



aktuellen (nicht älter als sechs Monate) Modellen zu erfolgen. Evtl. erforderliche zahnärztliche oder präventive Maßnahmen nach Abschluß der kieferorthopädischen Behandlung sind festzuhalten und zu veranlassen.

Der Behandlungsverlauf sowie Änderungen der ursprünglichen Planung sind nicht nur durch Zwischenunterlagen, sondern durch entsprechende Eintragungen in der Krankengeschichte darzustellen. Die Behandlungsdokumentation einer zu ermächtigenden Weiterbildungsstätte hat die im §10 Abs. 4 S. 1 bis 5 der Richtlinien genannten Anforderungen zu erfüllen. Bei Vorliegen behebbarer Mängel kann eine Ermächtigung mit Auflagen ausgesprochen werden. Jeder vorzulegende Fall ist gemäß dem Formblatt „Fallübersicht“ unter Berücksichtigung der in § 10 Abs. 4 S. 1 bis 5 genannten Gesichtspunkte zusammenfassend darzustellen. Der Prüfungsausschuß hat zu entscheiden, ob festgestellte Mängel im Fallkurzbericht des Antragstellers nachgebessert werden können, oder ob der vorgelegte Fall gänzlich abzulehnen ist.

§ 11: Gewährleistung der Weiterbildung

Zur Gewährleistung einer qualifizierten Weiterbildung wird von den Weiterbildungsstätten erwartet, daß die in § 10 geforderte Diagnostik und Dokumentation sowohl einem weitergebildeten als insbesondere auch einem in Weiterbildung befindlichen Zahnarzt jederzeit ein Nachvollziehen der diagnostischen und der daraus abgeleiteten therapeutischen Schritte erlaubt.

§ 12: Planungsmodelle

Planungsmodelle müssen

- sämtliche durchbrochenen und/oder im Durchbruch befindlichen Zähne sowie die Alveolarfortsätze - einschließlich der Tubera und der retromolaren Bereiche -, die Umschlagfalte und die inserierenden Bänder präzise darstellen,
- frei von okklusionsstörenden Gipsüberschüssen sein,
- bei dreidimensionaler Orientierung nach Raphemedian-, Okklusal-, und Tuberebene getrimmt und - auf den Rückflächen aufgestellt - ohne Wachsbiß-Registrierung eindeutig die habituelle Interkuspitation, bei schädigelgelenksbezoglicher Montage die Zentrik wiedergeben.

Hinweis: Arbeits- und Technikmodelle sind keine Planungsmodelle!

§ 13: Fotos

Fotos müssen

- eine Mindestgröße (50 x 50 mm) haben, die eine sichere Auswertung nach kieferorthopädischen Gesichtspunkten, also auch eine zeichnerische Auswertung, erlaubt,
- achsengerecht die klinische Ist-Situation erfassen.

Ein Vergleich der möglichst standardisierten Fotos oder standardi-

sierter Videoverfahren des gleichen Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten sollte möglich sein.

Werden abweichend von Abs. 1 Dias für diagnostische Zwecke und wissenschaftliche Dokumentation hergestellt und für die Auswertung mit entsprechenden Geräten vergrößert und vermessen, soll eine schriftliche (deskriptive) Auswertung vorgenommen sein.

§ 14: Röntgenaufnahmen

Der Umfang der Röntgendiagnostik hat den Erfordernissen des Einzelfalls zu entsprechen

(§ 25 der Weiterbildungsordnung, Anwendungsgrundsätze der Röntgenverordnung). Alle Aufnahmen müssen grundsätzlich den Anforderungen der Röntgenverordnung entsprechend durchgeführt werden, in standardisierter Röntgentechnik erstellt sowie aufnahme- und entwicklungstechnisch einwandfrei sein.

Zum röntgendiagnostischen Ausgangsbefund zur Planung einer kieferorthopädischen Behandlung gehören im Regelfall:

- eine Übersichtsaufnahme des Gebisses und der relevanten knöchernen Strukturen mittels Panoramaaufnahmen (OPG) mit Auswertung,

- ein Fernröntgenseitenbild (FRS) mit Durchzeichnung und Auswertung. Im Regelfall erfolgt die Aufnahme in Schlußbißstellung (Ausnahmen: z. B. Zwangsbiß).

Bis auf wenige Ausnahmen ist ein laterales Röntgenbild des Schädels notwendig. Es sollte in Schlußbißstellung aufgenommen sein (Ausnahme: Zwangsbiß) und einen Kontrast aufweisen, der die kephalometrische Auswertung speziell die spätere Bestimmung von Frontzahnneigung, basalen Kieferrelationen und Weichteilverlauf erlaubt. Die schriftliche Auswertung und Durchzeichnung müssen beigefügt werden.

Diese o. g. Aufnahmen sind in Abhängigkeit von Krankheitsbild und Behandlungsverlauf zur fortlaufenden Diagnostik ggf. mehrfach zu wiederholen.

Weitere bildgebende Verfahren (z. B. Einzelzahnlamine, Aufbißaufnahmen, Handwurzel- und Kiefergelenkaufnahmen, besondere bildgebende Verfahren usw.) können im Einzelfall zusätzlich erforderlich sein.

§ 15: In-Kraft-Treten

Diese Richtlinien treten an dem auf die Bekanntmachung im Bayerischen Zahnärzteblatt (BZB) folgenden Kalendertag in Kraft. (Beschlossen in der Vorstandssitzung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer am 20.7.2001).

München, 27.7.2001

Michael Schwarz,
Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer

Abschied von Dr. Karl Mühlbauer

Am 9. September 2001 ist *Dr. med. dent. Karl Mühlbauer* gestorben. Mit tiefer Trauer haben die bayerischen Zahnärzte die Nachricht vom Tode ihres Kollegen vernommen. Die bayerische und darüber hinaus die deutsche Zahnärzteschaft hat mit Mühlbauer einen ihrer profiliertesten Vertreter verloren.

Seine berufspolitischen Stationen belegen dies eindrucksvoll: Nachdem sich Karl Mühlbauer nach Klinikassistentenzeit, Bundeswehr und Assistentenzeit in der Schweiz 1970 in eigener Praxis in Murnau niedergelassen hatte, vertrat er seit 1978 die beruflichen Belange seiner Kolleginnen und Kollegen in der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Dabei galt sein Augenmerk der zahnärztlichen Fortbildung sowie der berufspolitischen Bildung. Als langjähriges Mitglied der Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer wie auch der Bundesversammlung der Bundes Zahnärztekammer trat Dr. Karl Mühlbauer entschieden für ein freiheitliches Berufsbild des Zahnarztes und die Stärkung der zahnärztlichen Selbstverwaltung ein.

Von 1986 bis 1998 trug er Verantwortung als 1. Vorsitzender des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern.

Im Vorstand der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, dem er ebenfalls zwölf Jahre angehörte, setzte er sich für ein zeitgemäßes Erscheinungsbild der zahnärztlichen Selbstverwaltung ein. Viele Jahre war er Delegierter des Freien Verbandes

deutscher Zahnärzte in der Bundesversammlung und in der Landesversammlung, der er auch als Versammlungsleiter vorstand.

Von 1984 bis 2000 übernahm er in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns verantwortungsvolle Aufgaben, u.a. als Vorsitzender des Prothetikausschusses, als stellv. Bezirksstellenvorsitzender und langjähriger Delegierter zur Vertreterversammlung. Daneben war er lange Jahre als Delegierter für die Freien Berufe in Bayern tätig. Trotz der Fülle seiner standespolitischen Aufgaben und Verpflichtungen war er nie Funktionär im landläufigen Sinne. Er hatte immer ein offenes Ohr für die beruflichen und vor allem menschlichen Probleme seiner von ihm repräsentierten Kolleginnen und Kollegen.

Seine besondere Aufmerksamkeit galt den sozialen Belangen von Zahnärzten und ihren Angehörigen. Im Zuge der Wiedervereinigung übernahm er die wichtige Aufgabe, den Kollegen aus Thüringen den Übergang in das westliche System möglichst reibungslos zu ermöglichen. Es verwundert deshalb nicht, daß er sich gerade für die berufspolitische Ausbildung der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte besonders engagierte. Er verstand es in hervorragender Weise, den jungen Kollegen zu vermitteln, daß wohlverstandener Lobbyismus nur auf der Basis allen menschlichen Zusammenlebens wie Toleranz und Integrität praktiziert werden kann. Er handelte immer gemäß dem Motto: Freiheit ist immer Freiheit der Andersdenkenden. Seine Standfestigkeit, sein Ablehnen von fragwürdigen Kompromissen und seine Aufrichtigkeit werden immer Vorbild sein.

Dr. Karl Mühlbauer wurde 63 Jahre alt.



Dr. med. dent. Karl Mühlbauer †