsvolumens vorliegen, da die Gemeinschaftspraxis ein höheres Volumen abrechnet, als ein Einzelarzt mit einem angestellten Arzt. Auch dies führt zur Rückforderung von Hono-

raren für die Zeit des Bestehens der falschen Gemeinschaftspraxis rückwirkend bis zu vier Jahren. Daneben droht auch die Eröffnung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens wegen Abrechnungsbetruges. Zu einer Verurteilung müssen die Beteiligten aber vorsätzlich gehandelt haben. Dies ist zum Beispiel schon dann der Fall, wenn den Beteiligten die Unzulässigkeit der Vertragsgestaltung bekannt war. Im Übrigen sind auch noch berufsrechtliche Konsequenzen zu bedenken, wenn gegen den Grundsatz der Kollegialität verstoßen oder keine angemessene Vergütung (Honorar) gezahlt wurde.

Wichtige Eckpunkte im Vertrag zur Vermeidung der Scheinselbstständigkeit:

Die Risiken lassen sich nur vermeiden, wenn die Kooperationsverträge zumindest im Kern noch den gesellschaftsrechtlichen Status des Schwächeren oder „Juniors“ gewährleisten. Jeder einzelne Arzt muss frei und selbstständig in der Praxis tätig sein. Wie aber kann geklärt werden, ob eine zulässige Vertragsgestaltung oder eine Scheinselbstständigkeit mit möglichen Konsequenzen vorliegt? Die Regelung über die Scheinselbstständigkeit, die erst 1999 unter großer öffentlicher Diskussion eingeführt wurde, ist Ende 2002 sang- und klanglos gestrichen worden. Die dort aufgestellten Kriterien können jedoch von den Behörden weiterhin herangezogen werden. Hierbei handelt es sich um eine Vermutungsregelung, auf welche die Behörden erst dann zurückgreifen, wenn sich die Beteiligten nicht aktiv um Aufklärung bemühen. Dabei kommt es maßgeblich auf den Grad der persönlichen Abhängigkeit an, da dieser das Arbeitsverhältnis bestimmt.

Der Literaturtipp:

Der Gemeinschaftspraxisvertrag für Ärzte Teil 1 - Gründung einer Gemeinschaftspraxis unter gleichberechtigten Partnern mit umfangreichen rechtlichen und steuerlichen Erläuterungen
MedizinRecht.de Verlag, Frankfurt, Oktober 2003, 100 S., Brosch., 32.80 €, ISBN 3-936844-02-X

Der Gemeinschaftspraxisvertrag für Ärzte Teil 2 – Der Einstieg des „Junior-Arztes“ in die Gemeinschaftspraxis mit umfangreichen rechtlichen und steuerlichen Erläuterungen
MedizinRecht.de Verlag, Frankfurt, Februar 2004, 108 S., Brosch., 32.80 €, ISBN 3-936844-04-6

Die „neuralgischen“ Punkte im Gemeinschaftspraxisvertrag, bei denen ein Arbeitnehmerverhältnis anzunehmen ist, liegen vor, wenn ...

- keine Geschäftsführungsbefugnis und Vertretungsbefugnis besteht,
- keine Beteiligungen an Arbeitgeberentscheidungen erfolgt,
- der Arzt kein Direktionsrecht im Praxisbetrieb hat,
- der Arzt dem Vertragspartner seine gesamte Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen hat,
- ihm Arbeitszeit und -gebiet vorge-schrieben werden und
- die Berechtigung zur Nebentätigkeit einseitig beschränkt wird.

Eine Kumulation dieser Merkmale führt zum Arbeitnehmerverhältnis. Im Rahmen eines Rechtsstreits trägt der beherrschende Gesellschafter die Beweislast dafür, dass kein verdecktes Arbeitsverhältnis vorliegt. Insofern sind insbesondere die Regelungen zur Geschäftsführung, zur Vermögensbeteiligung, zur Gewinn- und Verlustbeteiligung, zum Arbeitgeberstatus und zur Abfindung beim Ausscheiden zu beachten.

Das neue Buch des Medizinrechtlers Jörg Hohmann zum Gemeinschaftspraxisvertrag für Ärzte (Teil 2) bietet eine umfassende Gestaltungshilfe solcher Gemeinschafts-

praxisverträge. Dabei wird insbesondere der Einstieg des „kapitallosen“ Junior-Partners berücksichtigt. Die Musterverträge behandeln alle notwendigen Konstellationen zur Vermeidung eines verdeckten Angestelltenverhältnisses.



Weitere Publikationen finden Sie unter:

- www.Frankfurter-Mustervertraege.de
- www.Frankfurter-Schriften.de
- www.MedizinRecht.de

Dr. Thomas Schlegel
Frankfurt am Main

Gemeinschaftspraxisvertrag II:

Vorsicht Steuerfalle bei Tod eines Partners

In Gemeinschaftspraxisverträgen finden sich häufig Regelungen über das Schicksal der Gemeinschaftspraxis bei Tod eines Gesellschafters. In vielen Fällen entsprechen diese Regelungen jedoch nicht dem Willen des Erblassers. Ist kein Testament vorhanden, kann über den wirklichen Willen des Erblassers nur spekuliert werden. Hier ist Streit vorprogrammiert! Auf nachfolgende Regelungen sollten Sie achten.

Fortsetzungsklauseln

Eine solche regelt, dass die überlebenden Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis diese fortsetzen. Die Erben des verstorbenen Gesellschaf-

ters erhalten eine Barabfindung, die häufig auch noch in Raten gezahlt wird. Die Erben werden zu keinem Zeitpunkt Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis.

Nachfolgeklausel

Die Gesellschaft wird mit den überlebenden Gesellschaftern und dem oder den Erben des verstorbenen Gesellschafters fortgesetzt. Aber Achtung: Sämtliche Erben, also auch diejenigen, die über keine zahnärztliche Ausbildung verfügen, werden Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis. Dies führt dazu, dass die Einkünfte der Gemeinschaftspraxis nicht mehr als freiberufliche, sondern als gewerbliche zu qualifizieren sind. Hier drohen Schwierigkeiten mit dem ärztlichen Standesrecht.

Die qualifizierte Nachfolgeklausel

Andere Folgen, häufig auch schwerwiegende, hat die so genannte qualifizierte Nachfolgeklausel. Hier werden nur solche Erben Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis, die über die entsprechende Ausbildung verfügen. Das bedeutet, nur Erben, die selbst Zahnärzte sind, werden damit Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis. Eine solche Regelung sollte ausdrücklich im Gesellschaftsvertrag vorhanden sein, um unliebsame Gesellschafter zu vermeiden. Denn nichts ist schlimmer als persönliche Abneigungen; sie können auch die wirtschaftlich fitteste Praxis ruinieren.

Vorsicht Sonderbetriebsvermögen

Bei einer qualifizierten Nachfolgeklausel treten nur die zahnärztlich qualifizierten Erben in die Praxis ein. Eine solche Klausel sagt aber nichts darüber aus, wer Erbe des übrigen

Vermögens wird. Ohne Testament fällt das allen Erben zu. Wenn Sonderbetriebsvermögen vorhanden ist, z. B. die im Eigentum nur eines Zahnarztes befindliche Praxisimmobilie, ist dies besonders problematisch. Der Anteil des Sonderbetriebsvermögens, das an nicht zahnärztlich qualifizierte Erben fällt, gilt aus dem Sonderbetriebsvermögen als zwangsentnommen. Damit werden die stillen Reserven aufgedeckt und sind zu versteuern, ohne dass auch nur ein Cent zufließt!

*Erbschaftsteuerfreibetrag für
Praxisnachfolger nutzen*

Auch für eine zahnärztliche Praxis gelten besondere erbschaftsteuerliche Vergünstigungen. Es gibt einen besonderen Freibetrag von 256.000

EUR und daneben wird der verbleibende Wert der Praxis nur i. H. v. 60 % berücksichtigt. Hier sollten Gestaltungsmöglichkeiten genutzt werden.

Nachfolgeregelung treffen!

Ganz wichtig zu wissen ist, dass durch eine Nachfolgeklausel im Praxisvertrag nur die Nachfolge in die Praxis wirksam geregelt wird. Die übrige erbrechtliche Nachfolge kann ausschließlich durch Testament, Erbvertrag oder sonstige letztwillige Verfügungen getroffen werden! Wenn Testament und Nachfolgeklauseln nicht deckungsgleich sind, kann dies zu wirtschaftlichen Engpässen führen, da die anderen Erben auszuzahlen sind. Jahrelange Erb-

streitigkeiten um anzusetzende Werte für den Praxisanteil, um die Auslegung der Nachfolgeklausel, um das Eigentum am Sonderbetriebsvermögen und anderes mehr drohen. Damit wird der zukünftige Bestand der Praxis ernsthaft gefährdet und der Familienfriede auf Dauer zerstört.

Fazit

Machen Sie sich, auch wenn Sie sich noch jung fühlen, über die Nachfolge in Ihrer Praxis Gedanken. Lassen Sie dabei bestehende Praxisverträge nicht außer Acht.

Für weitere Informationen oder Beratungen steht Ihnen zur Verfügung:

ADVISION Consulting AG

Tel. 06 81/88 08 100

www.advision.de

Vom 2. Motorradtreffen:

Kurven, Kurven und ein Segel

Das 2. Motorradtreffen brandenburgischer Zahnärzte stand in diesem Jahr ganz im Zeichen „mecklenburgischer Seen und brandenburgischer Wälder“, wobei diese geografische Zuordnung nicht zu ernst genommen werden sollte. Denn Treffpunkt war Flecken Zechlin - einer der ältesten Erholungsorte in der Rheinsberger Seenkette, direkt am Großen Zechliner See gelegen. Das Hotel „Seeblick“ erwies sich als angenehme Herberge – mit genügend Parkmöglichkeiten für unsere 23 Motorräder aller Fabrikate. Die großzügige und entsprechend dem Flair des Hauses südafrikanisch eingerichtete Lobby wurde von den insgesamt 33 Teilnehmern des Biker-treffens gern in Beschlag genommen. Ebenso das sehr interessante Restaurant „Kapstadt“ als Dachterrasse, in welchem wir uns am Samstagabend bei herrlichem Sonnenuntergang ein südafrikanisches Menü mit Fleisch vom Strauß, Krokodil und Springbock schmecken ließen.

Allerdings empfing uns das Ruppiner Land am Anreisetag (4. Juni) erst einmal sehr feucht - der Himmel hatte seine Schleusen weit geöffnet. Das war besonders hart für die Cottbuser, die mit 265 km dieses

Mal die weiteste Anreise zu bewältigen hatten. Trotzdem ließ sich niemand die gute Laune nehmen. Die meisten kennen sich schon länger oder seit dem Motorradtreffen im vergangenen Jahr. Selbst die „Neuen“ in der Runde, z. B. ein Zahnarzt aus dem sachsen-anhaltinischen Nachbarland, fanden schnell Anschluss. Schließlich ist das der Grundgedanke des Treffens - über das gemeinsame Hobby ins Gespräch miteinander zu kommen und letztendlich gemeinsam etwas zu erleben.

Am Samstag ordneten sich die 23 Biker mit ihren Maschinen und Sozia in eine beachtlich lange Reihe - und die gemeinsame Ausfahrt konnte starten. Bei trockener Straße ging es gleich direkt über die Ländergrenze nach Mecklenburg-Vorpommern, um über Neustrelitz und Woldegk ein Stück durch den Müritz-Nationalpark bzw. um den Naturpark Feldberg zu fahren. Viele Kurven und Hügel sowie Einblicke auf die unzähligen Seen machten die ausgesuchte Strecke sehr reizvoll.

In Feldberg gab es auf der Terrasse vom „Alten Zollhaus“ direkt am Rande des Lutzin Sees das Mittagessen. Dort erwartete die Teilnehmer außerdem die Überraschung: eine



Probesitzen - vielleicht fährt sie nächstes Jahr dann selber mit?

Fahrt mit einem original nachgebauten Wikingerschiff. Zehn Männer mussten sich finden, um in die Riemchen zu greifen und unsere Mannschaft über den See zu rudern. Und der See ist unendlich groß ... Der Kapitän hatte aber ein einsehen und ließ für den Rückweg das Segel hinter. Trotz des sehr wenigen Windes trieb er uns letztendlich wieder zum Ufer und zu unseren Maschinen.

Danach führten uns Tour und Guide mitten durch brandenburgische Wälder bis nach Himmelpfort. Neben dem obligatorischen Kaffeetrinken besichtigten wir die völlig eingewachsene Klosterruine und warfen einen Blick auf den berühmten Briefkasten des Weihnachtsmannes. Über Fürstenberg und Rheinsberg kehrten wir zum Hotel zurück. Hier wurden wir bereits erwartet von einem Referenten der Firma Wieland, der einige Anregungen zur Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker gab.

Die sich anschließende Nacht wurde wieder für einige recht kurz, denn zu Erzählen gab es viel. Fest stand schon an diesem Abend, dass es im nächsten Jahr wieder ein Motorradtreffen geben soll. Nach einer kleinen Terminänderung steht es jetzt fest:

Das 3. Motorradtreffen brandenburgischer Zahnärzte findet vom 10. bis 12. Juni 2005 im Elbe-Elster-Kreis statt!

Text und Fotos: Jana Zadow



Das Segel wird gelöst - damit der Wind die Teilnehmer vom 2. Motorradtreffen brandenburgischer Zahnärzte zurück zum Ufer und zu den Maschinen bringen konnte.

Wir gratulieren ganz herzlich

Wir wünschen allen Zahnärztinnen und Zahnärzten, die in den Monaten Juli und August ihren Ehrentag feiern, beste Gesundheit, alles Gute und schöne Stunden im Kreise der Familie. Unsere Glückwünsche richten sich insbesondere an:

Juli

am 20.07. zum 87

* Herr Klaus Haedicke
Bahnhofstr. 12a in Bad Saarow;

am 11.07. zum 82.

* Herr MR Hans-Georg Neumann
Bahnhofstr. 14 in Burg;

am 21.07. zum 82.

* Frau Margarete Maaßen-Kühner
Erlenweg 72 in Kleinmachnow;

am 08.07. zum 81.

* Herr MR Dr.med.dent. Egon Grieser
Mommsenstr. 64 in Schöneiche;

am 17.07. zum 81.

* Frau Helga Rademacher
Markhofstr. 2a in Stahnsdorf;

am 25.07. zum 65.

* Herr Juri Rybnikov
Paul-Scherz-Str. 1 in Lychen;

am 28.07. zum 65.

* Frau Dr.med.dent. Helga Mertens
Schillerstr. 26 in Eichwalde;

August

am 30.08. zum 94.

* Herr Dr.med.dent. Erich Künzer
Geranienweg 6 in Brandenburg;

am 05.08. zum 91.

* Herr Kurt Peschky
Menzelstr. 23 in Zepernick;

am 22.08. zum 82.

* Herr Dr.med.dent. Gerhard Koch
Käthe-Kollwitz-Str. 3a in Eichwalde;

am 24.08. zum 75.

* Frau Dr.med.dent. Margit Kleinert
Clara-Zetkin-Str. 5 in Cottbus.

Ungültigkeitserklärung von Zahnarztausweisen

Die Landes Zahnärztekammer Brandenburg erklärt hiermit mit sofortiger Wirkung folgende von ihr ausgestellten Zahnarztausweise ungültig, deren Besitzer nicht mehr Mitglied der LZÄKB sind:

Herr Ruben Mitew
Ausw.-Nr.: 21049

Herr Ralf Brückner
Ausw.-Nr.: 22767

Frau Dr. Katharina Hoyer
Ausw.-Nr.: 22840

Frau Dr. Anja Büschges
Ausw.-Nr.: 22855

Frau Eleonora Bonderovic
Ausw.-Nr.: 22899.

Folgende Zahnarztausweise werden auf Grund Verlustes für ungültig erklärt:

Frau Jeannine Mieland
Ausw.-Nr. 22758.

Frau Erika Kupfer
Ausw.-Nr. 20865.

Veranstaltungstipps

25. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit in Deutschland

Vom 10. bis 17. Juli 2004 werden sich in Garmisch-Partenkirchen über 4.000 Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Angehörige aller medizinischen Berufe zur weltweit größten Sportveranstaltung ausschließlich für Mediziner treffen. Aktuelle Informationen über die Sportweltspiele sind unter www.sportweltspiele.de abrufbar, auch das Anmeldeformular als *pdf-Datei. Weitere Nachfragen auch unter: mpr, Tel. 069/1 03 43 45. Aufruf an brandenburgische Sportler/innen: Eine Anmeldung an diesen Sportweltspielen ist uns bereits bekannt. Wer meldet sich noch an? Gern veröffentlichen wir nach dem großen Sportereignis Ihren Erlebnisbericht. (Tel. 03 55/3 81 48-15, E-Mail: jzadow@lzkdb.de)

10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) e.V.

Die Jubiläumstagung findet vom 10. bis 12. September 2004 im Steigenberger Hotel in Berlin statt. Innerhalb dieser Tagung wird am 10.09.04 das Schnupperseminar für interessierte Kollegen zum Thema „Einführung in die Zahnärztliche Hypnose“ angeboten. Der Samstag steht unter dem Thema: Integration der Hypnose in die Zahnarztpraxis. Parallel hierzu sowie am Sonntag finden Aufbau-seminare statt.

Weitere Informationen: Congress Organisation Claudia Winkhardt, Berlin, Tel. 030/36 28 40-40, Fax: -42, cwcongress@aol.com

13. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde

Der Kongress findet statt am 5. und 6. November 2004 in Düsseldorf, Congress Centrum, und wurde vom Veranstalter, der blend-a-med-Forschung, unter das Thema: Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen - Den ganzen Menschen sehen - gestellt. Die wissenschaftliche Leitung teilen sich Prof. Dr. Johannes Einweg, Stuttgart, Prof. Dr. Ursula Platzer, Hamburg-Eppendorf, sowie Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer, Düsseldorf.

Anmeldung und Information: project+plan gmbh, Kennwort: Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde, PF 12 37, 97802 Lohr am Main, Tel. + Fax: 0800-100 67 31 (gebührenfrei)

Wir trauern um unsere Kollegin

Frau Dr.med.dent.
Christel Bauer
aus Rathenow
geboren am 15.09.1932
verstorben im Mai 2004

Absaugen im Labor

Fehlt Ihnen im Labor nicht manchmal ein zusätzlicher Arbeitsplatz mit Absauganlage? Hierfür bietet Hager & Werken mit Speedo-Suc eine elektronische Absauganlage an, die flexibel an jedem Arbeitsplatz eingesetzt werden kann. Eine zwei-stufige Schaltung sorgt für optimale Saugleistung. Durch die Ausstattung mit Electronic Micromotor Control (EMC) lässt sich die Anlage simultan mit der Einheit ein- und ausschalten. Sie ist geräuscharm, einfach zu bedienen und leicht zu reinigen. Das Gerät misst 29 cm x 25 cm x 23 cm (B x H x T) und wiegt ca. 3,6 kg. Weitere Informationen zu Speedo-Suc sind bei Hager & Werken in Duisburg (www.hagerwerken.de) erhältlich.



Zahnaufhellung mit probleach

Das neue Bleachingsystem probleach gibt dem Zahnarzt ein Instrument an die Hand, um sich gegen die in Apotheken und Kaufhäusern erhältlichen Bleachingprodukte zu behaupten. Das probleach-System zeichnet sich durch einfache und extrem flexible Handhabung aus – sowohl für den Behandler als auch für den Patienten. Es beinhaltet u. a. ein fertig gemischtes 30%iges Carbamidperoxid Office Gel für die Aufhellung in der Praxis, ein fertig gemischtes 15%iges Carbamidperoxid Home Gel für zu Hause, das probleach dam (lichthärtendes Harz zum Schutz des Zahnfleisches und freiliegender Zahnhälse) und Gebrauchsanleitungen für den Zahnarzt und den Patienten. Dem Zahnarzt steht damit

die ganze Behandlungspalette zur Verfügung, um Zähne aufzuhellen - gleichgültig, ob Verfärbungen durch Nahrungs- und Genussmittel bewirkt wurden oder altersbedingt sind.

Wer sich für dieses System interessiert, wendet sich an: „Die Zahnbürste“, Frauenstr. 17, 80469 München, Tel. 089/29 16 77, info@zahnbuerste.de



NETdental Mitglied im BVD

Als erster Versandhändler im deutschen Markt hat NETdental die Aufnahme in den Bundes-Verband-Dentalhandel e.V. geschafft. Der BVD vertritt seine rund 200 Mitglieder in allgemeinen und fachlichen Angelegenheiten, bietet permanenten Informationsaustausch und sichert verbindliche Qualitätsstandards. Mit NETdental erfüllt nun erstmals ein Versandhändler die Leistungsparameter zur Mitgliedschaft. Hier wird ein umfassendes Angebot der wichtigsten Verbrauchsmaterialien schnell, einfach und zu attraktiven Konditionen vertrieben – verbunden mit qualifizierter Beratung im Bedarfsfall.

Drops als Alternative zu Kaugummi

Seit Mai hat Wrigley Oral Health-care Programs sein erfolgreiches Prophylaxeprogramm erweitert und führte mit Wrigley's EXTRA® Drops™ spezielle Zahnpflegebonbons in Deutschland ein. Die zuckerfreien Drops - in drei leckeren Geschmacksrichtungen - bieten eine diskrete und praktische Alternative zum Kaugummi für die Mundhy-

giene unterwegs. Zwar sind die modernen Zahnpflegekaugummi so weiterentwickelt, dass sie praktisch nicht mehr an Zahnersatz kleben. Dennoch besteht beispielsweise bei Zahnspangenträgern oder Patienten mit komplexem Zahnersatz der Wunsch nach einer Alternativen zum Kaugummi. Auch viele ältere Menschen, die häufig reduzierten Speichelfluss aufweisen, möchten nicht mehr Kaugummi kauen. Für diese Patientengruppe hat Wrigley jetzt mit den Drops eine Möglichkeit geschaffen, unauffällig den Speichelfluss zu stimulieren.

Weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten über Fax: 089/66 51 0 457 oder www.wrigley-dental.de.



Strahlendweiße Zähne durch Laser-Bleaching

Das Laser-Bleaching leitet einen neuen Trend beim Zahnarzt ein: In nur einer Stunde lassen sich die Zähne schnell, unkompliziert und dauerhaft aufhellen. Während das Home-Bleaching mit eingeschränktem Endergebnis oft nur sechs Monate anhält, kann der Erfolg des Laser-Bleachings bis zu fünf Jahre sichtbar bleiben. Die hohe Wirksamkeit des Laser-Bleachings hängt zum einen von dem speziellen Bleachinggel mit 35%igem Wasserstoffperoxid und zum anderen von der erhöhten Reaktionstemperatur durch die zielgerichtete energiereiche Laser-Strahlung ab. Damit verschwinden Zahnverfärbungen von Nikotin, Kaffee oder auch Medikamenten schonend und effizient.

Weitere Infos: Dental Laser & High-Tech Vertriebs GmbH, Susanne Burgdorf, Tel.: 0 61 36 / 9 55 44-34, www.dental-laser-vertrieb.de



NEUERSCHEINUNG!

Linda Jacobs

Ästhetische Zahnheilkunde

Kleider machen Leute, Zähne machen Gesichter

224 Seiten, 600 Abbildungen, 23 x 24 cm

ISBN 3-87652-902-6, Best.-Nr. 12040

Einzelverkaufspreis € 19,80

Staffelpreise:

6-20 Expl. à € 16,80; ab 21 Expl. à € 14,00

Nutzen Sie dieses Patientenbuch als Marketinginstrument – zur Information und Motivation – als Auslageexemplar im Wartezimmer, als Anschauungsmaterial im Gespräch, als Leihgabe oder als Geschenk für Ihre besten Patienten.



JETZT ORDERN!

Ja bitte liefern Sie mir gegen Rechnung (zzgl. Versandkosten)

___ Expl. des Buches von Linda Jacobs

Ästhetische Zahnheilkunde, Best.-Nr. 12040, ISBN 3-87652-902-6,

Staffelpreise: 1-5 Expl. à € 19,80; 6-20 Expl. à € 16,80; ab 21 Expl. à € 14,00

Datum/ Unterschrift _____

Titel/Vorname/Name _____

Str./Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel./Fax _____

Patientenaufklärung auf höchstem Niveau

Ein strahlendes Lächeln mit gesunden und schönen Zähnen ist die beste Visitenkarte.

Es symbolisiert Dynamik, Erfolg und Lebensfreude. Patienten erwarten deshalb von ihrem Zahnarzt heute mehr als eine zweckmäßige Behandlung. Das Buch will interessierten Lesern zeigen, was qualifizierte Zahnärzte heute mit den Möglichkeiten der Ästhetischen Zahnheilkunde erreichen können.

Welche Möglichkeiten gibt es, geschädigte, verlorene oder ganz einfach unschöne Zahnschubstanz „unsichtbar“ zu ersetzen? Wie kann der Zahnarzt helfen, wenn die Zähne Risse aufweisen, die Ecken abgesplittert sind oder wenn z. B. die Zwischenräume der Schneidezähne zu groß sind? Was kann man tun, wenn Zahnfehlstellungen das Lächeln trüben?

Auf diese und viele weitere Fragen geben die Autoren des Buches verständlich Antwort – mit vielen Fotos und Grafiken.

Unsichtbare Zahnmedizin mit sichtbarem Erfolg

Inhalt

- 1 Vorwort
- 2 Prophylaxe
- 3 Gesundes Zahnfleisch
- 4 Kieferorthopädie
- 5 Bleaching
- 6 Komposit-Füllungen
- 7 Veneer-Technik
- 8 Veneers und Inlays
- 9 Kronen und Brücken
- 10 Teil- und Vollprothesen
- 11 Implantate
- 12 Vom Plan zum Zahn
- 13 Werkstoffe im 21. Jahrhundert
- 14 Privatleistungen
- 15 Ästhetik-Spezialist
- 16 Ästhetik
- 17 Gesichtsverjüngende Operationen
- 18 Fallbeispiele



Quintessenz Verlag

Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin

Tel.: (030) 761 80 662

Fax (030) 761 80 692

www.quintessenz.de

E-Mail: buch@quintessenz.de

Praxis Ambiente

Die Zukunft der Praxis – die Praxis der Zukunft

Ein umfassendes Buch
für Gründung, Planung und
Neuorientierung Ihrer Praxis



PRAXIS AMBIENTE ist weltweit das erste Buch, das sich detailliert mit den Aspekten einer erfolgsorientierten Praxisgründung auseinandersetzt. Authentische Reports vor Ort gewährleisten eine repräsentative Übersicht etablierter Zahnarztpraxen in Deutschland. Unser Redaktionsteam hat mit über 50 Praxisinhabern in Ost und West, vom Süden bis zum Norden Interviews geführt. Die Quintessenz daraus wird im Kapitel „30 Vorbilder“ zusammengefaßt, über 1000 Arbeitsstunden stecken allein in diesem Teil des Buches.

Nicht nur für die Existenzgründung, genauso für die etablierte Praxis ist dieses Buch ein wertvoller Fundus für Fortentwicklung bzw. Neuorientierung. Wie jedes Unternehmen muß sich auch die Zahnarztpraxis Veränderungen stellen, agieren statt reagieren.

- ◆ Erfolgreiche Gründung
- ◆ Planung, Modernisierung
- ◆ Gestaltung und Einrichtung
- ◆ Reports von Praxen
- ◆ Checklisten und Beispiele
- ◆ Produkte, Technik und Design
- für die Praxis mit Zukunft.

- 344 Seiten • über 700 Abb.
- 22,5 x 29 cm • gebunden
- Best.-Nr. 25190 • € 138,-

Mit PRAXIS AMBIENTE halten Sie den Schlüssel zur zukunftsorientierten Patientenpraxis in der Hand.

Modernes Zahnheilkunde ist ein Wirtschaftsgut ersten Ranges, das als solches präsentiert und **aktiv** verkauft werden muß.



Quintessenz Verlag

Ilfenpfad 2-4 • D-12107 Berlin • Fax: (030) 761 80 692
Tel.: (030) 761 80 662 • E-Mail: buch@quintessenz.de
Internet: www.quintessenz.de

Ja, ich bestelle „PRAXIS AMBIENTE“
____ Exemplar/e zum Preis von je € 138,-
(Best.-Nr. 25190) inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Tel/Fax: _____

Datum/Unterschrift: _____

Zahnärzteblatt Brandenburg

■ Herausgeber:

KZV Land Brandenburg, Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam
LZÄK Brandenburg,
Hausanschrift: Parzellenstr. 94, 03046 Cottbus
Postanschrift: Postfach 100722, 03007 Cottbus

Für den KZVLB-Teil

■ Redaktion:

Rainer Linke (verantwortlich)
Ute Wust
Christina Pöschel
Raimar Köster
Dr. Loretta Geserich
Telefon: 03 31/29 77-0 / Fax: 0331/2977-318
e-Mail: oeffentlichkeit@kzvlb.de
Internet: <http://www.kzvlb.de>

■ Redaktionsbeirat:

Dr. Gerhard Bundschuh
Dr. Ulrich Schmiedeknecht
Dipl.-Stom. Sven Albrecht

Für den LZÄK Brandenburg-Teil

■ Redaktion:

Maria-Luise Decker (verantwortlich)
Jana Zadow
Telefon: 0355/3 81 48-0
Internet: <http://www.lzkb.de> / Fax: 0355/38148-48
e-Mail: info@lzkb.de

■ Redaktionsbeirat:

Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Dr. Eberhard Steglich

Das Zahnärzteblatt beinhaltet zugleich amtliche Mitteilungen gemäß § 25 der Hauptsatzung der LZÄK Brandenburg.

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

■ Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Quintessenz Verlags-GmbH, Ilfenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: (030) 7 61 80-5, Telefax: (030) 7 61 80 693
Internet: <http://www.quintessenz.de>
E mail: info@quintessenz.de
Konto: Commerzbank, Konto-Nr.180215600
BLZ 100 400 00.
Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 9/2002 gültig
Geschäftsleitung: Horst-Wolfgang Haase/Alexander Ammann
Verlagsleitung: Johannes W. Wolters
Herstellung: Frank Neumann
Vertrieb: Angela Köthe
Anzeigen: Samira Beganović

■ Druck und Weiterverarbeitung:

Druckhaus Schönevide

■ ISSN 0945- 9782

Die Zeitschrift erscheint 6 mal im Jahr. Jeweils am 15. der geraden Monate. Die Zeitschrift wird von allen Brandenburgischen Zahnärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Landes Zahnärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten. Bezugsgebühr: jährlich € 19,- zgl. Versandkosten Einzelheft € 3,-. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Die Ausgabe enthält Beilagen der Firmen: _____