

Zahnärzteblatt

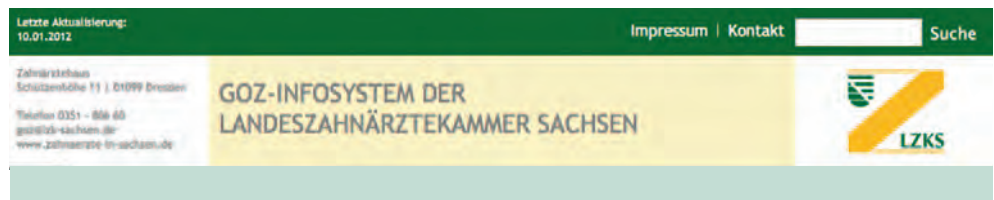
DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN **SACHSEN**

ANZEIGE

Knochendefekte

Aktuelles Interview

Aussonderung von Unterlagen



**Das GOZ-Infosystem der Landes Zahnärztekammer
auf unserer Homepage**
www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Die Inhalte

- Aktuelles ► **GOZ – 2012**
- Beschlusskatalog
- Patienteninformation
- PKV/Beihilfe
- Formulare
- Recht
- Service

Ihre Vorteile

Einfacher und gesicherter Zugang über den
Login-Bereich für alle sächsischen Zahnärzte mit
Passwort-Registrierung

Das GOZ-Infosystem wird stetig aktualisiert

Für Fragen und weitere Informationen steht auch
die GOZ-Hotline bereit: 0351 8066-257; -256

Wie möchten Sie es denn gerne?



Zahnmedizin und die digitale Datenbasis im Labor sind die Symbiose für die ideale Funktion in allen Fachbereichen.



**Erfolgreiche Planung und Durchführung
= optimale und individuelle ZE-Versorgung.**



**Duo Dental
Zahntechnik**

Falgardring 7 · 08223 Falkenstein · Nähere Infos unter Telefon 03745/72955



Dr. Holger Weißig

Vorstandsvorsitzender der KZV Sachsen

Ein gesundes neues Jahr

wünscht Ihnen der Vorstand der KZV Sachsen!

So oder auf individuellere Weise haben wir bestimmt zum Neujahr unsere Freunde und Verwandten begrüßt. Es ist immer gut, Momente zu haben, wo man ernsthaft in die Vergangenheit blickt und sich daraus Vorsätze für die Zukunft formuliert. Doch wie so häufig werden gute Traditionen entweder zur Floskel, zur Gefühlsduselei oder zur Geschäftsidee. Für alles gibt es Beispiele:

„Hauptsache gesund!“ – Fühlt sich da ein chronisch Kranker oder ein Patient mit einer unschönen Diagnose noch angesprochen?

Oder bei großen Veranstaltungen: „Allen ein überaus erfolgreiches neues Jahr!“ – Wissen wir da nicht schon im Vorhinein, dass bei der überwiegenden Mehrheit dieser Wunsch in den ersten Januarwochen wie eine Seifenblase platzt?

Und zum Dritten die Inflation der Neujahrswünsche. Sie lernen Gratulanten kennen, die haben Sie noch nie gesehen. Da gibt es Glückwünsche Schreibende, die nutzen jede gesetzliche Neuregelung als Geschäftsidee: „Wir gratulieren zur neuen GOZ.“ – Es gibt zwar keine Punktwerthöhung, aber reichlich Seminarangebote zum Neujahrspreis.

„Wir gratulieren zur papierlosen Abrechnung.“ – Obwohl man schon jahrelang eine Wartungspauschale für die Überarbeitung und Pflege des Programms bezahlt, kommen findige Geschäftspartner auf ein neues Schnittstellenmodul.

„Wir gratulieren zur Qualitätssicherung.“ – Die QS-Richtlinie wird leider mitten im Jahr kommen. Da kann man seine Geschäftsidee nicht in Neujahrsgrüße verpacken. Aber da gibt es ja noch die Geschäftsidee mit der Angst. Wir kennen sie schon von der Pflichtfortbildung und dem Qualitätsmanagement. „Kaufen Sie unser neues Modul, nur dann können Sie morgen in Ruhe weiterbohren.“

Verstehen Sie meine Einwürfe nicht falsch, ich bin nicht gegen kreative Geschäftsideen. Doch wir Zahnärzte haben einen entscheidenden Nachteil. Unser Verkaufspreis wird gesetzlich limitiert. Selbst wenn manches Angebot seinen Preis wert wäre: Wir können es nicht auf unseren feststehenden Endbetrag umlegen. Deshalb prüfe man jedes Angebot auf seine Notwendigkeit.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen die nötige innere Ruhe für sinnvolle Entscheidungen im Jahr 2012.

Ihr KZV-Vorsitzender Holger Weißig

Inhalt

Leitartikel

Ein gesundes neues Jahr

Aktuell

Aktuelles Interview mit Prof. Dr. Thomas Hoffmann

Prüfungsaufwurf Abschlussprüfung Sommer 2012

Prüfungsaufwurf Zwischenprüfung 2. Lehrjahr

Leserbrief

LZKS-Ausschuss Praxisführung

KFO-Gutachter diskutierten konstruktiv

Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

Praxis- und Assistentenbörse der KZV Sachsen

Neuzulassungen

Praxisausschreibung

Fortbildung

Parodontaler Knochenabbau erfolgt durch körpereigene Prozesse, nicht durch Bakterien (Teil 1)

Doxycyclinapplikation unterstützt Parodontaltherapie und hemmt Knochenabbau (Teil 2)

Herbsttagung in Leipzig –

Neue Trends in der Zahnmedizin

Termine

Einladung zur 49. Kammerversammlung

Zahnärzte-Stammtische

Kurse im Februar/März 2012

Recht

Wenn Hinweise auf Fehlverhalten eingehen

Aufbewahrungsfristen von Unterlagen

Praxisführung

Erstversorgung mit Suprakonstruktionen

Neue GOZ – Berechnung von Materialkosten

GOZ-Telegramm

Bücherecke

Burnout und Stressmanagement bei Zahnärzten

Websites in „Looser“ Folge vorgestellt

Personalien

Nachrufe

Promotionen

Geburtstage, Laudatio

Historie

Johannes Weber –

ein Pionier des zahnärztlichen Einheitsstandes

Redaktionsschluss für die Ausgabe März 2012
ist der 15. Februar 2012

Impressum

Zahnärzteblatt SACHSEN

Herausgeber

Informationszentrum Zahngesundheit Sachsen

Offizielles Organ der Landes Zahnärztekammer Sachsen
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
www.zahnärzte-in-sachsen.de

Schriftleitung

Dr. Thomas Breyer (v. i. S. d. P.),
Sabine Dudda, Dr. Holger Weißig

Redaktion

Gundula Feuker, Beate Riehme

Mitarbeiterin

Ines Maasberg

Redaktionsanschrift

Informationszentrum Zahngesundheit
Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
Telefon 0351 8066-276, Fax 0351 8066-279
E-Mail: izz.presse@lzk-sachsen.de

Verlag

Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz
Telefon 03525 718-600, Fax 718-611

Anzeigen, Satz, Repro und Versand Gesamtherstellung

Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz
Telefon 03525 718-600, Fax 718-610
ISDN-Mac 03525 718-634

Anzeigenabteilung

Sabine Sperling
Telefon 03525 718-624
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

Anzeigenpreise

Zurzeit ist die Preisliste Nr. 14 vom Oktober 2006 gültig.

Bezugspreis/Abonnementpreise

Jahresabonnement 45,00 Euro
Einzelverkaufspreis 5,50 Euro
zzgl. Versandkosten u. Mehrwertsteuer

Bestellungen nehmen der Verlag und alle Buchhandlungen im In- und Ausland entgegen.



Auflage

5.250 Druckauflage, III. Quartal 2011

Vertrieb

Das Zahnärzteblatt Sachsen erscheint einmal monatlich bis auf Juli+August (Doppelausgabe). Mitglieder der LZKS/KZV erhalten das ZBS im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Für unverlangt eingesandte Leserbriefe, Manuskripte, Fotos und Zeichnungen wird seitens der Redaktion und des Verlags keine Haftung übernommen. Leserbriefe, namentlich gekennzeichnete oder signierte Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe und unaufgefordert eingesandte Beiträge sinngemäß gekürzt zu veröffentlichen.

Nachdrucke, auch auszugsweise, sind nur nach schriftlicher Zustimmung des Herausgebers und mit Quellenangaben gestattet. Die in der Zeitung veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt.

© 2012 Satztechnik Meißen GmbH

ISSN 0938-8486

Das neue Kürzel UZM, moderne Wege für die Lehre und mehr Netzwerk in und über Sachsen hinaus

Die Dresdner volluniversitäre Zahnheilkunde-Ausbildung besteht nun 20 Jahre. Dies nimmt die Medizinische Fakultät der TU Dresden im kommenden Sommer zum Anlass für ein internationales Symposium, für das Zahnärzteblatt Sachsen ist es Anlass für ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Thomas Hoffmann als geschäftsführender Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum der TU Dresden. Dabei sollte es um die Ausbildung des beruflichen Nachwuchses, um die wissenschaftliche und Forschungsarbeit, aber auch um die Behandlung von Patienten gehen. Prof. Hoffmann eröffnet das Gespräch sogleich mit einem neuen Wortkürzel ...

Herr Professor, UZM Dresden – was muss sich der Zahnarzt darunter vorstellen?

Es ist die in Anspruch und Inhalt kontinuierliche Weiterführung des bisherigen Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde lediglich mit neuem Namen „Universitäts-ZahnMedizin“. Der Begriff soll sich einerseits dem Patienten besser einprägen als der bisherige, soll die universitäre Anbindung deutlich signalisieren, die Zugehörigkeit der Zahnmedizin bzw. der oralen Medizin zur Medizin stärker ausdrücken. Seine Bedeutung in Lehre und Forschung soll jedoch zunehmen. Der Zahnarzt bleibt nach wie vor für die UZM Dresden der Partner in der gemeinsamen Behandlung unserer Patienten. Der neue Name steht für Aufbruch und Neuorientierung. Die Umbenennung des ZZMK Dresden in UZM Dresden wurde mit 1.1.2012 wirksam.

Welche Veränderungen gab es 2011 in der Dresdner universitären Zahnmedizin?

Wir sind nunmehr in der glücklichen Lage, die Lehrstühle Kieferorthopädie, Zahnerhaltung und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie wieder besetzt zu haben. Leider ist das für den Bereich Kinderzahnheilkunde nicht gelungen. Mit der Eingliederung in die Poliklinik für Zahnerhaltung unter dem Direktorat von Prof. Hannig wurde jedoch eine sehr gute Lösung gefunden. Mit dieser personellen Komplettierung sind nunmehr die Möglichkeiten gegeben, nach 20 Jahren eine neue Etappe mit neuen Ideen anzugehen.

Was steht für dieses Jahr an?

Seit Februar 1992 findet in Dresden mit Einrichtung der vorklinischen zahnmedizinischen Lehre die volluniversitäre Ausbildung statt, diesem Anlass ist ein internationales Symposium im Sommer gewidmet.



Prof. Dr. Thomas Hoffmann (re.) stellt im Interview mit Dr. Thomas Breyer die neue UniversitätsZahnMedizin Dresden vor

2012 wird auch der Beginn der nächsten – mindestens ebenso 20-jährigen – Etappe sein. Es gilt, sowohl Kontinuität in Lehre, Forschung und Patientenbehandlung zu wahren, als auch innovative Ideen und Konzepte einfließen zu lassen, um den recht guten Platz, den Dresden in der deutschen Hochschullandschaft einnimmt, mindestens zu halten. Diese Konzepte müssen der demografischen Entwicklung, der veränderten Fördergeldpolitik und einer notwendigen inneruniversitären Entwicklung Rechnung tragen.

Grundsätzlich setzt Dresden auf eine Interdisziplinarität, die sich in allen drei Bereichen, Behandlung, Lehre und Forschung, widerspiegeln soll. Die UZM verfolgt den gleichen Forschungsschwerpunkt wie die Fakultät – De- und Regeneration – vom Biofilm bis zur Implantatnachsorge. Ein Bereich, der allein schon Interdisziplinarität herausfordert.

Gut aufgestellt ist die Versorgungsforschung, Ergebnisse dazu werden wir zum Kongress der Versorgungsforschung, der im

Sommer in Dresden stattfindet, vorstellen. Angesichts dessen, dass kaum Konzepte zur Alterszahnheilkunde vorliegen, wird die UZM ihr Profil auch in diesem Bereich schärfen. Hier sehen wir in Dresden ein Brückenglied zur Medizin, denn die Verzahnung von Zahnmedizin und Medizin wird die nächsten 20 Jahre dominieren.

Was heißt das für den Berufsnachwuchs?

Das Arbeitsgebiet des Zahnarztes sieht 2030 völlig anders aus. Viel interdisziplinärer. Nicht nur, weil die Patienten immer älter werden und der Zahnmediziner mit Demenz und chronischen Erkrankungen in Berührung kommt und diese vielleicht als erster diagnostiziert. Sondern weil der Zahnarzt in viel höherem Maße zur Schnittstelle für interdisziplinäre Prävention und Früherkennung wird – für Patienten aller Altersgruppen.

Noch einmal kurz zum Stichwort Fördergelder ...

Es wird in zunehmendem Maße notwendig

Aktuell

sein, Fördergelder auf EU-Basis zu erschließen. Hierzu bieten sich Projekte in internationaler Zusammenarbeit, z. B. mit Breslau, Krakow oder Prag an. Dabei könnte man zum Beispiel die guten Beziehungen der LZKS mit Breslau nutzen.

Die UZM soll auch für moderne Wege in der Lehre stehen – welche Wege wollen Sie gehen?

Ein Stück sind wir schon auf dem Weg, mit den Hospitationspraxen, die dank Kammer-Initiative für die praktische studentische Ausbildung gewonnen werden konnten. An dieser Stelle noch einmal Danke für die Bereitschaft an die Kollegenschaft. In Zukunft müssten hieraus Lehrpraxen entstehen. Auch die Einbeziehung niedergelassener Kolleginnen und Kollegen in die Lehre, eine engere Zusammenarbeit mit der LAGZ sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sind zu diskutieren. Die gute kollegiale Zusammenarbeit an der Uni lässt auch die eingangs erwähnte Interdisziplinarität in der Ausbildung früher als im 5. Studienjahr zu.

Wie sieht die Forschungsarbeit der neuen UZM aus?

Ziel ist es, Grundlagenforschung, klinische Forschung und Versorgungsforschung – interdisziplinär orientiert – synergistisch zu betreiben. Laufende Forschungen umfassen derzeit BMBF-, DFG-, und EU-Projekte, die von der Biofilmbiologie über die Zusammenhänge oraler und allgemeiner Gesundheit, molekularbiologische und molekulargenetische Studien, Biomarkeranalysen bis hin zur Tumordiagnostik, Implantatkonditionierung, klinischen Therapiestudien und Versorgungsforschung reichen. Diese Forschung basiert bereits auf guter Zusammenarbeit im Hause, mit der Medizin aber auch mit Partnern an der TU und an außeruniversitären Forschungseinrichtungen in Dresden. Eine Ausweitung – auch unter dem europäischen Aspekt – streben wir selbstverständlich an.

Es gab in der Stadt Dresden Veränderungen zum Notdienst. Wie sieht der UZM-Notdienst aus?

Wir haben neue Öffnungszeiten:

Montag und Mittwoch von 8 bis 18 Uhr;
Dienstag und Donnerstag von 8 bis 16 Uhr;
Freitag von 8 bis 15 Uhr.

In diesen Zeiten sind wir für alle Patienten, mit und ohne Überweisung, da. Ebenso können gern Fachfragen von Kollegen gestellt werden. Darüber hinaus gibt es einen oralchirurgisch-kieferchirurgischen Notdienst von 0 bis 7 Uhr für Patienten mit Traumata im Kopf-Halsbereich, mit akuten Verletzungen durch Unfälle oder Gewalteinwirkung, z. B. Verlust oder Lockerung von Zähnen oder Verletzungen von Hart- und Weichgewebe im oralen Bereich, oder für Patienten mit akuter kiefer- bzw. oralchirurgischer Versorgungsnotwendigkeit, etwa bei Nachblutungen.

Diese Bereitschaft ist nicht gedacht für die Behandlung bei Verlust eines Provisoriums, der Fraktur eines Prothesenzahnes, Lockerung eines Stiftaufbaus oder bei Füllungsverlust. Jene Patienten sind gebeten, zahnärztliche Behandlungsangebote zwischen 7 und 24 Uhr zu nutzen. Selbstverständlich stehen wir an Wochenenden und Feiertagen von 7 bis 22 Uhr zur Verfügung.

Prüfungsaufwurf Sommer 2012 Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

Die Abschlussprüfung für Auszubildende, die bis zum 30.09.2012 ihre Ausbildungszeiten zurückgelegt haben, findet am **19.04.2012** im schriftlichen Bereich und vom **11. – 18.06.2012** im praktischen Bereich statt.

Die Prüfungsanmeldung ist bis zum **01.03.2012** und der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) einschließlich des erfüllten Röntgentestatsnachweises sind vom **12. – 16.03.2012** bei der Landes Zahnärztekammer Sachsen einzureichen.

Prüfungsaufwurf 2. Ausbildungsjahr Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/ Fachangestellte/r

Die Zwischenprüfung für Auszubildende im 2. Ausbildungsjahr findet am **10.05.2012** in der Zeit von 14:00 – 16:00 Uhr statt.

Die Prüfungsanmeldung ist bis zum **01.03.2012** bei der Landes Zahnärztekammer Sachsen einzureichen.

Die Prüfung beinhaltet nach der gültigen Ausbildungsverordnung für Zahnmedizinische Fachangestellte folgende Prüfungsbereiche:

- Durchführen von Hygienemaßnahmen
- Hilfeleistung bei Zwischenfällen und Unfällen
- Assistenz bei konservierend/chirurgischen Behandlungsmaßnahmen
- Anwenden von Gebührenordnungen und Vertragsbestimmungen

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist eine Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung.

Womit hat der Berufsstand diese Behandlung verdient?

Bis vor wenigen Wochen waren wir noch froher Hoffnung, dass es nicht schlimmer wird als es war. Wir hatten uns daran gewöhnt, mit einer uralten Gebührenordnung zu den Preisen von 1988 zu arbeiten. Mit einer gewissen Phantasie und „Analogpositionen“ wurde das, was nicht passte, passend gemacht. Es war seit einiger Zeit klar, dass nicht mit einer signifikanten Punktwertsteigerung in der GOZ zu rechnen war. Auch das hatten wir zähneknirschend schon fast akzeptiert. Seit Anfang November sieht das anders aus. Mit dem Bundesratsbeschluss ein „Quasi-Budget“ in der GOZ einzuführen, dürfte das Fass endgültig am Überlaufen sein.

Wir sollen als „freier Berufsstand“, als selbstständige Unternehmer am Markt mit neuester Technologie und höchster Motivation beste Qualität zu Preisen von 1988 abliefern, und wenn wir uns trauen, unsere Preise in den nächsten Jahren auch nur annähernd in der Höhe der durchschnittlichen Inflationsrate anzuheben, dann wird unsere Gebührenordnung nach unten angepasst. Warum darf in diesem Lande jeder Unternehmer betriebswirtschaftlich kalkulieren, ohne sich dafür rechtfertigen zu müssen? Nur wir müssen auf alle möglichen und unmöglichen Umstände Rücksicht nehmen. Es kommt, wenn es um unsere Bezahlung geht, auch immer so rüber, als würden wir das, was wir rein hypothetisch mehr bekommen, sofort alles in die eigene Tasche stecken. Unsere Einrichtung ist nicht vom Himmel gefallen, sondern von uns finanziert. Da sie benutzt wird, altert sie auch und muss in regelmäßigen Abständen erneuert werden. Es gibt auf dem Dentalmarkt auch immer wieder hochinteressante Neuerungen, die aber oft genug ein Traum bleiben, weil wir eben nicht betriebswirtschaftlich kalkulieren dürfen. Von den gesetzlichen Kassen gibt es nur so viel, wie wir nach der „wanz“ Methode (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig) erarbeiten dürfen. Da der GOZ-Satz auf ähnlichem Niveau festgenagelt wird, sind in Zukunft keine Spitzenleistungen mehr zu erwarten. Da, wo eine Praxis etwas abwirft, ist das Ganze oft genug mit einem mörderischen Arbeits-tempo erkaufte, das keiner bis zur Rente

durchhält und das der Qualität auf Dauer kaum zuträglich sein dürfte.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, besinnen wir uns doch langsam auf unsere Stellung. Was wir können, können nur wir, und das auch nur mit unserer teuren von uns bezahlten Einrichtung ...

Wir sind in der Öffentlichkeit die Abzocker der Nation. Die Presse hat es geschafft, dass die Berufsbezeichnung Zahnarzt synonym mit den Begriffen unermesslich und reich benutzt wird. Seit Monaten bekommen wir Glückwünsche von Freunden, Bekannten und Patienten, sie hätten gelesen bzw. gehört, dass mit der neuen Gebührenordnung regelrecht ein Füllhorn des Reichtums über uns geleert werden wird. Das wirklich Gemeine an dieser Situation ist die Diskrepanz zwischen öffentlicher Verlautbarung und der Wirklichkeit, die nur uns bekannt ist und die auch keiner hören will.

Liebe Standespolitiker von KZV und Kammer, egal ob auf Landes- oder Bundesebene. Es ist an der Zeit aufzuhören mit der Desinformationspolitik gegenüber den Kollegen an der Basis. Seit Jahrzehnten kommt mit jedem Genickschlag, den die Politik uns zuteil werden lässt, die immer gleiche Leier, dass man alles versucht habe und es noch viel schlimmer hätte kommen können, und nur deshalb habe man schlussendlich zugestimmt. Wenn die letzte politische Entscheidung nicht eine glatte Bauchlandung unserer Verhandlungsführer war, was dann? Es wird nach wie vor behauptet, dass durch Verhinderung einer Öffnungsklausel viel Schaden von den Kollegen abgewendet worden sei. Es ist noch nicht sicher, ob die Öffnungsklausel oder das „Budget“ schlimmer wären. Nennen Sie das Kind endlich beim Namen! Es ist, wie in letzter Zeit schon häufiger, so gut wie nichts erreicht worden. Falls es anders sein sollte, dann müsste über die Wege, Erfolge zu kommunizieren, einmal ernsthaft nachgedacht werden. Wir nehmen in Demut die Brocken, die man uns hinwirft und rechtfertigen uns gegenüber allen, die es zu wissen glauben, für unseren vermeintlichen Wohlstand.

Sehr geehrte Politiker, was haben wir falsch gemacht? Der Jubel nach der letzten Wahl war da. Eine bessere Konstellation als einen Gesundheitsminister von der FDP zu bekommen, war eigentlich nicht vorstellbar. Wir hatten als Landesverband Sachsen des FVDZ sogar vor einiger Zeit das Vergnügen, einem aufstrebenden jungen Politiker der FDP zuzuhören und seine Visionen erläutert zu bekommen. Es schien alles gut zu werden. Jetzt ist der junge aufstrebende Herr Gesundheitsminister und scheint die Fronten gewechselt zu haben. An sein Geschwätz von gestern kann er sich nicht mehr erinnern. Ganz im Gegenteil, nach kürzester Zeit klang der Liberale wie ein Abziehbild seiner Vorgängerin von der SPD. Geradezu demütigend ist das immer wieder vorgetragene Totschlagargument: „Zahnärzte verdienen doch schon sehr gut.“ Das mag im Vergleich zu bestimmten Niedriglohnjobs vielleicht noch stimmen. Offensichtlich müssen wir uns von dem Gedanken verabschieden als Akademiker und Unternehmer auch so bezahlt werden zu wollen. Ich bilde mir ein nach erfolgreicher Absolvierung eines der weltweit schwersten Studiengänge, der Bereitschaft mich für die nächsten Jahrzehnte hoch zu verschulden (ohne beim Studium auch nur den Schimmer von Betriebswirtschaft beigebracht bekommen zu haben), der Schaffung vieler Arbeitsplätze und einer täglichen Arbeit, die zig Mal am Tag auf den Punkt bei nur einem möglichen Versuch äußerster Konzentration und Einfühlungsvermögen verlangt, etwas mehr als der Durchschnitt verlangen zu dürfen. Es wäre auch allerhöchste Zeit, unsere Angestellten besser zu bezahlen. Es zeichnet sich bereits deutlich ein Nachwuchsproblem bei Zahnmedizinischen Fachangestellten ab, das nicht zuletzt mit der Aussicht auf dauerhaft miserable Bezahlung des an sich interessanten und abwechslungsreichen Berufes zu begründen ist. Es dürfte unbestritten sein, dass wir in den letzten 20 Jahren einen herben Verlust an Kaufkraft hinnehmen mussten. Die Preise der GOZ von 1988 haben sich die Zahnärzte ja nicht selbst einfallen lassen. Ganz im Gegenteil, alles war von oben beschlossen und abgeseignet. Wieso ist es jetzt legitim,

Leserbrief/Aktuell

uns mit einem inflationsbedingten Einkommensverlust von ca. 60 % weiterwursteln zu lassen? Nicht nur, dass Wasser und Energie massiv teurer geworden sind. Die Dentalindustrie, die uns auf eigentümlichen Wegen nur über Dentaldepots exklusiv mit Geräten und Verbrauchsmaterialien beliefert, darf ungeniert hinlangen. Die an dieser Stelle aufgerufenen Preise sprengen zum Teil jedes vorstellbare Maß. Denen haut aber keiner auf die Finger, sie wären Abzocker, per se reich, und es wäre nicht sachgerecht, ihre Preise der allgemeinen Entwicklung anzupassen.

Es wäre interessant mal zu sehen, was passiert, wenn die Gebührenordnung der Anwälte überarbeitet und an die Zahlungsfähig- und -willigkeit der Rechtsschutzversicherungen angepasst wird. Die uns aufgezwungene Dreiecksbeziehung, dass wir uns nach den Möglichkeiten der Versicherer richten müssen, ist in der Wirtschaft wohl einmalig und entbehrt jeglicher Grundlage. Das Vertragsverhältnis besteht ausschließlich zwischen Arzt und Patient. Zur Veranschaulichung ein Gedankenexperiment: Man stelle sich vor ich habe einen leichten Autounfall. Die Werkstatt kalku-

liert betriebswirtschaftlich den Reparaturaufwand (Das Ganze von der Gesellschaft durchaus akzeptiert, schließlich muss die Werkstatt ja überleben.). Jetzt komme ich zum Werkstattmeister und sage ihm, dass ich nur die Preise von 1988 bezahlen kann, da meine Versicherung nicht mehr zahlt. Wenn ich Glück habe fliege ich nur raus, wenn ich Pech habe werde ich anschließend auf meine Zurechnungsfähigkeit untersucht ... Sicher ist nur, dass ich keine erstklassige Leistung bekomme.

Peter Boden

LZKS-Ausschuss Praxisführung



Die Mitglieder des LZKS-Ausschusses Praxisführung, Dipl.-Stom. Hermann Loos, Dr. Axel Kießig und Dr. Peter Lorenz arbeiten eng mit Dr. Mathias Wunsch (v.l.n.r.) als Vorsitzender des gleichnamigen BZÄK-Ausschusses zusammen

Auf der 47. Kammerversammlung am 5. März 2011 wurden die Mitglieder der Ausschüsse für die laufende Legislaturperiode gewählt.

Die Umbenennung unseres bis dato unter der Bezeichnung Ausschuss für Berufsausübung erfolgreich agierenden Gremiums in **Ausschuss Praxisführung** war weder inhaltlichen noch personellen Erneuerungen geschuldet. Der „Etikettenwandel“ ist lediglich Tribut der Anpassung an bundesweite Gepflogenheiten, in diesem Falle der einheitlichen Benennung. Unser Präsident der LZKS, Dr. Mathias Wunsch, leitet in bewährter und von den

Ländern anerkannter Manier den gleichnamigen Ausschuss Praxisführung bei der Bundeszahnärztekammer und steht unserem „Freistaatsausschuss“ selbstverständlich unterstützend und beratend zur Seite. Kurze, direkte, vertrauensvolle und verlässliche „Dienstwege“ sind heute und natürlich auch morgen sowie in Zukunft von unschätzbarem Wert.

In den Ausschuss wurden Dr. Axel Kießig (Leipzig), ZA Dipl.-Stom. Hermann Loos (Chemnitz, Ihnen gut bekannt durch „Webseiten“ in „Looser“ Folge in denen von Ihnen gerade studierten Periodika und Dr. Peter Lorenz (Altenhain) wieder-

gewählt. An dieser Stelle Danke an die Kammerversammlungsmitglieder für das entgegengebrachte Vertrauen und ihre Hilfe und Unterstützung.

Zuständig ist der Ausschuss für alle Bereiche der zahnärztlichen Praxisführung, u. a. Praxishygiene, Medizinprodukte, Entsorgung von Praxisabfällen, Brand- sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz, Pflege des gerade aktuell auf Datenträger an alle Praxen versendeten Praxishandbuchs und Organisation des BuS-Dienstes. Unterstützt werden wir dabei in hervorragender Weise durch die fachkompetente Arbeit des Ressorts Praxisführung/Zahnärztliche Stelle bei unserer Landeszahnärztekammer. Um der Wahrheit Genüge zu tun; der Ressortleiter Herr Lamprecht leistet mit seinem Team den Löwenanteil an der Aufarbeitung der mit verlässlich zunehmender Quantität überbordenden Anforderungen von gesetzgeberischer Seite an das Betreiben („Führen“) einer Zahnarztpraxis. Alles Wissenswerte zu unserer Arbeit finden Sie auf www.zahnärzte-in-sachsen.de unter „Zahnärzte“, „Berufsausübung“, „Praxisführung“, auch das schon erwähnte elektronische Praxishandbuch der LZKS. Viel Spaß beim Nachlesen und Studieren und, falls Sie noch ergänzende Informationen benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich an Frau Hartmann (0351 8066-260) oder Herrn Lamprecht (0351 8066-261) oder Ihren Ausschuss Praxisführung.

Dr. Peter Lorenz

KFO-Gutachter diskutierten konstruktiv

Am 25. November 2011 fand die diesjährige KFO-Gutachterschulung im Zahnärzterhaus in Dresden statt. Neben den Vertragsgutachtern nahmen vonseiten der Verwaltung der KZV Sachsen die Justiziarin Frau Gorski-Goebel, Frau Schröder als Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung, Frau Jörg, Abteilungsleiterin Regresse, die Gruppenleiterin KFO Frau Klose sowie die Mitarbeiterinnen des Gutachterwesens, Frau Petzold und Frau Göhler, teil. Bereits zum zweiten Mal konnten als Gäste die KFO-Referenten der KZV Thüringen und der KZV Sachsen-Anhalt, Herr Dipl.-Stom. Vonderlind, Hildburghausen und Herr Dr. Willer, Magdeburg begrüßt werden. Beide sind darüber hinaus seit diesem Jahr von der KZBV als Obergutachter für Kieferorthopädie berufen. Nachdem der Gutachterreferent der KZV Sachsen, Herr Dr. med. habil. Ulrici, die Veranstaltung mit einigen statistischen Darlegungen eröffnet hatte, übernahm der Referent für Kieferorthopädie, Herr Dr. Nennemann, die weitere Moderation der Veranstaltung. Dieses Vorgehen hat sich seit vielen Jahren aufgrund der Spezifik des Gutachterwesens im Fachbereich Kieferorthopädie bewährt.

Kollegiales Verhältnis notwendig

In seinem Einführungsvortrag ging Herr Dr. Nennemann auf das notwendige kol-

legiale Verhältnis zwischen Gutachter und zu begutachtender Praxis ein. Dabei wurden die beim KFO-Referenten eingegangenen Beschwerden offen diskutiert. Neben den gelegentlich auftretenden zwischenmenschlichen Diskrepanzen wurde deutlich, dass insbesondere der Spagat zwischen der Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Therapiefreiheit Anlass zu Diskussionen zwischen Behandler und Gutachter gibt.

Alle Teilnehmer waren sich einig, dass durch die Einführung des KIG-Systems 2002 und die Beschränkungen des BEMA-Z 2004 für den Fachbereich Kieferorthopädie eine „Verschärfung“ bei der Begutachtung von KFO-Behandlungsfällen erfolgte.

Gedanken offen ausgetauscht

In einem weiteren Tagesordnungspunkt berichtete Herr Dr. Nennemann über das nord- und mitteldeutsche KFO-Referententreffen am 30. September 2011 in Berlin sowie die erstmals seit drei Jahren wieder stattgefundene Referenten- und Obergutachtertagung der KZBV am 23. November 2011 in Köln. Die Veranstaltungen waren durch einen offenen Gedankenaustausch geprägt, und insbesondere in Köln war durch den neu berufenen KFO-Berater des Vorstandes der KZBV, Herrn Dr. Lassak

aus Hessen, ein frischer Wind zu spüren.

Obergutachten vermehrt nutzen

Im späteren Verlauf der Gutachterschulung sprachen dann Frau Gorski-Goebel, Frau Schröder und Frau Jörg über ihre Zusammenarbeit mit dem KFO-Referenten und die im letzten Jahr in ihren jeweiligen Arbeitsgebieten angefallenen Probleme aus dem Bereich Kieferorthopädie. Nach entsprechender Diskussion, in die sich die Referenten aus Thüringen und Sachsen-Anhalt mehrfach konstruktiv einbrachten, wurden Schwerpunkte herausgefiltert, die in einer weiteren Sitzung von Herrn Dr. Nennemann – unterstützt durch die Verwaltung der KZV Sachsen – mit den Krankenkassen besprochen werden sollen. Zielstellung ist dabei eine qualitative Verbesserung des Gutachterwesens.

In diesem Sinne soll nochmals an die Kollegenschaft appelliert werden, bei differenten Meinungen zwischen Gutachter und Behandler vermehrt die Möglichkeit von Obergutachten zu nutzen, um eine unabhängige dritte Meinung zu erhalten.

Dr. med. Uwe Nennemann



Die zuständigen Referenten mit ihrem KZV-Team: Frau Schröder, Herr Dr. Nennemann, Frau Jörg, Frau Gorski-Goebel, Frau Göhler, Frau Klose, Frau Petzold, Herr Dr. Ulrici (v.l.n.r.)

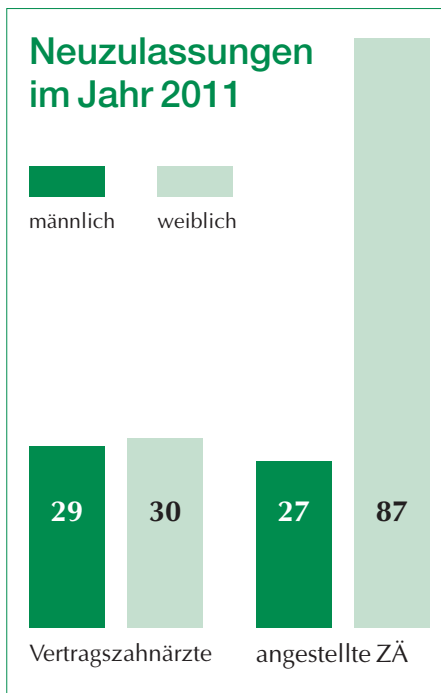


Die KFO-Referenten Dipl.-Stom. Vonderlind (KZV Thüringen) sowie Dr. Willer (KZV Sachsen-Anhalt) zu Gast bei sächsischen KFO-Gutachtern, hier neben Dr. Morgenstern und Dr. Wenzel (v.l.n.r.)

Teilnahme an der vertragszahn-ärztlichen Versorgung

Im Bereich der KZV Sachsen wurde im Jahr 2011 59 Zahnärzten die Zulassung als Vertragszahnarzt bestätigt. Die Übernahme einer Zahnarztpraxis haben je 19 Zahnärzte und Zahnärztinnen gewählt. Für eine Neugründung einer Zahnarztpraxis haben sich 4 Zahnärzte und 6 Zahnärztinnen entschieden. Die Tätigkeit als Vertragszahnarzt in einer Kooperation haben 6 Zahnärzte und 5 Zahnärztinnen vorgezogen.

Die Praxisübernahme wurde somit als häufigste Form der eigenen Niederlassung gewählt. Es gibt bei der Wahl der verschiedenen Niederlassungsmöglichkeiten keine geschlechterspezifischen Unterschiede. Die Beschäftigung von angestellten Zahnärzten in einer Zahnarztpraxis ist – gegenüber der Bereitschaft zur eigenen Niederlassung – mit 27 Zahnärzten und 87 Zahnärztinnen stark gestiegen. Hier zeigt sich eine deutlich höhere Beteiligung der weiblichen Zahnärzte im Angestelltenverhältnis.



Praxis- und Assistentenbörse der KZV Sachsen

Am **2. Mai 2012** findet in der Zeit von 15 – 18 Uhr im Hörsaal des Zahnärztehauses in Dresden die 11. Praxisbörse statt. Wir möchten allen interessierten Zahnärzten eine breite Plattform bieten, die verschiedenen Interessen zu bündeln und ihre Angebote und Gesuche zu

- Praxisabgabe und -übernahme,
- Stellenangebote und -gesuche,
- Kooperationsangebote und -gesuche vorstellen zu lassen.

Im Rahmen der Veranstaltung werden die Teilnehmer zu folgenden **Themen** informiert:

- Ablaufplanung einer Praxisabgabe/-übernahme, Kooperationsmöglichkeiten
- Rechtsgrundlagen, Gestaltung von Verträgen
- Finanzierung und steuerliche Betrachtung einer Praxisabgabe und -übernahme.

Eine Möglichkeit, einen Praxisnachfolger zu finden, besteht darin, junge Zahnärzte langfristig in der Praxis anzustellen und einzuarbeiten mit der möglichen Zielstellung, diesem Assistenten die Praxis später zu übergeben. Für alle jungen Zahnärzte besteht zur Veranstaltung die Möglichkeit, direkt mit den Zahnärzten in Kontakt zu kommen, die eine Praxisabgabe planen.

Darüber hinaus gibt es vielfältige Kooperationsmöglichkeiten, wie Zweigpraxen, Teilzulassungen, die Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften. Auch zur Vermittlung solcher Gesuche/Angebote kann die Praxisbörse genutzt werden.

Weitere Informationen erhalten Sie über den Geschäftsbereich Mitglieder unter Telefon 0351 8053416.

Neuzulassungen im KZV-Bereich Sachsen

Folgenden Zahnärzten wurde im Dezember 2011 die Zulassung als Vertragszahnarzt ausgesprochen:

Ketevan Brendecke	Burgstädt
Cliff Daniel Fiedler	Chemnitz/ OT Grüna
Adrian Gehres	Wurzen/ OT Burkhardtshain
Dr. med. dent. Claudia Hermann	Markkleeberg
Annika Kniesche	Leipzig
Dr. med. Johannes Latzel	Meißen
Stefan Schubert	Dresden
Dr. med. Sigrid Seidowski	Dresden
Dr. med. dent. Jana Weigelt	Auerbach
Dr. med. dent. Thomas Weigert	Chemnitz

Praxisausschreibung

Die **Bewerbungen** senden Sie bitte **schriftlich** unter **u. g. Kennziffer** an die **KZV Sachsen, PF 100 954, 01079 Dresden**.

Kennziffer	3026/0733
Planungsbereich	Leipzig, Stadt
Übergabetermin	01.04.2012
Fachrichtung	Allgemein
Praxisart	Einzelpraxis

FVDZ-Mitgliederversammlung Bezirksgruppe Chemnitz

Datum: Freitag, 27. Januar 2012, 18 Uhr;
Ort: „Best Western Hotel“, Oberwiesenthal; Thema: Neue GOZ und Versorgungsgesetz; Information: Dr. Detlef Beyer, Telefon 03725 70710

Ankündigung:

Die **49. Kammerversammlung** findet am

**Sonnabend, 17. März 2012, 9:30 Uhr,
im Hörsaal des Zahnärztheuses,
Schützenhöhe 11, 01099 Dresden**

statt.

Die Kammerversammlung ist für Kammermitglieder öffentlich. Gäste melden sich bitte in der Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen vorher an.

Die genaue Tagesordnung kann in der Geschäftsstelle, Telefon 0351 8066-240, ab dem 20. Februar 2012 abgerufen werden.

Zahnärzte-Stammtische

Riesa

Datum: Mittwoch, 18. Januar 2012, 19 Uhr; Ort: Gaststätte „Riesenhügel“, Riesa; Themen: Papierlose Abrechnung, Neue GOZ, Standespolitik; Information: Dipl.-Stom. Cornelia Jähnel, Telefon 03525 733136

Meißen

Datum: Montag, 23. Januar 2012, 19 Uhr; Ort: „Burgkeller“ Meißen; Themen: Neue GOZ, Papierlose Abrechnung, Probleme beim Notdienst, Neues aus Kammer und KZV; Information: Dr. Thomas Breyer, Telefon 03521 737552

Mittweida

Datum: Mittwoch, 25. Januar 2012, 18 Uhr; Ort: Sportpark „An der Reichskrone“, Bowlingbahn, Altmittweida; Themen: Papierlose Abrechnung, Budgetproblematik; Information: Dr. med. dent. Bernd Benedix, Telefon 03727 3117

Görlitz

Datum: Mittwoch, 25. Januar 2012, 20 Uhr; Ort: Mercure Parkhotel, Görlitz; Thema: „Die GOZ 2012 – Erste Erfahrungen – ein Meinungsaustausch“; Information: Dr. Rüdiger Pfeifer, Telefon 03581 402328

Bautzen

Datum: Mittwoch, 1. Februar 2012, 19 Uhr; Ort: Hotel „Holiday Inn“, Bautzen; Thema: Komposit im Seitzahnggebiet; Information: Dipl.-Stom. Andreas Mühlmann, Telefon 03591 44176

Leipzig-Süd

Datum: Dienstag, 7. Februar 2012, 18:30 Uhr; Ort: „Forsthaus Raschwitz“, Markkleeberg; Thema: Aktuelle Standespolitik; Information: Dr. med. Johannes Klässig, Telefon 0341 3913177

Dresden-Ost

Datum: Mittwoch, 8. Februar 2012, 19 Uhr; Ort: „Elbterrasse Laubegast“, Dresden; Thema: Herausforderungen des Jahres 2012 für die Zahnarztpraxis; Information: Dr. med. Isolde Assig, Telefon 0351 2013321

[zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)



**Wir liefern Lebensqualität
in Westsachsen!**

In allen Fragen der Prothetik sollten Zahnärzte das Labor wählen können, das ihnen jederzeit die Verfügbarkeit aller zahntechnischen Lösungen im engen Dialog bietet. Das ist das zahntechnische Meisterlabor vor Ort. Diese vertraute Zusammenarbeit stellt sicher, dass aktuelles Wissen, beste Technologien und modernste Materialien schnell und flächendeckend Patienten angeboten werden können.

Sie können darauf vertrauen: die Innungsbetriebe als AMZ Allianz für Meisterliche Zahntechnik halten ihr Expertenwissen für Sie und Ihre Patienten bereit.

Wir möchten, dass es bei der individuellen Vor-Ort-Beratung durch die Fachleute bleibt. Lassen Sie uns Ihre Patienten gemeinsam überzeugen. Die Innungsbetriebe in Westsachsen sind für Sie da!

Weitere Informationen: www.ziws.de

Fortbildungsakademie: Kurse im Februar/März 2012

Schriftliche Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden, Fax: 0351 80 66-106
E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

Petra Kokel (Kurse Abrechnung/EDV/Strahlenschutz): Tel. 0351 8066-102

Edda Anders (Kurse für Zahnärzte): Tel. 0351 8066-108

Astrid Nitsche (Kurse für Praxismitarbeiterinnen): Tel. 0351 8066-113

Genauere inhaltliche Informationen zu den einzelnen Kursen entnehmen Sie bitte unserem Fortbildungsprogramm für das 1. Halbjahr 2012 oder dem Internet www.zahnaerzte-in-sachsen.de

für Zahnärzte

Dresden

Excel – Controlling & Preiskalkulationen <i>Intensiv für alle, die berechnen wollen (auch für Praxismitarbeiterinnen)</i>	D 07/12	Uta Reps	08.02.2012, 13:00-19:00 Uhr
Der richtige Biss – Schienentherapie im Spannungsfeld zwischen Indikation, klinischer Umsetzung und wirtschaftlicher Behandlung	D 08/12	Dr. Utz Damm	08.02.2012, 14:00-19:00 Uhr
Gelebtes Qualitätsmanagement – Was gehört dazu? <i>(auch für Praxismitarbeiterinnen)</i>	D 09/12	Inge Sauer	08.02.2012, 15:00-18:00 Uhr
Grundkurs MS Word <i>Dokumente gestalten – Basiswissen (auch für Praxismitarbeiterinnen)</i>	D 10/12	Dipl.-Ing. Carsten Thüm	02.03.2012, 15:00-18:30 Uhr
Möglichkeiten und Grenzen der regenerativen Parodontitis-therapie	D 11/12	Prof. Dr. Thomas Hoffmann	02.03.2012, 15:00-19:00 Uhr 03.03.2012, 9:00-17:00 Uhr
Sächsischer Akademietag Moderne Komposite als Universalmaterial und Allzweck- waffe? – Was man mit diesen Materialien heute leisten kann und was man vermeiden sollte!	D 12/12	Prof. Dr. Reinhard Hickel, Prof. Dr. Roland Frankenberger, Prof. Dr. Bernd Klaiber, Dr. Markus Lenhard	03.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Spannende und entspannende Kinderzahnbehandlung mit Kinderhypnose QuickTimeTrance <i>(auch für Praxismitarbeiterinnen)</i>	D 13/12	Dr. Gisela Zehner	09.03.2012, 9:00-18:00 Uhr
Aufbaukurs MS Word <i>Briefe zeitsparend erstellen – Vorlagen nutzen (auch für Praxismitarbeiterinnen)</i>	D 14/12	Dipl.-Ing. Carsten Thüm	09.03.2012, 15:00-18:30 Uhr
Stressbewältigung und Burnoutprophylaxe	D 15/12	Dr. Albrecht Schmierer	09.03.2012, 14:00-19:00 Uhr 10.03.2012, 9:00-17:00 Uhr
Vollkeramik trifft Komposite – Faszination ästhetischer Veneers im Frontzahngebiet <i>Hands-on-Arbeitskurs</i>	D 16/12	Dr. Wolfram Olschowsky	09.03.2012, 14:00-20:00 Uhr 10.03.2012, 9:00-17:00 Uhr

Komplementärmedizinische Aspekte in der Kieferorthopädie – von osteopathischer Behandlungsplanung zur kraft-reduzierten Zahnbewegung	D 17/12	Dr. Michael Sostmann	10.03.2012, 9:00-17:00 Uhr
Kleine Punkte – große Wirkung: Akupunktur, Akupressur und energetische Psychologie (Klopfakupressur) bei der Kinderzahnbehandlung	D 18/12	Dr. Gisela Zehner	10.03.2012, 9:00-17:00 Uhr
Implantatprothetik des teilbezahnten & zahnlosen Kiefers	D 19/12	Dr. Falk Nagel	14.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und Kostenplänen	D 21/12	Simona Günzler, Dr. Klaus-Peter Hüttig	16.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Intraligamentäre Anästhesie in der täglichen Praxis unter besonderer Berücksichtigung von forensischen Aspekten <i>Workshop mit praktischen Übungen</i>	D 22/12	Prof. (Universität Shandong) Dr. Frank Liebaug	16.03.2012, 15:00-19:00 Uhr

Leipzig

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	L 01/12	Dr. Edgar Hirsch	08.02.2012, 14:00-17:30 Uhr
Gelebtes Qualitätsmanagement – Was gehört dazu? (auch für Praxismitarbeiterinnen)	L 02/12	Inge Sauer	09.03.2012, 15:00-18:00 Uhr

Chemnitz

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	C 01/12	PD Dr. Dr. Matthias Schneider	09.03.2012, 14:00-17:30 Uhr
--	----------------	-------------------------------	--------------------------------

für Praxismitarbeiterinnen**Dresden**

Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis	D 103/12	Helen Möhrke	08.02.2012, 13:00-19:00 Uhr
Update – für die Rezeption	D 104/12	Uta Reps	29.02.2012, 9:00-16:00 Uhr
Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und -Kostenplänen – Wiedereinsteiger- und Einsteigerkurs Prothetik (Teil 1)	D 106/12	Simona Günzler	02.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
„SoKo“ – Abrechnung	D 107/12	Uta Reps	02.03.2012, 13:00-19:30 Uhr
Erwerb der Fachkunde / Kenntnisse im Strahlenschutz	D 108/12	Dipl.-Ing. Gerd Lamprecht, Prof. Dr. Dr. Lutz Päßler	08.03.2012, 14:00-18:00 Uhr 09./10.03.2012 9:00-18:00 Uhr
Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und -Kostenplänen – Wiedereinsteiger- und Einsteigerkurs Prothetik (Teil 2)	D 109/12	Simona Günzler	09.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Offene Forderungen gegen Patienten <i>Theorie und Praxis der Forderungsbeitreibung</i>	D 111/12	RA Michael Goebel, Susann Zscheile	14.03.2012, 14:00-18:00 Uhr

Wenn Hinweise auf Fehlverhalten eingehen

Im Jahr 2004 wurden die Krankenkassen aber auch die Kassenärztlichen- und -zahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, eine „Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ einzurichten.

Aufgabe dieser Stelle ist es, Unregelmäßigkeiten nachzugehen, die auf eine rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten, die im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Organisation stehen kann. Besteht z. B. der substantiierte Verdacht einer Falschabrechnung durch einen Vertragszahnarzt, so hat der „Fehlverhaltensbeauftragte“ diesem Verdacht nachzugehen.

Gesetzliche Verpflichtung

In der KZV Sachsen wird diese Aufgabe durch Frau Gorski-Goebel ausgeübt, die alle zwei Jahre dem Vorstand über die durchgeführten Ermittlungen berichten muss.

Ebenfalls erforderlich ist laut Gesetz eine Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde der KZV Sachsen, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Ausgegangen wird davon, dass die KZV Sachsen als Körperschaft des öffentlichen Rechts ohnehin einen Prüfauftrag bezüglich der Einhaltung der vertragszahnärztlichen Pflichten hat.

Die Fehlverhaltensbeauftragte wird nur dann als solche tätig, wenn sie einen externen Hinweis auf ein Fehlverhalten erhält.

Ermittlung in zwölf Fällen

Um es vorweg zu nehmen: Seit Einrichtung dieser Stelle wurden durch diese keine Fälle festgestellt, die auf ein hohes Maß an krimineller Energie hindeuten. Im vergangenen Berichtszeitraum (2010–2011) wurden zwölf Fälle bearbeitet, in denen überwiegend Abrechnungsunregelmäßigkeiten Gegenstand der Ermittlungen waren. Die Anzeigen erfolgten entweder anonym, durch Patienten oder – was gehäuft auftritt – durch ehemalige Praxismitarbeiter, sogenannte Whistleblower. Es ist jedoch festzustellen, dass die Zahl

der Ermittlungen im Vergleich zu den Vorjahren ansteigt.

Prüfergebnisse

- In fünf Fällen konnte ein Fehlverhalten des Zahnarztes nicht festgestellt werden, teilweise weil die Hinweise einfach zu unspezifisch waren oder weil der Verdacht entkräftet werden konnte.
- In einem Fall erfolgte zunächst eine enge Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft, da ein Abrechnungsbetrug in erheblichem Umfang zur Anzeige gebracht worden war. Der Verdacht konnte jedoch in dem Ausmaß nicht bestätigt werden. Das Verfahren wurde durch die Staatsanwaltschaft eingestellt. Bemerkenswert in diesem Fall war, dass die Anzeige wohl auch aus dem Praxisteam kam.
- Weitere Fälle wurden an den Disziplinarausschuss und andere Gremien abgegeben.

Einige Beispiele anonym eingegangener Anzeigen sollen nicht vorenthalten bleiben:

1. *Mein Hinweis betrifft die Zahnarztpraxis Meines Wissens rechnet Frau ... seit Jahren Leistungen ab, die sie in Wirklichkeit nicht erbracht hat. Dazu hat sie – zumindest in der Vergangenheit – ein System entwickelt, wonach sie auf Karten der einzelnen Patienten Eintragungen nur mit Bleistift vornimmt, um zwischen tatsächlich erbrachten und angeblichen Leistungen zu unterscheiden. Die vermutlich manipulierte Abrechnung erfolgt nicht in Einzelfällen, sondern regelmäßig und betrifft sämtliche Kassen.*
2. *Ich war bis zum ... in der Zahnarztpraxis ... beschäftigt. Ich wurde aus betriebswirtschaftlichen Gründen gekündigt. In der Praxis kam es des Öfteren vor, dass bei Patienten 1- und 2-flächige Füllungen gelegt, aber 3- und 4-flächige Füllungen abgerechnet werden.*

Des Weiteren ist es so, dass Füllungen, die innerhalb der 2 Jahre Gewährleistung brechen, diese Füllungen über andere Zähne abgerechnet werden, um überhaupt eine Leistung abzurechnen. ...

3. *Ich bin bei einem Kieferchirurgen in ... vorstellig geworden, da alle 4 Weisheitszähne entfernt werden müssen. Aus meinem Bekanntenkreis wurde mir gesagt, dass das unter Vollnarkose erfolgen würde. Der Kieferchirurg erklärte mir, dass normalerweise eine Vollnarkose nicht notwendig ist, da eine lokale Betäubung eine sichere Schmerzausschaltung garantiert. ... In meinem Bekanntenkreis wurde mir dann aber mitgeteilt, dass andere Oralchirurgen und Zahnärzte sich nicht an diese Richtlinien halten und sogar Zahnextraktionen in Vollnarkose durchführen, u. a. fielen die Namen Ich habe mich daraufhin an einen entsprechenden Oralchirurgen gewandt, der mir mitteilte, dass er selbstverständlich die Weisheitszahnentfernung unter Vollnarkose durchführt und die Kosten dafür der Krankenkasse in Rechnung stellt. ... Sie werden verstehen, dass ich meinen Namen nicht nenne, da alle Beteiligten ja diesen Betrug mitmachen*

Abschließend muss festgestellt werden, dass der Bereich „Betrug im Gesundheitswesen“ weiterhin im Fokus der Öffentlichkeit bleiben wird. Bei den letzten Gesetzesinitiativen stand die „Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ zu keinem Zeitpunkt zur Disposition. Für den vertragszahnärztlichen Bereich muss jedoch klar festgestellt werden, dass jeglicher Generalverdacht von der Hand zu weisen ist.

Ass. jur. Meike Gorski-Goebel

ELENA geht und ELStAM kommt

Was Sie als Arbeitgeber beachten müssen

Mit dem ELENA-(Elektronischer Entgeltnachweis)Gesetz wurde 2009 ein Verfahren beschlossen, das Anträge auf Sozialleistungen vereinfachen und beschleunigen sollte. Durch ein neues Gesetz, das am **03.12.2011 in Kraft getreten** ist, wird nun das ELENA-Verfahren **eingestellt und die gespeicherten Daten werden gelöscht**. Nach dem ELENA-Verfahren waren alle Arbeitgeber seit 01.01.2010 verpflichtet, für ihre Beschäftigten einmal im Monat einen Datensatz zu übermitteln. In diesem Datensatz war eine große Anzahl sensibler persönlicher Daten über die erfasste Person enthalten. Mit Abschaffung des Verfahrens sind die gespeicherten Daten zu löschen. Mehr dazu unter www.das-elena-verfahren.de

ELStAM (elektronische Lohnsteuer Abzugsmerkmale) startet erst zum 1. Januar 2013

Der Einsatz des elektronischen Abrufverfahrens ist derzeit zum 1. November 2012 mit Wirkung zum 1. Januar 2013 geplant. Das haben die Finanzminister der Länder und des Bundes am 1. Dezember 2011 beschlossen. Gründe hierfür sind Verzögerungen bei der technischen Erprobung des Abrufverfahrens.

Die Papierlohnsteuerkarte gilt länger

Die Eintragungen auf der Lohnsteuerkarte 2010 bzw. der vom Finanzamt ausgestellten Ersatzbescheinigung 2011 oder eine vom Finanzamt bereits ausgestellte Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug 2012 (Ersatzbescheinigung 2012) (Steuerklasse, Kinderfreibeträge, Kirchensteuermerkmal und Freibeträge) gelten bis zum Start des Verfahrens, also auch für das Jahr 2012, weiter.

Ein erneuter Antrag des Arbeitnehmers ist hierfür nicht erforderlich. Daraus folgt, dass die zuletzt eingetragenen Lohnsteuerabzugsmerkmale – unabhängig von der eingetragenen Gültigkeit – vom Arbeitgeber auch im Lohnsteuerabzugsverfahren 2012 zu berücksichtigen sind. Der Arbeitgeber braucht nicht zu prüfen, ob die einzelnen Lohnsteuerabzugsmerkmale dem Grunde bzw. der Höhe nach noch vorliegen.

Arbeitgeberwechsel

Bei einem Arbeitgeberwechsel muss der Arbeitnehmer dem neuen Arbeitgeber die Lohnsteuerkarte 2010 bzw. Ersatzbescheinigung 2011 bzw. eine vom Finanzamt ausgestellte Bescheinigung aushändigen.

Ersatzbescheinigung 2012

Arbeitnehmer **ohne Lohnsteuerkarte 2010** oder Ersatzbescheinigung 2011, die im Übergangszeitraum 2012 Lohnsteuerabzugsmerkmale für ein neues oder weiteres Dienstverhältnis benötigen, haben beim Finanzamt eine Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug 2012 (Ersatzbescheinigung 2012) zu beantragen. Dazu ist der amtliche Vordruck „Antrag auf Ausstellung einer Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug 2012“ zu verwenden. Die vom Finanzamt erteilte Bescheinigung ist dem Arbeitgeber vorzulegen.

Übergangsregelungen für Arbeitgeber

Der Arbeitgeber hat die **Lohnsteuerkarte 2010, Ersatzbescheinigung für 2011 bzw. 2012** oder eine der amtlichen Bescheinigungen im Übergangszeitraum 2012 **entgegenzunehmen, aufzubewahren**, die darauf eingetragenen Lohnsteuerabzugsmerkmale in das Lohnkonto zu übernehmen und sie dem Lohnsteuerabzug im Übergangszeitraum 2012 zugrunde zu legen.

Noch Fragen? Wir helfen Ihnen gern. Rufen Sie uns an.



Kontakt:

Daniel Lüdtke
Steuerberater



wirtschaftliche und steuerliche Beratung für Heilberufler

Brauchen Sie Unterstützung?

Egal ob Sie eine **Praxis übernehmen** oder **abgeben**, in eine bestehende **Praxis einsteigen** möchten, eine neue **Praxis eröffnen** oder eine **Assistentenstelle** suchen.

Wir sind eine mittelgroße Steuerberatungsgesellschaft und insbesondere auf Zahnärzte spezialisiert und unterstützen Sie hierbei gern.

Rufen Sie uns an: **Kostenfrei 0800 0056230**

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

Außenstelle Chemnitz
Weststraße 21
09112 Chemnitz
Telefon: (0371) 3 55 67 53
Fax: (0371) 3 55 67 41
www.admedio.de

Mitglieder in der European Tax & Law

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

Annahmestelle Leipzig
Kantstraße 2
04275 Leipzig
Telefon: (0341) 3 93 63 80
Fax: (0341) 3 93 63 84
www.admedio.de

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

Niederlassung Pirna
Bahnhofstraße 15b · 01796 Pirna
Telefon: (03501) 56 23-0
Fax: (03501) 56 23-30
admedio-pirna@etl.de
www.admedio.de

Aufbewahrungsfristen von Unterlagen

„Futter“ für den Reißwolf

Sicher hat sich auch in Ihrer Praxis im letzten Jahr wieder eine Vielzahl zahnärztlicher Aufzeichnungen und Behandlungsunterlagen angesammelt. Für eine festgelegte Zeit müssen diese nun aufbewahrt werden. Zu Jahresbeginn heißt dies aber gleichzeitig, dass ältere Aufzeichnungen und Unterlagen ausgesondert werden können. Existieren für eine Unterlage aus unterschiedlichen Rechtsgrundlagen verschieden lange Aufbewahrungsfristen, so ist immer die jeweils längste Frist zu beachten.

Ab dem 1. Januar 2012 gilt dies entsprechend der Übersicht.

Art der Aufzeichnung	Rechtsgrundlage	Aussonderung
Aufzeichnungen über zahnärztliche Behandlung einschl. KFO nach Abschluss der Behandlung (Patientendaten, Befunde, zahnärztliche Leistungen, behandelte Zähne, Behandlungsdaten, diagnostische Unterlagen, Gutachten)	BO LZK Sachsen § 12 (1)	alles vor 1.1.2002 Die Aufbewahrungsfrist ist zu verlängern, wenn es nach zahnärztlicher Erfahrung geboten ist.
zahnärztliche Modelle zur zahnärztlichen Dokumentation sind mindestens zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung, soweit nicht nach gesetzlichen oder anderweitigen Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen bestehen, aufzubewahren	BO LZK Sachsen § 12 (1)	alles vor 1.1.2010 Die Aufbewahrungsfrist ist zu verlängern, wenn es nach zahnärztlicher Erfahrung geboten ist.
KFO-Modelle, Situations- und Planungsmodelle nach Nr. 7 BEMA-Z	BMV-Z § 5 (2) sowie EKV-Z § 7 (3), 4 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren	alles vor 1.1.2008*
Heil- und Kostenpläne ZE, KBR-Behandlungspläne, PA-Status (Blatt 1 und 2), KFO-Behandlungspläne	BMV-Z § 5 (2) sowie EKV-Z § 7 (3), 4 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren	alles vor 1.1.2008*
Durchschriften der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Primärkassen)	§ 12 Abs. 2 BMV-Z (12 Monate aufbewahren)	alles vor 1.1.2011
Durchschriften der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Ersatzkassen)	§ 7 Abs. 3 EKV-Z (4 Jahre aufbewahren)	alles vor 1.1.2008
Konformitätserklärungen für Zahnersatz – Sonderanfertigungen	MPG § 12, MPV § 4	alles vor 1.1.2007
Röntgenunterlagen		
Abnahmeprüfung	RöV § 16 (4)	Aufbewahrung für die Dauer des Betriebes, mindestens jedoch bis zwei Jahre nach Abschluss der nächsten vollständigen Abnahmeprüfung
Sachverständigenprüfung	RöV § 4 (2), § 18 (1)	Aufbewahrung für die Dauer des Betriebes
Konstanzprüfung	RöV § 16 (3, 4)	alles vor 1.1.2010
Jährliche Unterweisung (bisher Belehrung)	RöV § 36 (4)	alles vor 1.1.2007
Röntgenaufzeichnungen, Befundunterlagen, Röntgenfilme	RöV § 28 (3)	alles vor 1.1.2002 Aufzeichnungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

Art der Aufzeichnung	Rechtsgrundlage	Aussonderung
Entsorgungsnachweise Übernahmescheine für Röntgenchemikalien und schwermetallhaltige Abfälle Betriebsbuch Amalgam-Abscheider, Abnahmebescheinigung	NachwV § 25 AbwV (Anhang 50), Abwasser-Verwaltungsvereinbarung LZKS § 3	alles vor 1.1.2009 alles vor 1.1.2007
Mitarbeiterunterweisung entspr. Gefahrstoffverordnung auf Basis Betriebsanweisung	GefStoffV § 14	unbegrenzt aufbewahren
Prüfberichte/-vermerke für Feuerlöscher	BGR 133	alles vor 1.1.2010
Mikrobiologische Prüfungen von Sterilisatoren (älterer Dampf- bzw. Heißluftsterilisatoren)		alles vor 1.1.2010
Sterilisationsdokumentation (Buch, Drucker, Digitale Speicherung)	DAHZ-Hygieneleitfaden 8. Ausgabe 2011	alles vor 1.1.2007
Unfallanzeigen, Verbandbuch	BGV A 1 § 24	alles vor 1.1.2007
Gerätebuch bzw. Medizinproduktebuch	MPBetreibV § 9, 15	unbegrenzt bzw. 5 Jahre nach Aussonderung des Gerätes
Prüfbescheide für Sicherheitstechnische Kontrollen (STK)	MPBetreibV § 6	bis zur nächsten Prüfung
Prüfbescheide Druckbehälter	§§ 14, 15 Betr.Sich.V	unbegrenzt aufbewahren
Arbeitsmedizinische Vorsorge (Erst- u. Nachuntersuchungen)	HVBG-Grundsätze Kap. 1.7	alles vor 1.1.1982
Bücher, Inventare, Jahresabschlüsse, Bilanzen, Buchungsbelege, Quittungen bezüglich Praxisgebühr, Honorarabrechnungen der KZV, Rechnungen, Personalunterlagen	Abgabenordnung § 147 (10 Jahre aufbewahren)	alles vor 1.1.2002
Mietverträge, Schriftwechsel der Praxis	Abgabenordnung § 147 (3) (6 Jahre aufbewahren)	alles vor 1.1.2006

* Aus Gründen der Beweissicherung sollte in Einzelfällen von der Aussonderung abgesehen werden.

zurück zum Inhaltsverzeichnis

Anzeigen



Inkasso schnell, einfach und preiswert

Ihre Privat- oder GOZ-Patienten zahlen nicht?
Faxen, mailen oder schicken Sie uns die Rechnungen
und die Mahnungen, den Rest erledigen wir.

Gerne helfen wir auch telefonisch weiter

Telefon 0351/251 8014

Bauer-Inkasso · Königstraße 17 · 01097 Dresden
 Bauer-Inkasso@email.de · Fax 0351/215 27 998

Erstversorgung mit Suprakonstruktionen

Implantatversorgungen sind seit Einführung des Festzuschuss-Systems fester Versorgungsbestandteil geworden. Nach wie vor gibt es wesentliche Richtlinienbestandteile zu beachten.

INFO: Zahnersatz-Richtlinie 11i:

„Voraussetzung für die Versorgung mit Suprakonstruktionen ist die Osseointegration der Implantate.“

Bedeutet, mit der prothetischen Versorgung kann erst nach Abschluss des knöchernen Heilungsprozesses begonnen werden. Die Osseointegration sichert einen dauerhaften, stabilen Halt des Implantats im Knochen.

Unabhängig davon kann der Heil- und Kostenplan bereits vor diesem Zeitpunkt erstellt werden. Zu beachten bleibt jedoch, dass ein von der Krankenkasse genehmigter Plan eine Gültigkeit von 6 Monaten ab Genehmigungsdatum hat.

INFO: Festzuschuss-Richtlinie A6:

„Suprakonstruktionen sind in den in den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen Gegenstand der Regelversorgung (Zahnersatz-Richtlinien 36 a und b). Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind Festzuschüsse ansetzbar, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage von entsprechenden Regelleistungen ermittelt hat (Befundklasse 7 – siehe ZBS 11/2011). Eine Gewährung von Festzuschüssen erfolgt auch in den Fällen, in denen Suprakonstruktionen außerhalb der in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fälle gewählt werden.“

Abrechnung:

Grundsätzlich stellen Suprakonstruktionen andersartige Versorgungen und damit eine Direktabrechnung dar. Ausgenommen hiervon sind die in den Zahnersatz-Richtlinien 36 a und b beschriebenen Fälle.

Hinweise zu „Wissenswertes zur Implantatabrechnung“ finden Sie im ZBS Nr. 11/2011 auf Seite 24.

Beispiel 1: OK Implantatversorgung regio 12, 11 und 24

TP							SKM	SKM					SKM					TP
R			H	H			KV	BV	BV	KV			E	H	H			R
B	f	f					f	f					f	k		f	f	B
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	f		k									k	b	k	f	f	B

Festzuschuss: 1 x 3.1, 1 x 2.2, 4 x 2.7

GOZ: 3 x 2200, ggf. 3 x 2270 „D“

→ INFO: Festzuschuss-Richtlinie 3.1 Teil B

→ INFO: Festzuschuss-Richtlinie 2 Teil B

Beispiel 2: UK Implantatversorgung regio 45, 44 und 41

B	f	f														f	f	B
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	f		ew	ew			ew								f	f	B
R			H	E	E			E						H	H			R
TP				SKM	SKM			SKM										TP

Festzuschuss: 1 x 3.1

GOZ: 3 x 2200, ggf. 3 x 2700 „D“

Hinweis: Die im Beispiel 1 beschriebene Kombinationsmöglichkeit der Festzuschuss-Befunde ist ausschließlich auf den Oberkiefer begrenzt.

Beispiel 3: OK Implantatversorgung regio 16, 12–21 und 26

TP			SK				SKM	SKM		SKM					SK			TP
R			E	KVH	H		E	E		E				KVH	E			R
B	f	f	f	ur			f	f		f				ur	f	f	f	B
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	f														f	f	B

Festzuschuss: 1 x 3.1, 2 x 1.1, 2 x 1.3

GOZ: 5 x 2200, ggf. 5 x 2700 „D“

→ INFO: Festzuschuss-Richtlinie A2

Hinweis: In diesem Beispiel erhält der Patient den Festzuschuss 1.1 und 1.3 (ur = unzureichende Retention), obwohl diese Versorgung in der Therapieplanung keine Berücksichtigung findet.

Neue GOZ – Berechnung von Materialkosten

§ 4 GOZ

Abformungsmaterial	Abschnitt A, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Anästhetika	GOZ-Nrn. 0090, 0100
Antibakterielle Materialien	GOZ-Nr. 4025
Apikale Stiftsysteme, konfektioniert	GOZ-Nrn. 3110, 3120
Atraumatisches Nahtmaterial	Abschnitt D, Allg. Bestimmungen; Ziffer 3 Abschnitt E, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2 Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Explantationsfräsen einmal verwendbar	Abschnitt D, Allg. Bestimmungen; Ziffer 3 Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Implantate, Implantatteile und einmal verwendbare Implantatfräsen	Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Intra-/extraorale Verankerung (z. B. Headgear)	GOZ-Nr. 6160
Knochenersatzmaterialien	Abschnitt D, Allg. Bestimmungen; Ziffer 3 Abschnitt E, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2 Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Knochenkollektor/-schaber einmal verwendbar	GOZ-Nrn. 4110, 9090
Konfektionierte Krone	GOZ-Nr. 2250
Kopf-Kinn-Kappe	GOZ-Nr. 6170
Materialien zur Förderung der Blutgerinnung	Abschnitt D, Allg. Bestimmungen; Ziffer 3 Abschnitt E, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2 Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Materialien zur Geweberegeneration (z.B. Membranen)	Abschnitt D, Allg. Bestimmungen; Ziffer 3 Abschnitt E, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2 Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Materialien zur Fixierung von Membranen	Abschnitt E, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Materialien zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen	Abschnitt D, Allg. Bestimmungen; Ziffer 3 Abschnitt E, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2 Abschnitt K, Allg. Bestimmungen; Ziffer 2
Materialien, die über die Standardmaterialien bei KFO hinausgehen (nur Mehrkosten)	Abschnitt G, Allg. Bestimmungen
Material- und Laborkosten für Bissnahme	GOZ-Nr. 8010
Material- und Laborkosten für die Artikulation des OK- und UK-Modells im (halb) individuellen Artikulator	GOZ-Nrn. 8020 bis 8035
Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb) individuellen Artikulators nach den gemessenen Werten	GOZ-Nrn. 8050 bis 8065
Medikamententräger individuell	GOZ-Nr. 1030
Navigationschablone und Fixierungselemente	GOZ-Nr. 9005
Nickel-Titaninstrumente einmal verwendbar zur Wurzelkanalaufbereitung	Abschnitt C, Allg. Bestimmungen
Orientierungsschablone	GOZ-Nr. 9003
Provisorium konfektioniert	GOZ-Nrn. 2260, 2270

Röntgenmessschablone	GOZ-Nr. 9000
Stütztiftbesteck	GOZ-Nr. 8010
Verankerungselemente	GOZ-Nrn. 2190, 2195

Abschnitt L

Bei nichtstationärer Durchführung bestimmter zahnärztlich-chirurgischer Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können **zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wieder verwendbarer Operationsmaterialien bzw. -geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind**, Zuschläge berechnet werden.

§ 9 GOZ

Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen
Abschnitt A, Allg. Bestimmungen, Ziffer 3

Versandkosten

mit Ausnahme Porto für Rechnungen berechnungsfähig

§ 10 GOÄ

Werden Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ berechnet, bestimmt § 10 GOÄ, für welche Auslagen im Zusammenhang mit diesen Leistungen Ersatz gefordert werden kann.

Zitat des Monats

Um glücklich zu sein im Leben, brauchen wir etwas zu arbeiten und etwas, auf das wir hoffen können.

Joseph Addison

Wir trauern um unseren Kollegen

Günter Ullmann

(Bernsbach)

geb. 22.01.1955 gest. 01.08.2011

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Wir trauern um unsere Kollegin

Dr. med. dent.

Johanne Schubert

(Lengefeld)

geb. 09.05.1936 gest. 07.12.2011

Wir werden ihr ein ehrendes Andenken bewahren.

GOZ-Telegramm

Wie erfolgt die Berechnung einer Füllung in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik nach der GOZ 2012?	Frage
Zur Berechnung einer Füllung in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik stehen die Gebühren-Nrn. 2060, 2080, 2100 bzw. 2120 in Abhängigkeit der Füllungsgröße (einfächig, zweifächig, dreifächig, mehr als dreifächig) zur Verfügung. Diese Gebührenpositionen wurden neu in die GOZ eingeführt. Sie ersetzen die bisherige Analogberechnung. Die Berechnung erfolgt je versorgte Kavität, d. h. ggf. auch mehrfach je Zahn und unabhängig davon, ob ein Front- oder Seitenzahn versorgt wird. Mit den genannten Gebührennummern ist folgender Leistungsinhalt abgegolten: – Präparation und Restauration mit Kompositematerialien – Konditionierung (Schmelzkonditionierung, Schmelz-Dentin-Konditionierung) – Adhäsive Verankerung der Restauration – Ein- und Mehrschichttechnik – Gegebenenfalls Verwendung von Inserts – Politur – Materialkosten ggf. auch für Inserts Nicht vom Leistungsinhalt erfasst werden zusätzliche Maßnahmen, wie z. B. die Mehrfarbentechnik. Diese Aufwendungen werden über die Bemessungsgrundsätze des § 5 GOZ, d. h. über die Wahl des Steigerungsfaktors, berücksichtigt. Achtung: Die Bewertung mit Faktor 2,3 bleibt z.T. deutlich hinter der bisher üblichen Analogberechnung zurück, deshalb auf angemessene Faktorwahl achten.	Antwort
GOZ 2012 – Teil C Konservierende Leistungen / GOZ-Infosystem	Fundstelle

Promotionen an sächsischen Universitäten

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Halm, Matthias

(Lichtenau)

„Die Muskelfasertypen, deren Myosinisoformen, ihr Stoffwechsel und ihre morphologische Verteilung im M. retractor bulbi und im M. levator palpebrae der Ratte“
(Physiologie)

Wu, Ning

(Erfurt)

„Kraniomandibuläre Dysfunktion bei Jugendlichen in Deutschland und China“
(ZMK-Heilkunde)

Kusche, Tina

(Leipzig)

„Metabolisches Profil und Population von Skelettmuskelfasern transgener Mäuse mit Calsequestrin-Überexpression im Vergleich zum Wildtyp und unter Einfluss von Losartan“
(Anatomie)

Schnierer, Wenke

(Stadt Seeland/Hoym)

„Patienten mit Pankreaskarzinomen im Tumorzentrum Leipzig – Auswertung und kritische Auseinandersetzung mit der Dokumentationsqualität“
(Pathologie)

Düerkop, Andrea Katharina

(Haldensleben)

„Die dentale Volumentomographie in Diagnostik und Nachsorge fibro-ossärer Läsionen“
(ZMK-Heilkunde)

Wulff, Teresa Caroline

(CH-Buochs)

„Dreidimensionale Analyse der Oberkiefermorphologie bei doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in der Milchgebissphase – Vergleich zwischen frühem und spätem Gaumenspaltenverschluss“
(ZMK-Heilkunde)

Leimcke, Benjamin

(Pforzheim)

„Inzidenz von Fußverletzungen bei poly-

traumatisierten Patienten – Ist die verzögerte Diagnose wirklich ein Problem?“
(Humanmedizin)

Meinhöfel, Felix

(Gelsenkirchen)

„Mechanische Eigenschaften von Norovirus-Kapsiden in Abhängigkeit vom pH-Wert“
(Biophysik)



Zeichnung: Harm Bengen

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. Pilling, Eckart Jürgen

„Comparative evaluation of ten different condylar base fracture osteosynthesis techniques“
Prof. Dr. Dr. U. Eckelt

Grimmer, Silke

„Histomorphometrische Untersuchung des Einflusses verschiedener Konzentrationen an Chondroitinsulfat auf die Osseointegration kollagenbeschichteter dentaler Titanimplantate – Tierexperimentelle Studie am Miniaturschwein“
Prof. Dr. Dr. U. Eckelt

Dr. Hennig, Günter Matthias

„Tierexperimentelle Evaluation der knöchernen Einheilung von Zirkonoxid-Im-

plantaten im Vergleich zu Titan-Implantaten im Unterkiefer des Minischweins“
Prof. Dr. Dr. U. Eckelt

Mammeri, Antje Sylvia

„Effekt von Seleno-L-Methionin auf die orale Mukositis bei fraktionierter Strahlentherapie – Tierexperimentelle Untersuchungen“
Prof. Dr. W. Dörr

Grocholski, David

„Zur Geschichte der Radiologie am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt“
Prof. Dr. Th. Kittner

Weissenböck, Angelika

„Die unklare Pankreasraumforderung: Korrelation zwischen ADC-Map und Histopathologie des Pankreaskarzinoms und der chronischen fokalen Pankreatitis“
Prof. Dr. Stroszcynski

Neumann, Lydia

„Untersuchung zur Anwendung der minimierten extrakorporalen Zirkulation in der Herzchirurgie unter besonderer Betrachtung von Aortenklappeneingriffen“
PD Dr. S.M. Tugtekin

Michel, Annemarie

„Radiografische Befunde bei zahnärztlichen Kronen und Brücken“
Prof. Dr. M. Walter

Ungermann, Mary

„Lateralisierung und Lokalisierung verschiedener intranasal applizierter Geruchsstoffe“
Prof. Dr. Th. Hummel

Korn, Paula

„Osseointegration von biochemisch modifizierten Implantatoberflächen in einem Osteoporose-Tiermodell“
Prof. Dr. Dr. U. Eckelt

Hentrich, Vera

„Bedeutung der p53-, Sp1- und C/EBPα-Expression für die Überlebensvorhersage beim dukalen Pankreaskarzinom“
Prof. Dr. C. Pilarsky

Hauschild, Judit Rabea

„Qualitativer und quantitativer Nachweis der Diffusionstiefe von Ozon in Dentin mittels Infrarotspektroskopie“

Prof. Dr. Th. Hoffmann

Oehme, Sarah

„Typ-IV-Sensibilisierungen bei Patienten mit anogenitalen Beschwerden. Sensibilisierungshäufigkeiten und Sensibilisierungsprofile“

Prof. Dr. A. Bauer

*Zur Verleihung des Doktorgrades
gratuliert die ZBS-Redaktion herzlich.*

Geburtstage im Februar 2012

60	12.02.1952	Dipl.-Med. Volkmar Kaiser 01445 Radebeul		26.02.1942	Dr. med. dent. Gisela Reuter 04838 Eilenburg
	13.02.1952	Dipl.-Med. Sabine Heider 09661 Hainichen	75	01.02.1937	Dr. med. dent. Gisela Kanitz 01189 Dresden
	14.02.1952	Dipl.-Med. Heidrun Fischer 09122 Chemnitz		11.02.1937	Andreas-Matheas Skibinski 08209 Auerbach
	14.02.1952	Dipl.-Med. Hiltrud Grund 04209 Leipzig		13.02.1937	Dipl.-Stom. Henrietta Naudszus 01069 Dresden
	15.02.1952	Dipl.-Stom. Lajos Bessenyei 01445 Radebeul		15.02.1937	Dr. med. dent. Erika Müller 04178 Leipzig
	23.02.1952	Dr. med. Ulrich Bürger 04769 Mügeln		24.02.1937	Klaus Gersdorf 09385 Lugau/Erzgeb.
	25.02.1952	Dr. medic stom./IMF Bukarest Ulrike Stan 08280 Aue	80	27.02.1937	Jürgen Pott 04688 Mutzschen
	25.02.1952	Dipl.-Med. Eva-Maria Werner 01454 Radeberg		22.02.1932	Dipl.-Ing. Dr. Dr. med. habil. Manfred Andreas 04318 Leipzig
	26.02.1952	Dipl.-Med. Maria Vogel 08451 Crimmitschau	82	25.02.1930	SR Dr. med. dent. Heinz Joannou 01277 Dresden
	29.02.1952	Dr. med. Bernd Luckner 09212 Limbach-Oberfrohna	83	06.02.1929	Dr. med. dent. Roland Arnold 09509 Pockau
	29.02.1952	Dipl.-Med. Karin Reißmann 08523 Plauen		24.02.1929	SR Klaus Sasse 08340 Schwarzenberg
65	03.02.1947	Rainer Kosch 02708 Schönbach	84	19.02.1928	MR Dr. med. dent. Lothar Fritze 09120 Chemnitz
	11.02.1947	Ina Fiehler 01705 Freital	86	04.02.1926	Dr. med. dent. Wolfgang Domaschk 01796 Pirna
	21.02.1947	Dr. med. Irene Heerklotz 09128 Chemnitz	87	19.02.1925	MR Dr. med. dent. Günter Schiffmann 09131 Chemnitz
	22.02.1947	Dr. med. Steffen Bormann 09599 Freiberg	91	04.02.1921	Dr. med. dent. Christian Schmidt 04720 Döbeln
	22.02.1947	Christoph Muerau 09120 Chemnitz	98	23.02.1914	Dr. med. dent. Ullrich Werner 02763 Zittau
	28.02.1947	Dr. med. Birgit Neidt 04179 Leipzig	Wir gratulieren!		
70	13.02.1942	MR Dr. med. dent. Detlef Scholz 04105 Leipzig	Jubilare, die keine Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Sachsen wünschen, informieren bitte die Redaktion.		

Burnout und Stressmanagement bei Zahnärzten

Vorbemerkung: Dieses Thema ist nicht erst seit wenigen Monaten aktuell, obwohl Burnout neuerdings präsenter denn je in allen Medien ist. Das vorliegende Buch behandelt diese in den Focus der Öffentlichkeit geratene Problematik unter den zahnärztlichen Aspekten, unabhängig von der Diskussion, ob Burnout nun eine Form der Depression oder ein selbstständiges Krankheitsbild ist.

Es werden Stressfaktoren, Entstehung von Sucht und Burnout erläutert und Präventionshinweise gegeben.

Im ersten Drittel schildert der Autor sehr ausführlich den Wandel der Berufsausübung, Veränderungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und den psychischen Druck, der auf dem „Leistungserbringer“ durch sich stetig verändernde ökonomische Konsequenzen und ständig neue politische Regularien lastet. Zahnärztliche Entscheidungen sollten frei von ökonomischen Zwängen und nur aus medizinischer Sicht erfolgen, allerdings gibt es da noch diese Forderung der Krankenkassen nach „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht übertreffend“. Sehr viele Kollegen sind sich nicht bewusst, welch täglichem Spagat zwischen eigenem Anspruch, von ethisch-moralischen Aspekten ganz zu schweigen, und Ansprüchen und Forderungen der Patienten sie ausgesetzt sind. So kommt es sehr schnell dazu, dass beruflicher Stress in die Privatsphäre



Einzug hält und zur Abschaltung auf temporäre Betäubung zurückgegriffen wird. Es werden diverse Süchte und deren Entwicklung beschrieben und es wird aufgeführt, wie durch stete Überforderung, aber auch emotionale Enttäuschung eine Depression entstehen kann. Auch die deutlich erhöhte Suizidgefahr wird erläutert. Der Burnout, als „Infarkt der Seele“, ein Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, wird umfassend beschrieben, und die vielfältigen Ursachen werden aufgeführt. Wir sind als Arzt, Arbeitgeber und ggf. auch Ausbilder

dauerhaft Stress ausgesetzt, haben Erwartungen der Öffentlichkeit zu entsprechen, leisten täglich höchste Präzisionsarbeit unter großer körperlicher und geistiger Anstrengung, neigen zu Perfektionismus, haben hohe persönliche Ansprüche und sind wenig kompromissfähig. Unsere Bereitschaft zur Selbstaussbeutung ist sehr groß, und eigene Probleme zu vertuschen oder zumindest herunterzuspielen, fällt uns leicht. Es ist eine Frage der Zeit, wann wir ausgebrannt sind.

Umso wichtiger sind eine gute Psychohygiene, die Fähigkeit, Risiken einzuschätzen und Prophylaxe zu betreiben. Im vorliegenden Buch wird anhand der Analyse des Stresstyps gezeigt, welchen Risiken der Einzelne ausgesetzt ist und wie sinnvoll gegengesteuert werden kann. Checklisten runden das Ganze ab. Dieses Buch liest sich sehr flüssig, das Wesentliche wird darüber hinaus hervorgehoben. Es sollte möglichst gelesen werden, bevor die aufgeführten Symptome auftreten. Das Buch hilft, zu verstehen, warum gerade für Zahnärzte die Gefahr einer Depression, Sucht oder des Burnouts besonders hoch ist.

Burnout und Stressmanagement bei Zahnärzten

Andreas Heinze, Spitta Verlag

Preis: 44,80 Euro

ISBN 9783-941-96448-8

Dr. med. Angela Grundmann

Websites in „Looser“ Folge vorgestellt

Die Welt des „carvens“

Endlich ist der erste Schnee in den Bergen gefallen. Auf **carving-ski.de** findet man viel Nützliches rund ums Carven – Skitests genauso wie Hotelempfehlungen. Wichtig auch die Rubrik Equipment, da gibt es u. a. eine Anleitung, um den Skiservice selbst zu erledigen. Wer auf Lernen aus ist, schaut sich am besten im Bereich Fahrtechnik ein kleines Video an und erfährt Tipps für die Fitness. Ski heil! **www.carving-ski.de**

Wo gibt's Schnee?

Stimmen nun das Equipment und die Fahrtechnik, stellt sich die wichtigste Frage: Wohin? Auf **skiinfo.de** kann man Unterkünfte suchen, Skigebiete vergleichen, sich mit Gleichgesinnten im Forum austauschen oder einen Blick in die WebCam der Gebiete werfen. Nicht zuletzt findet man Informationen übers Wetter und die aktuellen Schneehöhen. Alles Nützliche auf: **www.skiinfo.de**

Es geht auch ohne Skihang

Neben Alpinski sollte man nicht den Langlauf vergessen, zumal dieser auch in nicht so alpinen Gebieten betrieben werden kann. Auf **loipentipp.de** stehen grundlegende Informationen rund um den Langlauf, wie Gebietsinformationen, Ausrüstungstipps, Unterkunftssuche und sogar Literaturtipps – alles vorhanden!

www.loipentipp.de

ZA Loos

Parodontaler Knochenabbau erfolgt durch körpereigene Prozesse, nicht durch Bakterien (1. Teil)

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

Ätiologie

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

Pathogenese

Die regelmäßige mechanische Entfernung der Plaque – das Biofilmanagement – ist die primäre Maßnahme zur Prävention oder Verhinderung der Parodontitisprogression (Bachmann, 2005). Ein großes, nicht zu unterschätzendes Problem stellt die Anatomie dar. Nicht einsehbare Rillen, Lagunen, Vertiefungen, Ausstülpungen, Einziehungen, Sprünge, Frakturen und sonstige nicht oder nicht vollständig zu reinigende Areale stellen ein Bakterienreservoir dar, das auch mit der professionellen Zahnreinigung nur ungenügend bearbeitet werden kann (Renggli, 1994). Andererseits zeigen sich durch die regelmäßige mechanische Behandlung summierende, irreversible Folgeschäden an der Zahnhartsubstanz. Es ist im Praxisalltag nicht möglich, Zahnplaque aus feinsten Rillen und Kratzern, engen Furkationen und anderen Reservoiren im Taschenbereich vollständig mechanisch zu entfernen (Rateitschak & Wolf, 2004). So haben pathogene Keime Zeit, ungestört und unbeeinträchtigt durch die mechanische Beeinflussung des Patienten und des Behandlers, sich zur mikrobiellen Plaque zu formieren. Die Pathogenität der Plaque ist zurückzuführen auf die Gesamtmasse der Bakterien, die Toxine und antigen wirkende Substanzen produzieren und zu Entzündungen führen. Aber die Pathogenität ist auch auf das Vorhandensein besonders pathogener Keime zurückzuführen, die mit spezifischen Virulenzfaktoren die Gewebe schädigen oder die Wirtsabwehr beeinträchtigen (Williams et al., 1997).

Es fällt klinisch immer wieder auf, dass es Patienten gibt, die trotz guter Mundhygiene an einer Parodontitis erkranken, und

andere, die trotz schlechter Mundhygiene keine Parodontitis entwickeln. Demnach kann das Ausbrechen bzw. der Verlauf einer Parodontalerkrankung nicht allein von der mikrobiellen Infektion abhängen. Pathirana (2005) führte gezielt hierzu Untersuchungen durch und kam zu dem Resultat, dass in ihren Ergebnissen keine höhere Empfänglichkeit für die Parodontose bei Allergikern festzustellen ist. Andererseits kann sie aber aufgrund ihrer Ergebnisse eine mögliche Beteiligung allergischer Pathomechanismen bei der Entstehung der Parodontitis nicht ausschließen. Seit Langem ist man sich darüber im Klaren, dass genetische Variationen in der Zytokinexpression einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor für die Entstehung schwerer Parodontalerkrankungen darstellen (Wachter, 2005). Zu den potenziellen parodontopathogenen Bakterienarten gehören Keime, die die Bindegewebsschranke durchdringen und sogar die Zellen des Taschenepithels besiedeln und dort der Wirtsabwehr und der mechanischen Behandlung entgehen können (Andrian et al., 2004, Filoche et al., 2004, Kuehn & Kesty, 2005). In den letzten Jahren haben sich die Auffassungen über die Ätiologie der Parodontitis gewandelt.

Früher wurden einzig die Bakterien als entscheidender Faktor angesehen. Bestimmte pathogene Mikroorganismen wurden mit verschiedenen Formen der Parodontitiserkrankungen sowie der Geschwindigkeit ihres Verlaufs in Zusammenhang gebracht. Die Existenz und Verteilung pathogener Bakterien korrelierte aber nicht immer mit Entstehung und Progression der Parodontitis. So konnte auch der Nachweis erbracht werden, dass pathogene Bakterien in der Tasche nicht

Fortbildung

zwangsläufig die Ursache derselben sein müssen, sondern vielmehr das Taschenmilieu gute Voraussetzungen für die Entwicklung und das Leben pathogener Keime bietet, die dann allerdings – im Sinne eines *Circulus vitiosus* – an der Progression der Erkrankung beteiligt sein können (Rateitschak & Wolf, 2004). Nach wie vor gilt der Grundsatz: „ohne Bakterien keine Parodontitis“, aber andererseits auch die Tatsache, dass Bakterien – auch parodontopathogene – nicht unbedingt eine Parodontitis verursachen müssen (Heidemann et al., 2005, Kleber, 2000, Rüdiger, 2002). Daher ist es zweckdienlich, die notwendige mechanische Therapie mit einer medikamentösen Paralleltherapie zu kombinieren (Rateitschak & Wolf, 2004). Die Pathogenese von Parodontitiden stellt eine komplexe Interaktion zwischen parodontopathogenen Mikroorganismen und Immunabwehrmechanismen des Wirts dar. Zwar werden parodontopathogene Bakterien als Hauptauslöser parodontaler Erkrankungen angesehen, die parodontale Destruktion wird größtenteils aber durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile verursacht, und nur zu sehr geringem Anteil direkt durch die Mikroorganismen (Wachter, 2005).

Wirtsassoziierte Aspekte

Das Immunsystem ist verantwortlich für den Schutz des Organismus vor Infektionskrankheiten. Es umfasst das unspezifische und spezifische Abwehrsystem. Beide untergliedern sich jeweils in eine zelluläre und humorale Komponente. Im Rahmen der humoralen Immunabwehr kann das Immunsystem gegen Mikroorganismen hoch spezifische Antikörper bilden. Bei der Parodontitis ist eine erhöhte Antikörperreaktivität der hydrolytischen Enzyme nachgewiesen worden. Für die proteolytischen Enzyme hingegen ist dies nicht der Fall. Es gibt keine Korrelation zwischen den klinischen Parametern und den positiven Antikörperreaktivitäten, weder vor noch nach einer Parodontaltherapie (Ordelheide, 2006). Der Zerstörung des Parodonts können unterschiedliche Vorgänge zugrunde liegen. So ist ein Gewebsverlust allein durch immunpathologische Reaktionen auslösbar. In

unzähligen Studien zur Ursache der Parodontitis sind die mikrobiellen Faktoren als primus Agens beschrieben worden. Es werden zwei verschiedene Mechanismen unterschieden. Erstens die direkte Invasion des Gewebes durch die subepitheliale Flora und zweitens ein Entsenden von Substanzen in das Gewebe, während die Bakterien selbst in der Tasche bleiben. Diese Substanzen können

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

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

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu bisherigen Vorstellungen ist nicht mangelnde Mundhygiene, sondern eine Fehlentwicklung bzw. Überreaktion des oralen Immunsystems die primär treibende Kraft in der Parodontose. Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen. Nimmt die Bakterienflora einen parodontalpathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und zur spezifischen Immunreaktion. Bakterien sind der Auslöser, nicht die Ursache der Parodontitis. Die parodontale Destruktion erfolgt größtenteils durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile und nur zu sehr geringem Anteil direkt durch die Mikroorganismen selbst. Unser Wissen auf diesem Gebiet ist enorm gestiegen. Aber der effektive Nutzen für unsere parodontal erkrankten Patienten entspricht immer noch nicht unseren Erwartungen in der täglichen Arbeit. Es ist schwierig, in der gesamten Gruppe der parodontalen Risikopatienten ohne drastisch einschneidende Maßnahmen sichere vorausschauende Zahnerhaltung zu betreiben.

Die gesamte Forschung und Wissenschaft dreht sich um eine „gesunde Mundflora“. Wie gesund muss die Mundflora bei dem einzelnen Patienten sein, um keine parodontaldestruktive Wirtsreaktion auszulösen? Und selbst wenn diagnostische Marker zur Reduzierung bestimmter parodontalpathogener Keime raten, ist die therapeutische Konsequenz PZR, Taschenreinigung, verbesserte Mundpflege, Antiseptika, Antibiotika. Dieses führt zu einer Veränderung der Mundflorazusammensetzung. Die Qualität und Quantität der Bakterien in der Mundflora werden sich ändern, aber Bakterien werden bleiben. Die Forschung und Wissenschaft bemühen sich, über die qualitativ und quantitativ veränderte Mundflora weniger Wirtsreaktionen auszulösen. Indirekt durch verminderte parodontal immunologische Reaktionen wird der Destruktionsprozess verlangsamt. Aber in der parodontalen Risikogruppe wird es dennoch zum Zahnverlust kommen. Und nur das Kriterium „Anzahl der vorhandenen Zähne“ ist der direkte Index. Alle anderen Indizes sind indirekt, mit einer hohen Sensitivität und Spezifität. Aber diese Indizes zeigen uns nur, ob der Patient eine ausreichende Mundpflege betreibt oder ob Entzündungen vorhanden sind. Ob diese vielleicht ungenügende Zahnpflege oder lokale Entzündungen jemals zum Zahnverlust führen, lässt sich aus diesen Indizes nicht direkt ablesen.

Die immunologischen Abläufe, die zum Knochenabbau führen, sind genetisch determiniert, aber beeinflussbar. Das erklärt, warum wir Patienten mit parodontalpathogenen Keimen ohne wesentliche Parodontitiszeichen kennen und warum Patienten trotz effektiver Zahnpflege und professioneller Unterstützung mit weiterem Knochenabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust rechnen müssen. Gute Mundhygiene und selbst professionelle Zahnpflege können die Folgen und Schwächen der natürlichen Abwehrmechanismen nur in begrenztem Maße ausgleichen. Dafür benötigen wir einen direkten therapeutischen Eingriff in das parodontale Boneremodelling. Während direkte MMP-Inhibitoren und Probiotics zurzeit erforscht werden, steht uns lokales Doxycyclin zur Anwendung

zur Verfügung. Alle anderen bekannten Maßnahmen wie Mundhygiene, PZR, Laser, Ozon, Photodynamische Therapie, Antiseptika und Antibiotika haben einen Einfluss auf das Entzündungsgeschehen, aber keinen direkten Einfluss auf den parodontalen Knochenabbau. Über eine verringerte Wirtsreaktion

erhofft man sich bei dieser Therapie indirekt durch Verbesserung der klinischen Situation eine Normalisierung des Boneremodellings. Tetracycline hemmt reversibel den parodontalen Knochenabbau und greift so direkt in den Knochenumbauprozess ein, wobei das Doxycyclin das wirksamste Tetra-

cyclin ist. Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiotische Wirkung im Vordergrund.

Weitere Informationen rund um das Doxycyclin, einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe, können beim Autor erfragt werden.

Regelmäßige lokale Doxycyclinapplikation unterstützt die Parodontaltherapie und hemmt den Knochenabbau (2. Teil)

Mikroorganismen sind die Ursache für Entzündungen des Parodontiums. Sie sind nicht die Ursache für den parodontalen Knochenabbau. Dieser erfolgt fast ausschließlich durch körpereigene Prozesse. Nach der professionellen Taschenreinigung lokal in die Tasche appliziertes Doxycyclin reduziert die kollagenolytische Aktivität. Durch eine einmalige Doxycyclinapplikation erhöht sich die Anzahl der Osteoblasten. Bei einer längeren Applikation von Doxycyclin ändert sich der Aktivierungsstand der Osteoblasten. Es kommt zu einer beschleunigten Regeneration des Kieferknochens, einem Stopp des weiteren Fortschreitens der Taschentiefen und des Alveolarknochenabbaus.

Bone-Modelling und Bone-Remodelling in der Parodontaltherapie

Das gesamte erwachsene Skelett befindet sich in einem dynamischen Zustand. Es wird fortwährend durch die koordinierten Aktionen von Osteoklasten und Osteoblasten abgebaut, aufgebaut und neu formiert (Bonewald & Mundy, 1990, Grassi et al., 2006) (s. Abb. 1).

Normalerweise werden 0,7 % des menschlichen Skeletts täglich resorbiert und durch neuen gesunden Knochen ersetzt. Das gesamte Skelett wird durchschnittlich alle 142 Tage erneuert (Marx et al., 1996). Bei Erwachsenen wird ein kleiner Teil des Knochens ständig durch Os-

teoblasten aufgebaut. Wir unterscheiden dabei Knochenmodellung und Knochenremodelling. Die Kontrolle und Regulation von Modelling und Remodelling werden von genetischen und metabolischen Faktoren gesteuert (Burr & Martin, 1989, Rammelt et al., 2005). Knochenmodellung bezeichnet die Konturierung und Formung des Knochens, nachdem er in seiner Länge gewachsen ist (Erben, 1996). Beim Modelling sind die Osteoblasten- und Osteoklastenaktionen nicht miteinander verbunden. Modelling wird zum Beispiel in der kieferorthopädischen Behandlung ausgelöst. Durch die Kraftanwendung einer Multibandapparatur wird auf der Druckseite Knochen abgebaut, während auf der Zugseite neuer Knochen wächst (King et al., 1995). Knochenmodellung kann sowohl die Größe als auch die Form des Knochens verändern. Knochenremodelling dagegen bezeichnet die miteinander verbundene Aktion der beiden Zelltypen. Es ist ein zyklischer Prozess, der üblicherweise den Status quo aufrecht erhält, und nicht die Größe und Form des Knochens verändert. Knochenremodelling entfernt alten Knochen und ersetzt ihn durch neuen über ein streng kontrolliertes

Überwachungssystem (Hedgcock et al., 2006) (s. Abb. 2).

Knochenmodellung ist nach Abschluss des Wachstums stark verlangsamt. Knochenremodelling tritt im ganzen Lebenszeitraum auf. Knochenmodellung tritt auch während der parodontalen Wundheilung und der Einheilphase von Implantaten auf. Anders als beim Remodelling muss dem Modelling keine Resorption vorangehen (Garg, 2006). Parodontales Remodelling muss in einem ausgewogenen Verhältnis von Osteoblasten- und Osteoklastenaktivität erfolgen. Die Aktivierung der Osteoblasten

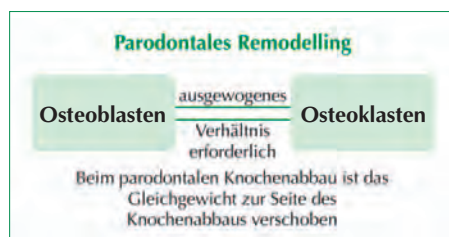


Abb. 1 – Verhältnis Osteoklasten zu Osteoblasten

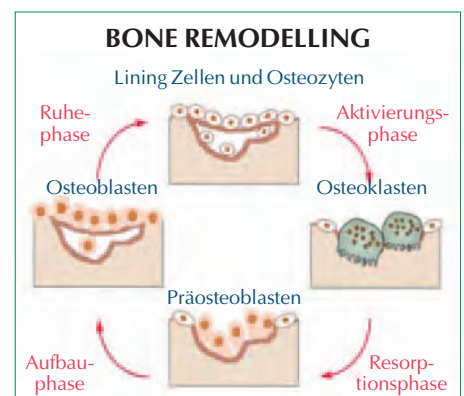


Abb. 2 – Bone Remodelling Zyklus

Fortbildung

und Osteoklasten erfolgt vornehmlich durch Matrix Metalloproteinasen (Bord et al., 1996).

Matrix – Metalloproteinasen und ihre Inhibitoren

Matrix – Metalloproteinasen (MMP) bezeichnen eine Familie substratspezifischer Endopeptidasen unterschiedlicher Struktur, denen ein ionisiertes Zinkatom im aktiven Zentrum gemeinsam ist. Durch Spaltung von Peptidbindungen zur Proteindegeneration fähig, sind sie in der Lage, verschiedene Faserstrukturen wie Kollagene und Elastase abzubauen (Falkenberg, 2004, Parsons et al., 1997). Mittlerweile sind ca. 30 unterschiedliche MMPs bekannt (Illman et al., 2003). Physiologische Antagonisten der MMPs sind die Tissue Inhibitors of matrix metalloproteinases TIMPs. 1985 wurde der erste Metalloproteinase-Inhibitor von Mercer et al., 1985, entdeckt. Inzwischen sind 4 verschiedene TIMPs bekannt, die in verschiedensten Geweben und Körperflüssigkeiten nachzuweisen sind und allesamt MMP-inhibitorische Aktivität besitzen (Mylona et al., 2006). Mit ihrer Fähigkeit zum Abbau unterschiedlicher extrazellulärer Faserstrukturen nehmen Matrix Metalloproteinasen an den verschiedensten Umbauprozessen des Gewebes teil. Zum einen kann es sich dabei um physiologische Vorgänge handeln, wie z. B. embryonale Entwicklung, altersbedingte Involutionsprozesse, Wundheilungen. Aber auch bei chronischen Entzündungen, Parodontitis sind MMPs vermehrt nachzuweisen (Falkenberg, 2004). Gehemmt werden die MMPs durch die TIMPs (Cawston et al., 1990). Zur Aufrechterhaltung des notwendigen Gleichgewichts zwischen MMPs und TIMPs wird die Expression eng kontrolliert. Die Aktivierung von MMPs und TIMPs wird von einer Reihe verschiedener Substanzen reguliert. Dabei ist die Aktivierung so komplex, dass sie zurzeit noch nicht vollständig aufgeklärt ist. So kann derselbe Faktor, der eine Aktivierung bewirkt, an anderer Stelle eine Deaktivierung bewirken (Falkenberg, 2004). MMPs und TIMPs sind in der Sulkusflüssigkeit und im Parodontalgewebe nachweisbar. Tetracycline haben einen multiplen, nicht antimikrobiellen Mechanismus zur Hem-

mung des Bindegewebsabbau durch die reversible Hemmung der MMPs (Golub et al., 1998).

Vorteile der Tetracycline in der adjunktiven Therapie

Von den Tetracyclinen ist besonders Doxycyclin mit seiner 70%igen kollagenolytischen Aktivität für die direkte Therapie des aus dem Gleichgewicht geratenen Bonere-modellierungsprozesses geeignet (s. Abb. 3). Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiotische Aktivität im Vordergrund. Doxycyclin ist ein Mitglied der Tetracyclingruppe und hat pharmakokinetisch eine Plasmahalbwertszeit von 18 bis 22 Stunden und somit die längste Halbwertszeit der Tetracycline. Doxycyclin wirkt bakteriostatisch, vermehrungshemmend. Die Wirkung ist reversibel und in die Immunabwehr eingreifend. Der Wirkmechanismus erfolgt mit direktem Eingriff in die Proteinsynthese, durch Hemmung der t-RNA-Bindung. Es erfolgt eine Bindung an der 30S-Untereinheit. Dieses führt zur reversiblen Blockade der Akzeptorstelle (Naber, 2004). Aufgrund der hohen Lipophilie penetriert Doxycyclin in das parodontale Gewebe sehr gut und wird außerdem aktiv von Wirtszellen aufgenommen. Deshalb wirkt es auch auf im Intrazellularraum von Wirtszellen befindliche Bakterien wie A. actinomycetemcomitans und P. gingivalis (Wachter, 2005). Doxycyclin hat eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe. Vor allem in der lokalen Anwendung stellt es das Mittel der Wahl dar (Puschmann, 2003). Doxycyclin hat für uns in der Parodontologie zwei unterschiedliche Wirkungsrichtungen. Zum einen ist Doxycyclin ein Breitbandantibiotikum mit dem von uns

benötigten Wirkungsspektrum. Zum anderen hat Doxycyclin die Fähigkeit, die Kollagenaseaktivität zu hemmen (Golub et al., 1985a, Weiner et al., 1979). In-vitro- wie auch bei In-vivo-Versuchen konnte diese spezifische direkte Hemmung der Kollagenaseaktivität durch Tetracycline bewiesen werden (Sorsa et al., 1995, Weiner et al., 1979). Diese Eigenschaft haben nur die Tetracycline und keine anderen Antibiotika. Golub et al. (1985b) empfahlen, diese Eigenschaft der Tetracycline unbedingt in der Therapie von Parodontalerkrankungen zu nutzen. Tetracycline reduzieren invivo wie auch invitro die Aktivität der kollagenolytischen Enzyme um mehr als 70 %, unabhängig von der antimikrobiellen Effektivität der Antibiotika (Golub et al., 1985b). Dieser Effekt ist besonders bei Doxycyclinapplikationen ausgeprägt. Eine einmal durchgeführte Therapie mit Tetracyclinen reduziert die kollagenolytische Aktivität bis zu 5 Wochen nach dem Abschluss der Tetracyclintherapie. Bei Doxycyclin hält dieser Effekt bis zu 2 Monaten an. Bis zur vollständigen Aktivitätsanpassung der Kollagenasen vergeht bis zu einem Jahr (Golub et al., 1985b). Ratka-Krüger et al. (2005) zeigten in einer Multicenterstudie, dass 3 Monate nach einer 15 %-Doxycyclintherapie immer noch ein deutlicher Unterschied zur Placebogruppe besteht. Kim et al. (2004) konnten in einem klinischen Vergleich von zwei Doxycyclin-Gels feststellen, dass selbst nach Konzentrationsabfall von anfänglichen 1.400 auf 200 µg/ml der antibiotische Effekt vorhanden ist. Doxycyclin hat in der Parodontaltherapie Vorteile in der Anwendung. Es handelt sich um ein Tetracyclinderivat mit einer besonderen Affinität zur Gingivalflüssigkeit und

Tetracycline im Vergleich				
	Proteinbindung	HWZ in Stunden	Kollagenase-wirkung	Ausscheidung
Doxycyclin	96 %	18	70 %	25 %
Minocyclin	75 %	15	50 %	60 %
Oxytetracyclin	20 %	10	40 %	90 %
Tetracyclin	40 %	10	20 %	90 %
Chlortetracyclin	50 %	6	20 %	80 %
Tigecyclin		40		

Abb. 3 – Tetracycline im Vergleich

erreicht hier eine sehr hohe Konzentration (Gordon et al., 1981, Pallenstein-Heldermann, 1984). Doxycyclin ist ein Breitbandantibiotikum, im Gegensatz zu anderen parodontal eingesetzten Antibiotika, wie z. B. Metronidazol mit einem sehr engen Wirkungsspektrum (Köhler et al., 2001). Kommt es zu einer Parodontitis, dann proliferieren die gramnegativen Keime (Newmann & Socransky, 1977). Die von den gramnegativen Keimen stammenden Endotoxine stimulieren die Kollagenaseaktivität der Fibroblasten und der Makrophagen, indem sie Proteasen erzeugen, die latente Formen von Säugetierkollagenasen aktivieren. Da mit einer Verringerung der gramnegativen Keime an der gesamten Mikroflora auch eine Abnahme der Endotoxinkonzentration verbunden ist, kann die antimikrobielle Wirksamkeit der Tetracycline als ein Mechanismus bei der Hemmung der Kollagenaseaktivität angesehen werden (Sorsa et al., 1992, Sorsa et al., 1995). Das Gros der Kollagenaseaktivität in der Gingivalflüssigkeit entspringt endogen aus dem erkrankten Gewebe, in den periodontalen Taschen und nur in sehr geringem Umfang exogen aus subgingivalen Mikroorganismen (Golub et al., 1985b, Puschmann, 2003). Im Tierexperiment konnten Golub et al. (1983) zeigen, dass die kollagenolytische Aktivität auch unabhängig von der Endotoxinkonzentration in der Sulkusflüssigkeit durch Tetracyclinbehandlung reduziert wird. In einem Versuch mit Ratten, in denen die Kollagenolyse durch einen künstlich induzierten Diabetes mellitus ausgelöst wurde, konnte unter keimfreien Bedingungen die Aktivität der Kollagenase um zwei Drittel gesenkt werden. Ebenfalls im Tierexperiment konnten Golub et al. (1985a) zeigen, dass Tetracycline die Kollagenase-Aktivität der polymorphonuklearen Leukozyten inhibiert. Die antikollagenolytische Wirksamkeit der Tetracycline wird auf die Chelat-Wirkung dieser Antibiotika zurückgeführt. Kollagenase wie auch andere kollagenolytische metall-neutrale Proteasen sind kationabhängige Enzyme. Kalzium und Zink sind für die aktive Konformation und die hydrolytische Aktivität notwendig (McCartney & Tschesche, 1981). Die Möglichkeit der Tetracycline, diese Metallionen reversibel zu binden, scheint die antikollagenolytische Wirkung zu erklä-

ren. Tatsächlich hebt ein Überschuss an Kalzium-Ionen den Antikollagenase-Effekt der Tetracycline vollständig wieder auf (Golub et al., 1985a, Golub et al., 1983, Golub et al., 1985b). Durch eine einmalige Doxycyclinapplikation erhöht sich auch die Anzahl der Osteoblasten. Bei einer längeren Applikation von Doxycyclin ändert sich der Aktivierungsstand der Osteoblasten (Gomes & Fernandes, 2006). Zetner & Stoian (2005) zeigten in ihren Tierversuchen eine beschleunigte Regeneration des Kieferknochens durch eine einmalige Doxycyclinapplikation in die Knochentaschen. Eickholz et al. (2002), führten klinische Studien mit einem 15 %-Doxycyclin-Gel durch und kamen zu dem Resultat, dass mit diesem Doxycyclin-Gel auch tiefe Taschen erfolgreich behandelt und die Indikation für die chirurgische Parodontalthherapie in Richtung tiefer Taschen verschoben werden können. Der positive Begleiteffekt der parallelen Tetracyclintherapie, der sich mit einem Stopp des weiteren Fortschreitens der Taschentiefen und des Alveolarknochens äußert, konnte von zahlreichen Autoren bestätigt werden. Genco et al. (1978), Lindhe et al. (1983) und Slots et al. (1983) kommen mit der Tetracyclinparalleltherapie zu dem Resultat der Verringerung der Taschentiefen. Pallenstein-Heldermann (1984) kam durch seine klinische Studie zu der Schlussfolgerung,

dass eine chirurgische Methode zur Ausrottung der Bakterien, die bereits die Bindegewebschranke überschritten haben, denselben Effekt bringt, wie eine konventionelle Behandlung mit Tetracyclin-Paralleltherapie (s. Abb. 4).

Zusammenfassung

Tetracycline haben eine reversible knochenabbau hemmende Wirkung. Diese Eigenschaft der Tetracycline besteht losgelöst von der antimikrobiellen Wirksamkeit. Für die lokale Anwendung ist das Doxycyclin besonders geeignet, da es eine besonders hohe kollagenolytische Aktivität, eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe und die längste Halbwertszeit der Tetracycline hat, und so längere Zeit am lokalen Wirkort verbleibt. Bedingt durch die reversible Hemmung der Osteoklastenfunktion werden die destruktiven Knochenabbauprozesse unterbrochen und die Parodontose schreitet nicht weiter fort. Weitere Informationen rund um das Doxycyclin, einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe, können beim Autor erfragt werden.

Dr. Ronald Möbius, Brühl
E-Mail: info@moebius-dental.de

Literaturverzeichnis für Teil 1 und 2 abrufbar unter www.zahnaerzte-in-sachsen.de

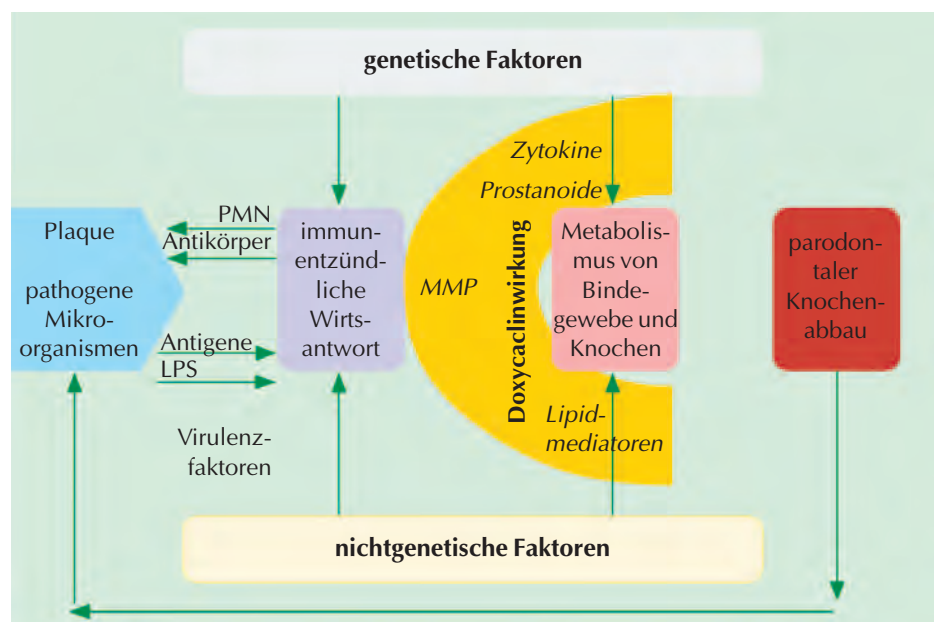


Abb. 4 – Schematische Blockadewirkung von Doxycyclin

Herbsttagung Leipzig – Neue Trends in der Zahnmedizin

Der Vorsitzende, Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf, eröffnete am 5. November 2011 in Leipzig die Herbsttagung der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft mit einem Rückblick auf die überaus positive Entwicklung der Gesellschaft in den letzten Jahren.



Der turnusgemäß neu gewählte Vorsitzende der Gesellschaft, Prof. Dr. Jentsch (re.) dankt seinem Amtsvorgänger, Prof. Dr. Graf für seine erfolgreiche Arbeit

Für ihre beständige und sehr geschätzte Mitarbeit in und für die Gesellschaft über mehrere Jahrzehnte wurde die Ehrenmitgliedschaft an **Prof. em. Dr. Dr. Barbara Langanke** und **Dr. Volker Zinke** verliehen. Die Einführung in das Thema der Tagung erfolgte durch den wissenschaftlichen Leiter der Tagung, **PD Dr. Karl-Friedrich Krey** (Leipzig), mit einem kurzweiligen Streifzug durch die Geschichte erfolgreicher, mit Zeitverzögerung wiederkehrender und auch gescheiterter Innovationen in der Zahnheilkunde der letzten zweihundert Jahre. **Prof. Dr. Rainer Haak** (Leipzig) widmete sich zum Auftakt den aktuellen Möglichkeiten der Kariesdiagnostik. Dieses für jeden Zahnarzt essentielle Thema kann keineswegs als erschöpft betrachtet werden. Es bestehen nach wie vor erhebliche Unsicherheiten in der diagnostischen Differenzierung zwischen behandlungsbedürftigen Läsionen und solchen, die noch einer

erweiterten Prophylaxe und Remineralisierung zugänglich sind. Der bloße Augenschein kann hier trügen und Prof. Haak konnte an klinischen Bildern und den dazugehörigen histologischen Pendants diese Unterschiede aufzeigen. In seinem Vortrag favorisierte er die Anwendung des ICDAS (www.icdas.org) Index für eine differenzierte Diagnostik. In einem Überblick ging er auf die wichtigsten Technologien der Kariesdetektion, typische Geräte und deren Stärken und Grenzen ein. Aus wissenschaftlicher Sicht ist eine Unterscheidung krank-gesund anhand der Messergebnisse solcher Geräte nicht unproblematisch, empfehlenswert sind sie allerdings für Verlaufskontrollen. Ein innovatives Konzept der frühen Behandlung von Läsionen und seine Integration in den Praxisalltag stellte **Dr. Christoph Kaiser** (Heiligenhaus) vor. Das von ihm vorgestellte Verfahren der Kariesinfil-

tration (Icon) kann als Bindeglied zwischen nicht-invasiven Methoden wie erweiterter Prophylaxe und Maßnahmen der Remineralisation sowie invasiver Kariestherapie angesehen werden. Prinzip ist die Infiltration der kariösen Läsion mit einem hochflüssigen Kunststoff. Der Referent beschrieb sowohl die Integration dieser relativ neuen Therapieform in seine Praxis als auch die praktische Handhabung der Kariesinfiltration für proximale Läsionen Schritt für Schritt. Dabei widmete er sich auch Fragen der Dokumentation dieser „unsichtbaren“ Therapie, der Information der Patienten und konnte Ergebnisse aus Befragungen von Patienten präsentieren. Ganz dem Weg ins digitale Zeitalter widmete sich **PD Dr. Karl-Friedrich Krey** (Leipzig) mit seinem Beitrag zur Perspektive einer gipsfreien Praxis. Ausgehend von der Analyse bisheriger Arbeitsabläufe in der kieferorthopädischen Behandlung wurden Möglichkeiten der Erstellung digitaler Gebissmodelle besprochen. Nach Darlegung der Funktionsprinzipien von 3D-Scannern wurde der Stand der wissenschaftlichen Arbeiten zu Genauigkeit, Vor- und Nachteilen und dem Praxiseinsatz von digitalen Modellen dargestellt. Eine Übersicht über derzeit am Markt befindliche intraorale Scanner, Modellscanner und Dienstleister rundete das Bild ab. Da für die Integration in weitere Prozesse auch physische Repräsentationen benötigt werden, stellte der Referent die dafür in Frage kommenden Technologien des Rapid Prototyping dar. Schlussfolgerung: Die weitere Entwicklung und Einführung der Scan- und Drucktechnologien in den Praxisalltag ist nur eine Frage der Zeit – und der rechtlichen Rahmenbedingungen. In seinem an klinischen Bildern reichen Vortrag beschrieb **Dr. Edgar Hirsch** (Leipzig) die Indikationen und Einsatzgebiete der dentalen Volumentomographie (DVT). Nach einer kurzen Rekapitulation der Technik des Cone Beam CT folgte ein

Streifzug durch die klinischen Anwendungsbereiche. Durchaus kritisch wurde das Aufkommen großformatiger Sensoren hinterfragt. Hier muss jedem Zahnarzt bewusst sein, dass das vollständige Röntgenbild zu befunden ist. Dies schließt dann auch Strukturen der Schädelbasis und Wirbelsäule mit ein. Die Indikationen für die Anfertigung von DVT-Aufnahmen, deren Interpretation und die Erkennung von Artefakten wurde durch Dr. Hirsch systematisch analysiert. Die klinischen Bilder u. a. aus den Bereichen der Oralchirurgie, Endodontie und Kieferorthopädie zeigten deutlich die Stärken, aber auch Grenzen dieser Systeme. Nach Einschätzung des Referenten werden Kombinationsgeräte aus OPG und DVT in den kommenden Jahren Einzug in die Praxis halten. Ein neues Verfahren der kieferorthopädischen Diagnostik, das vielleicht das Fernröntgenbild ersetzen könnte, stellte **Dr. Thorsten Brandt** (Wiesbaden) vor. Die Entwicklung kann als besonderes Beispiel der Kooperation von Hochschule und Kieferorthopäden in der Praxis angesehen werden. Konventionelle Fernröntgenbilder als Projektion einer dreidimensionalen Struktur auf einen zweidimensionalen Film unterliegen einer Reihe systembedingter Ungenauigkeiten. Das Funktionsprinzip des vorgestellten Verfahrens beruht auf der dreidimensionalen Vermessung im Magnetfeld am Patienten. Sie ermöglicht

es, mit höchster Genauigkeit die Koordinaten von anthropometrischen, dentalen und Punkten des Weichgewebes zu ermitteln. Dies ist auch in der Dynamik z. B. zur Aufzeichnung von Unterkieferbewegungen möglich. Dieses Verfahren kann somit als Einziges außer einem Kopf-CT verlässliche Werte zur Symmetrie des Gesichtes und Schädels liefern. Dr. Brandt erläuterte die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zu diesem diagnostischen System, zeigte die praktische Handhabung und erläuterte die Integration in seinen Praxisablauf (www.noxrayceph.de). Im abschließenden Vortrag widmete sich **Prof. Dr. Holger Jakstat** (Leipzig) den Indikationen und der Anwendung präfabrizierter Schienen in der Therapie von craniomandibulären Dysfunktionen. Therapieprinzip ist die Durchbrechung des Reflexbogens durch einen Aufbissbehelf. Dies ist im Grunde keine neue Idee, vorgefertigte Produkte dafür sind aber noch nicht so lange auf dem Markt. Die einfachste, die Okklusion entkoppelnde Apparatur ist der Sportmundschutz. Das Tragen eines solchen ist bei vielen Sportarten wie Fußball, Handball, Basketball und natürlich Boxen unbedingt zu empfehlen. Da der protektive Effekt bei genauer Passung deutlich größer ist, sollte die Anfertigung durch den Zahnarzt nach einem CMD-Screening erfolgen. Eines der bekanntesten Produkte ist sicher der Aqualizer. Die Indikation kann

bei akuten Schmerzen, nicht jedoch bei Bruxismus gesehen werden. Hierfür ist eher der NTI/TSS geeignet. Er führt zu einer reflektorischen Tonusminderung der Muskulatur. Laut Prof. Jakstat ist aufgrund des Risikos einer Kiefergelenkkompression bei mental bedingtem Bruxismus dieses Gerät nicht geeignet. Im eigenen Praxislabor lässt sich auch die vom Referenten gezeigte Minimalschiene (Tiefziehschiene mit adjustierter Oberfläche nach Bissperrung) schnell und kostengünstig herstellen. Vor dem schnellen Einsatz all dieser Apparaturen wurde trotz aller Erfolge gewarnt, da keine Therapie ohne genaue Diagnose eingeleitet werden sollte.

In der anschließenden Mitgliederversammlung fand turnusgemäß die Wahl des neuen Vorstandes der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft statt. Der neu gewählte Vorsitzende **Prof. Dr. Holger Jentsch** (Leipzig) bedankte sich im Namen aller Mitglieder bei Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf und dem gesamten Vorstand für die erfolgreiche Arbeit der letzten acht Jahre. Auch zu dieser Tagung fand die stattfindende Industrieausstellung reges Interesse und die Pausen luden zu zahlreichen kollegialen Gesprächen ein. Weitere Informationen finden Sie unter www.gzmk-leipzig.de.

Priv.-Doz. Dr. Karl-Friedrich Krey
MME

Anzeige



Das Dentalhistorische Museum in Zschadraß

Zschadraß bei Leipzig ist seit einigen Jahren Standort eines ganz besonderen Museums. Der Museumsgründer, Zahntechnikermeister Andreas Haesler, hat mit dem Dentalhistorischen Museum etwas geschaffen, was weltweit einzigartig ist. Die hessische Zahnärztezeitung titelte: »Beste Voraussetzungen für einen Wallfahrtsort«. Und dies ist nicht übertrieben. Unzählige Exponate präsentieren die Entwicklung der Zahnmedizin. Gemeinsam mit dem Dentalhistorischen Museum haben wir für 2012 wieder zwei Kalender aufgelegt. Einen Motivkalender, der einige Exponate des Museums zeigt, und einen Kalender mit Illustrationen von historischen Postkarten, aus Werbekampagnen und Magazinen.

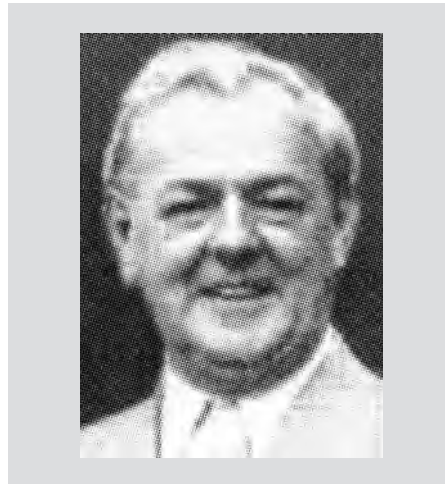
Die Kalender haben das Format 30 x 46 cm und sind zum Preis von je 15,00 EUR erhältlich. 50 % des Reinerlöses fließt dem Museum direkt zu, damit weitere Räumlichkeiten um- und ausgebaut werden können.

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

Johannes Weber – ein Pionier des zahnärztlichen Einheitsstandes

In der mediengeprägten Zeit mit stets nach vorn orientiertem Blick verlieren alte Weisheiten ihre orientierende Geltung. So auch der Lehrsatz von Otto Walkhoff „Die Geschichte eines Faches sei ihre beste Lehrmeisterin“. Obwohl er kaum noch reale Akzeptanz findet, lohnt der retrospektive Blick auf einen der bedeutenden historischen Meilensteine der deutschen Zahnheilkunde, die Überwindung des Dualismus zwischen Zahnärzten und Dentisten von 1949, zumal die universitäre „ZahnMedizin“ nach wie vor um ihre Akzeptanz als Teilgebiet der medizinischen Wissenschaft ringt. Der 50. Todestag von Johannes Weber bietet so Gelegenheit, an einen der Protagonisten, des zahnärztlichen Einheitsstandes zu erinnern. Der in Leipzig 1894 geborene Johannes Weber schloss 1912 seine dentistische Grundausbildung ab und eröffnete in Leipzig-Plagwitz eine eigene Praxis. Bereits 1920 wählte ihn der Reichsverband Deutscher Dentisten zu einem ihrer führenden Mitglieder. Nach der 1923 in Magdeburg abgelegten Staatlichen Dentistenprüfung setzte er sich mit großem Erfolg für ihre Einführung in Sachsen ein. Neben seiner Praxistätigkeit widmete er sich im Leipziger Institut für Dentisten der Aus- und Fortbildung. Als langjähriges Mitglied des Staatlichen Prüfungsausschusses erkannte er so recht früh, dass die Zukunft der Zahnheilkunde nur in der Verschmelzung der beiden zahnärztlichen Berufsstände mit einheitlicher akademischer Ausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses liegen konnte.

Den Widerstreit zwischen den beiden Interessengruppen beendete allerdings 1937 der Reichsärztesführer Dr. med. Gerhard Wagner auf dem VIII. Deutschen Zahnärzteskongress in Berlin mit der Entscheidung, „der Dentist sei der Unteroffizier der Heilkunde, der Zahnarzt der Offizier, der im Kampf um die Volksgesundheit an die Seite des Arztes gehört“. Nach der zementierenden politischen „Unteroffiziers-Einordnung“ der Dentisten zog sich Johannes Weber als liberaler Befürworter des Einheitsstandes von der aktiven Standespolitik zurück.



Umso verdienstvoller, dass er sich 1945 dem Kampf um die Vereinigung der beiden Berufsstände erneut stellte. Den konstruktiven und visionären Partner von der anderen Seite fand er in Dr. med. Ludwig Wanckel, der seit den Zwanzigerjahren in Leipzig als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten tätig war. Sie setzten die Verschmelzungsgespräche ohne Wenn und Aber wieder in Gang. Der eine als gesundheits- und hochschulpolitischer Strategie, der andere standespolitischer Macher, umsichtiger Planer und erfahrener Organisator. Starke Unterstützung erfuhren sie vom Plauener Zahnarzt Dr. med. dent. Hans Zorn, der als Vorsitzender der Fachgruppe Zahnärzte im Zentralverband der Gewerkschaft Gesundheitswesen die von der Basis ausgehenden Bestrebungen zur Verschmelzung der beiden Berufsstände unterstützte. Die Voraussetzungen für die Wiederaufnahme der Diskussionen über einen Einheitsberufsstand waren in der sowjetisch besetzten Zone Deutschland außerordentlich günstig, da die von der Sowjetischen Militäradministration eingesetzten deutschen Behörden für alles während der NS-Zeit politisch Unterdrückte offen waren und dem Einheitsstand aufgeschlossen gegenüberstanden. Nicht zuletzt auch wegen der weitgehend darniederliegenden zahnärztlichen Betreuung der Bevölkerung. Bereits im Februar 1946 einigten sich die

beiden Seiten im „Leipziger Abkommen“ u. a. über die Schritte zur Vereinigung beider Berufe. Nach der zonenweiten Diskussion des Für und Wider erhoben die Ländervertreter im März 1947 die festgeschriebenen Vereinbarungen einmütig zur Willenserklärung der Zahnärzte und Dentisten der gesamten sowjetischen Besatzungszone, die zur Grundlage aller weiterführenden Verhandlungen bis zur Festschreibung der neuen „Anordnung über die Approbation der Zahnärzte“ durch die Deutsche Wirtschaftskommission am 2. März 1949 wurde. Die Bezeichnung „Zahnarzt“ durfte damit nur noch führen, wer als Zahnarzt approbiert war. Zusatzverordnungen regelten die Anforderungen an die Übernahme der Alt-Dentisten in den Zahnärztestand. Der feierliche Vollzug des Einheitsstandes fand am 7. Dezember 1949 in der Leipziger Kongresshalle am Zoo in Anwesenheit von 1.500 Zahnärzten und Dentisten statt. Johannes Weber wurde die Ehre zuteil, zur „Lösung des Zahnarzt-Dentisten-Problems“ zu referieren und einen Ausblick zu geben. Es ist sein ausschließlicher Verdienst, dass die Dentistenschaft ein halbes Prozent ihrer jährlichen Einnahmen zur Finanzierung des viersemestrigen klinischen Studiums an einer der sechs ostdeutschen Universitäten abführen musste. Die einheitliche universitäre zahnmedizinische Ausbildung aller Zahnärzte war damit sichergestellt. Johannes Weber lehnte die Annahme der akademischen Ehrung als Doctor honoris causa mit dem Argument ab, sich nicht von seiner Kollegenschaft abheben zu wollen, wofür man ihm hohen Respekt zollte. 1958 wurde er mit dem Titel „Verdienter Arzt des Volkes“ geehrt. Er verstarb 67-jährig in seiner Geburtsstadt Leipzig. Als Aktiver des Triumvirats „Wanckel – Weber – Zorn“ hat er sich in die standespolitische Geschichte der deutschen Zahnheilkunde eingeschrieben und den Einheitsstand zur Erfolgsgeschichte der Sächsischen Zahnärzteschaft gemacht.

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Walter Künzel, Erfurt

Wrigley-Prephylaxe-Preis 2012

Die Vernetzung zwischen allen an der Gesundheitsförderung beteiligten Berufsgruppen wird immer notwendiger, da nur ganzheitliche Präventionsansätze zielführend sind.

Der Wrigley-Prephylaxe-Preis trägt dieser Entwicklung Rechnung und regt in seiner Ausschreibung für 2012 besonders den interdisziplinären Austausch und die Zusammenarbeit von Universitäten und öffentlichem Gesundheitswesen an.

Bewerben können sich Wissenschaftler und Praktiker, die sich mit der Prävention oraler Erkrankungen sowie mit der Erforschung der Zusammenhänge zwischen Mund- und Allgemeingesundheit befassen.

Der Preis ist mit insgesamt 10.000 Euro

dotiert und steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ). Einsendeschluss ist der 1. März 2012.

Am Rande der Preisverleihung 2011 im Mai in Düsseldorf erläuterte Jury-Mitglied Professor Werner Geurtsen aus Hannover die Ausrichtung der Ausschreibung: „Die Jury möchte nicht nur translationale Forschung an unseren zahnmedizinischen Fakultäten honorieren, sondern auch die Arbeit an der Basis, insbesondere mit den ganz jungen Patienten durch Ärzte, Hebammen, Lehrer, Erzieher und Krippenpersonal. Denn hier werden bereits die Weichen für eine erfolgreiche Prophylaxe gestellt. Ziel ist letztlich immer eine möglichst rasche

Umsetzung neuer präventiver Konzepte am Patienten.“

Neben Ärzten und Zahnmedizinern können sich deshalb auch akademisch ausgebildete Praktiker aus der Gruppenprophylaxe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst bewerben. Wissenschaftler aus anderen naturwissenschaftlichen Fakultäten sind ebenfalls herzlich zur Bewerbung aufgerufen.

Die Preisverleihung findet auf der nächsten DGZ-Jahrestagung vom 20. bis 21. April 2012 in Dresden statt.

Weitere Informationen:

kommed

Telefon 089 38859948

www.wrigley-dental.de

Fließfähiges lighthärtendes Basis-Composite

Mit x-tra base präsentiert VOCO ein neues Flow-Composite speziell für die Bulk-Fülltechnik. Dieses fließfähige, selbst nivellierende Composite ermöglicht in nur einem Arbeitsschritt und ohne aufwendiges Schichten das Legen von bis zu 4 Millimeter starken Inkrementen, die sich in besonders kurzer Zeit lighthärten lassen. So benötigt man für ein 4-Millimeter-Inkrement des Composites in der Farbe Universal nur 10 Sekunden Lighthärtung und damit lediglich die Hälfte der Zeit wie für vergleichbare Produkte anderer Hersteller. Nach Einbringen und Polymerisation bedarf die stabile Füllungsbasis nur noch einer okklusalen Deckschicht mit einem methacrylatbasierten Universal- oder Seitenzahncomposite. So gelingt eine ebenso einfache und effiziente wie sichere Füllungstherapie im Seitenzahnbereich. Das Material eignet sich für Unterfüllungen in Kavitäten der Klassen I und II



sowie als erste Schicht beim Kavitätenlining bei Kavitäten der Klassen I und II.

Unterfüllungsmaterialien müssen hohen Ansprüchen hinsichtlich ihrer Stabilität gerecht werden. So zeichnet sich das Produkt durch hohe Druckhärte (350 MPa) und Biegefestigkeit (133 MPa) aus. Durch einen für diese Materialklasse besonders hohen Füllstoffanteil von 75 Gew.-% und die spezielle Harzmatrix kommt es zu einer nur sehr niedrigen Schrumpfung und zu einem deutlich reduzierten Schrumpfungs-

stress. Das sorgt für einen zuverlässigen Adhäsivverbund und dauerhaften Erfolg der Füllungstherapie. Dieses verfügt über ein perfektes Anfließverhalten und gewährleistet so eine ausgezeichnete Adaptation an die Kavitätenwände. Dieses fließfähige Composite ist mit allen methacrylatbasierten Bondings und Composites kombinierbar und weist mit 350 % Al eine hohe Röntgenopazität auf. Es ist sowohl in der nachlauffreien nichttropfenden NDT®-Spritze als auch in komfortablen Flow-Caps mit biegsamer Metallkanüle erhältlich. Sowohl Spritzen als auch Caps ermöglichen eine sichere und punktgenaue Applikation. Das Produkt wird in den Farben Universal und A2 ausgeliefert.

Weitere Informationen:

Voco GmbH

Telefon 04721 7190

www.voco.de

Praxisabgabe/-übernahme/-vermietung

Langjährig etablierte erfolgreiche Einzelpraxis, ca. 20 km von DD entfernt, sucht aus Altersgründen Nachfolger.
Telefon 035952/31211

**Zentral in Kleinstadt (ca. 20 Min.
von Dresden) gelegene Praxis
mit überdurchschnittlichen
Scheinzahlen abzugeben
matthias.hilscher@ident-
online.de oder 03501/470250**



Zuschriften auf
Chiffre-Anzeigen bitte an
Satztechnik Meißen GmbH
Anzeigenabteilung,
Chiffre-Nr.
Am Sand 1c
01665 Nieschütz

Stellenangebote/Stellengesuche

Angest. ZA/ZÄ, Entl.-Ass. m.
Berufserfahrung in mod. ZAP
mit KFO-Anteil für langfristige
Zusammenarbeit, auch Teilzeit,
im Raum Bautzen ab sofort ge-
sucht, spät. Praxisübernahme
möglich, Wohnung im Haus
vorhanden. **Chiffre 0902**



Petra C. Erdmann
Persönlichkeits- und Teamentwicklung

Führungskompetenz, Kommunikation, Umgang mit Konflikten: Werden Sie ein Spitzenteam. Ich unterstütze Sie dabei.

www.persona-pe.de · Telefon 035201 81795

Praxiseinrichtungen

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



 **Klaus Jerosch GmbH**
Tel. (0351) 4 56 80 87
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com

Kleinanzeigenbestellung

Coupon senden an: Verlag Satztechnik Meißen GmbH
Anzeigenabteilung
Am Sand 1c
01665 Nieschütz
oder an: Fax-Nr. (0 35 25) 71 86 10

oder an:

Bitte veröffentlichen Sie den Text ____ mal ab der nächsten Ausgabe.

[illegible]

Rubrik

■ Chiffre (8,00 € – Gebühr)

3 Zeilen = 18,00 €, 4 Zeilen = 24,00 €, jede weitere Zeile + 6,00 €

Ich erteile hiermit der Satztechnik Meißen GmbH widerruflich die Ermächtigung zum Bankeinzug, um die anfallenden Kosten der Kleinanzeige von meinem Konto abzubuchen.

Name, Vorname	Straße	
PLZ, Ort		
Geldinstitut	BLZ	Konto-Nr.
Datum	Unterschrift	

Anzeigencoupon bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben abgeben. Preise zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Offene Glückwünsche zum 50. Geburtstag



Mein lieber Thomas Breyer,

zu Deinem Geburtstag wünsche ich Dir nicht nur Gesundheit, Erfolg und die nötige Gelassenheit, den Dingen des Alltags zu begegnen, sondern: Bleib, wie Du bist – ein Hansdampf in allen Gassen!

Obwohl Du keinen Doppelgänger hast, bist Du ähnlich wie beim Wettlauf

zweier bekannter Feldtiere schon da, wenn man aus der Furche auftaucht. Du weißt Bescheid und kannst überall mitreden. Dass Du auf vielen Hochzeiten das Tanzbein schwingst, fällt manchen schwer, zu verstehen. Doch ich weiß, dass Du es ja schließlich im Interesse unseres Berufsstandes machst.

Einer muss Alphanier sein und mit Initiative vorangehen. Dabei gelingt es Dir, die Kollegen mitzunehmen – möglichst immer den geeinten Berufsstand.

Du stellst Dich dieser Verantwortung als VV-Vorsitzender der KZVS und Vizepräsident der LZKS, beim Freien Verband sowie bei den Freien Berufen.

Gut, dass es einen gibt, der sich für uns Zahnärzte aufreißt.

Auf weiterhin gute Zusammenarbeit

Dein KZV-Vorsitzender

Landes Zahnärztekammer Sachsen

Fortbildungsakademie der LZK Sachsen

Sächsischer Prophylaxetag

5. Mai 2012 • 9 bis 17 Uhr

Information/Anmeldung

Frau Walter, Telefon 0351 8066-101

Sächsischer ZMV-Tag

2. Juni 2012 • 9 bis 17 Uhr

Information/Anmeldung ab Februar 2012

Frau Nitsche, Telefon 0351 8066-113



[zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

praxis
upgrade



1. praxis-upgrade-forum

von Spezialisten für Experten
10. März 2012 Frankfurt/Main

DentalSoftwarePower

 **Computer konkret**
easy-dental-software

Telefon: 03745 7824-33

E-Mail: vertrieb@computer-konkret.de

computer-konkret.de

Sächsischer Akademietag

3. März 2012 • 9 – 16 Uhr • Zahnärztehaus Dresden

Moderne Komposite als Universalmaterial und Allzweckwaffe?

Was man mit diesen Materialien heute alles
leisten kann und was man vermeiden sollte!

- Vortrag 1 Moderne Komposite – viele Behauptungen.
Was ist wahr? Was ist für die Praxis wichtig?
- Vortrag 2 Übersicht Adhäsive
- Vortrag 3 Komposite im Frontzahnbereich zur Restaurierung
und Formveränderung
- Vortrag 4 Komposite im Seitenzahnbereich

Vortrag 1
Prof. Dr. med. dent.
Reinhard Hickel,
München



Vortrag 2
Prof. Dr.
Roland Frankenberger,
Marburg



Vortrag 3
Prof. Dr.
Bernd Klaiber,
Würzburg



Vortrag 4
Dr. Markus Lenhard,
Niederneunforn/
Schweiz



Gebühr: 215 Euro • 8 Fortbildungspunkte

Information: Frau Anders • Telefon 0351 8066-108

Anmeldung: fortbildung@lzk-sachsen.de • Fax 0351 8066-106

