

# Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN **SACHSEN**

ANZEIGE

Regelmäßige  
lokale Doxy-  
cyclin unterstützt  
parodontale  
Nachsorge  
konstant (Teil 3)

Informationen zum  
Gutachterwesen der  
KZV Sachsen

Chirurgiereihe  
neu aufgelegt

Heraeus

Bestellen über Dentalhandel!

Verschreibung auf Privatrezept!

Ligosan® Slow Release  
Wirkstoff: Doxycyclin in  
Hydrogel-Matrix

Lesen Sie mehr auf S. 33

02  
12 

Ligosan®  
SLOW RELEASE 





**Dr. Mathias Wunsch**

**Präsident der Landes Zahnärztekammer  
Sachsen**

## 2012 – ein Jahr der Herausforderung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
der aufregende Start in das Jahr 2012 ist schon wieder Geschichte. Die Wirren der ersten Tage im Rahmen der papierlosen Abrechnung im GKV-Bereich sind überstanden und die Hotline-Nummern zu Ihren Softwarefirmen können wieder in die zweite Reihe geschoben werden. Auch die viel diskutierte und gescholtene GOZ hat Einzug in unsere Praxen gehalten und wir haben festgestellt, mit dieser GOZ kann man arbeiten. Dies erfordert natürlich von uns die Initiative einer offensiven Nutzung aller sich bietenden Möglichkeiten. Unser freiberuflich unternehmerisches Denken und Handeln wird mehr denn je benötigt.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die für eine schnelle Verbreitung der GOZ-Neuerungen gesorgt haben. Angefangen beim GOZ-Ausschuss mit seinem Vorsitzenden bis zum Referententeam – von Kollegen für Kollegen – die es geschafft haben, in kurzer Zeit die überwiegende Mehrheit der Kollegen zu informieren. Aber dies wäre alles nicht möglich gewesen ohne eine tatkräftige Unterstützung aus unserer Verwaltung. DANKE!

Das Jahr 2012 wird für uns noch genügend weitere Herausforderungen bereithalten. In einer ersten Fassung liegt uns das Patientenrechtgesetz vor. Die von einigen Parteien geforderte Beweislastumkehr scheint vom Tisch. Dennoch bedarf es noch einiger Aktivitäten, damit aus diesem Gesetz kein Bürokratiemonster entsteht. Eine Zielstellung dabei ist, dass wir die in unserem Kammerbereich bereits gelebte Unabhängigkeit von staatlichen Stellen bei der Patientenberatung erhalten.

Bewegung ist auch wieder in die Gestaltung einer neuen Approbationsordnung für unseren Berufsstand gekommen. Die neue AO-Z hat sich an europäische Vorgaben zu halten. Dazu müssen die Inhalte des Studiums neu definiert werden. Dies geschieht über einen „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin“ kurz NKLZ. Eine Reihe von Zahnärzten aus den Hochschulen in Sachsen ist eingebunden, an der Weichenstellung für die Ausbildung unseres beruflichen Nachwuchses mitzuarbeiten. Aus Gesprächen mit unseren Hochschullehrern wissen wir, dass es immer schwieriger wird, Patienten für die studentische Ausbildung zu generieren. Universitäten und Zahnärztekammer müssen hier neue Möglichkeiten finden. Ein Ausweg könnte die Einführung akademischer Lehrpraxen sein, in denen praktische Teile der Ausbildung vermittelt werden. Die guten Erfahrungen, die mit den Hospitationen der Studenten in Zahnarztpraxen in Dresden und Leipzig gesammelt wurden, sind dafür nutzbar.

Die Zeit bleibt spannend. Ich wünsche Ihnen Freude und Kraft bei der Alltagsarbeit.

Mit kollegialen Grüßen  
Ihr Dr. Mathias Wunsch

## Inhalt

### Leitartikel

2012 – ein Jahr der Herausforderungen **3**

### Aktuell

Klausurtagung LZKS-Rechtsausschuss **5**

Ein erstes Feedback zur GAZ 2012 **5**

Gut vorbereitet fürs Gutachten – Informationen des Referenten für Gutachterwesen der KZVS (Teil 1) **6**

Der Disziplinarausschuss der KZV Sachsen **8**

Neujahrsempfang der Zahnärzteschaft **9**

FVDZ-Bezirksgruppe Chemnitz tagt in Oberwiesenthal **9**

Wie Patienten den Berufsstand sehen – IDZ-Studie zu Image, Zufriedenheit und Vertrauen **10**

Zur Emeritierung von Prof. Dr. Dr. Eckelt **12**

Zahnärztliche Chirurgie zum Anfassen – Curriculum überarbeitet **12**

Praxisausschreibung **14**

### Fortbildung

84. Jahrestagung der DGKFO **26**

Regelmäßige lokale Doxycyclin unterstützt parodontale Nachsorge konstant (Teil 3) **27**

Zähne röntgen zeigt Risiko für Knochenbrüche **32**

### Termine

ZMV-Tag, ZMP-Tag **14**

Sommernachtsball der Ärzte und ihrer Gäste **14**

Zahnärzte-Stammtische **15**

Kurse im März 2012 **16**

### Soziale Projekte

Projekt „Zahnfee“ bittet um Mithilfe **18**

Zur Arbeit nach Mongonmorit **19**

Nachrichten aus Malekhu und Bitte um Mithilfe **19**

### Bücherecke

Web-Sites in „Looser“ Folge vorgestellt **20**

### Praxisführung

Die Laborrechnung im Gebührentarif Zahnersatz, Teil 1 **21**

GOZ-Telegramm **23**

GOZ-Kostenvoranschlag Zahntechnik – § 9 **24**

### Recht

Online-Werbung „Vollkaskoimplantat“ irreführend **25**

Bundeskinderschutzgesetz tritt in Kraft **25**

### Personalien

Nachrufe **23, 24**

Geburtstage **35**

Redaktionsschluss für die Ausgabe April 2012  
ist der 14. März 2012

#### Impressum

### Zahnärzteblatt SACHSEN

#### Herausgeber

Informationszentrum Zahngesundheit Sachsen

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

#### Schriftleitung

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

#### Redaktion

Gundula Feucker, 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

5.157 Druckauflage, IV. 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

## Klausurtagung LZKS-Rechtsausschuss

Die gute Tradition fortsetzend, fand auch Anfang dieses Jahres (6./7. Januar) die Klausurtagung des Rechtsausschusses der Landeszahnärztekammer Sachsen statt. An zwei Tagen wurden verschiedene Themen bearbeitet. Dazu waren Gastreferenten eingeladen.

Teamtrainerin Petra Erdmann hielt einen Vortrag über Grundprinzipien der Kommunikation im Rahmen von Güteverhandlungen – eine der Hauptaufgaben des Rechtsausschusses.

In der anschließenden Diskussion wurde schnell klar, wie wichtig immer wieder die Beachtung und Rückbesinnung auf einfache Gesetzmäßigkeiten der zwischenmenschlichen Kommunikation sind. Dazu gehören emotionales Zuhören (Spiegeln), die Art der Fragen (geschlossen/offen), das Wahrnehmen der Patientenbedürfnisse sowie das Erkennen von Wahrnehmungs- und Beurteilungskonflikten. Arzt und Patient agieren von jeweils sehr unterschiedlichen Ebenen aus.

Informationsverluste sind dabei die Normalität.

Nach Klärung der Sachlage gilt es, den Zielkonflikt durch wertungsfreie Gesprächsführung zu entschlüsseln. Meditation in diesem Sinne erweist sich hier oft erfolgreicher zur Konfliktlösung als der Gang zum Zivilrichter.

Nach routinemäßiger Beratung des Rechtsausschusses zum Arbeitsumfang des Jahres 2012 wurde mit Ass. Jur. Sven Tschoepe von der Bundeszahnärztekammer das Hochaktuelle des zu erwartenden Patientenrechtegesetzes diskutiert.

In seinem Vortrag machte er klar, aus welchem politischen Hintergrund heraus dieses Gesetz implementiert werden soll. Grundlage ist die Koalitionsvereinbarung von 2009. Hier wurde beschlossen, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Dieses soll mehr Transparenz bringen und „Vollzugsdefizite“ (z. B. zu langes Warten auf

Facharzttermine, Genehmigung von Kuren etc.) abbauen.

Zugesichert wurde den Ärzten, dass es keine Verschärfung der Beweislast geben wird.

Der zahnärztliche Berufsstand muss sich diesem Thema in Zukunft noch intensiver zuwenden und die schon bestehenden Ebenen weiter ausbauen und vernetzen:

Patientenberatungsstellen, Zweitmeinungsmodell, Gutachterwesen, Schlichtungsstellen. Eine Arbeitsgruppe von BZÄK und KZBV wird modellhafte Rahmenbedingungen dafür schaffen und die Grundlage einer bundesweiten, effektiven statistischen Datensammlung erarbeiten.

Die eineinhalb Tage waren sehr intensiv ausgefüllt. Es war eine gut investierte Zeit für die künftige standespolitische Arbeit des Rechtsausschusses.

*Dr. Stephan Albani*

## Ein erstes Feedback zur GOZ 2012

Die neue Gebührenordnung ist zum 1.1.2012 in Kraft getreten. Viele Fragen zur Umsetzung des neuen Regelwerkes stehen im Raum. Nach 24 Jahren GOZ-Stillstand war eine Novellierung lange überfällig. Der „große Wurf“ ist sie allerdings nicht geworden. Die Sichtweise auf „die Neue“ ist unterschiedlich. Ist das Glas nun halb leer oder halb voll? Wenn es gelingt, die Gebührenordnung praxisnah umzusetzen, sollte Letzteres zutreffen. Die Rahmenbedingungen zur Honorarfindung sind jedoch deutlich schwieriger und aufwendiger geworden und erfordern detaillierte Sachkenntnisse im jetzt gültigen Gebührenrecht, um betriebswirtschaftlich angemessene Honorare zu erzielen.

Das haben viele Zahnarztpraxen erkannt. Sie nutzen intensiv die vorhandenen Informationsangebote der Körperschaften. So besuchten über 2.000 Teilnehmer die Veranstaltungen der Dresdner Abende,

an denen Herr Dr. Görlach einen ersten Einblick in die neuen Regelungen gab. Seit Januar 2012 zeigt das Referententeam der LZKS in Informationsveranstaltungen Wege für die Praxis zur Umsetzung der GOZ 2012 auf. Derzeit 2.000 Anmeldungen bei geplanten 21 Veranstaltungen sprechen für sich. Das Feedback aus den ersten Veranstaltungen zeigt deutlich, wie wichtig für die Praxis die Kenntnis des eigenen individuellen Praxisstundensatzes ist. Auf dieser Grundlage wird es möglich, eine angemessene Leistungskalkulation zu realisieren und bei der Bemessung der Gebühren zu berücksichtigen. Oft wird gefragt, ob die Mehrkostenregelung bei der Anwendung Schmelz-Dentin-Adhäsiver Füllungen auch weiterhin Bestand hat. Diese Frage kann klar mit „Ja“ beantwortet werden. Es wird lediglich die bisherige Analog-Berechnung durch die neuen GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 ersetzt.

Eine weitere oft gestellte Frage betrifft die professionelle Zahnreinigung und die hier in der Vergangenheit erfolgte Berechnung eines Pauschalhonorars. Diese Verfahrensweise wird nun durch die GOZ-Nr. 1040 abgelöst, welche je nach Behandlungsfall z. B. durch die GOZ-Nrn. 1000, 1010 oder auch 4060 ergänzt werden kann.

Der Praxisalltag wird immer neue Fragen zur Umsetzung der GOZ mit sich bringen. Sehen Sie diese als Chance, „Altes“ zu hinterfragen, neue Wege zu erkennen und Veränderungen progressiv zu nutzen. Der GOZ-Ausschuss, die Arbeitsgruppe GOZ-Neu, das Referententeam der LZKS und die Mitarbeiterinnen der GOZ-Hotline werden Sie auf diesem Weg aktiv unterstützen und Sie durch weitere Informationen sowie den Ausbau des GOZ-Infosystems online in den nächsten Wochen begleiten.

# Gut vorbereitet fürs Gutachten – Informationen des Referenten für Gutachterwesen der KZVS, Teil 1

Im Zahnersatzbereich werden seit dem Jahr 2005, dem Zeitpunkt der Einführung der Festzuschüsse, von den Krankenkassen jährlich ca. 8.000 Gutachten in Auftrag gegeben. Dies sind bei ca. 90 Zahnersatz-Gutachtern in Sachsen im Durchschnitt etwa 90 Gutachten im Jahr, wobei die Anzahl der Gutachten von unter 50 bis über 300 pro Gutachter variiert.

Um in jedem Fall objektiv, fachlich und sachlich richtig beurteilen zu können, ist neben dem hohen fachlichen Wissen und der exakten Kenntnis der vertraglichen Grundlagen unserer Gutachter eine gute und aussagekräftige Zuarbeit der behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte in Form von anamnestischen Angaben, Erläuterungen zur geplanten Therapie und deren Vorbehandlung sowie Röntgenbilder und Modelle erforderlich.

Folgende **vertragliche Grundlagen** sind für jeden Gutachter verbindlich:

- Gutachtervereinbarung
- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte
- Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte
- Allgemeine Behandlungsrichtlinie (vom 18.06.2006)
- Zahnersatz-Richtlinie (vom 01.01.2008)
- Festzuschuss-Richtlinie (vom 01.01.2007)

Da in vielen begutachteten Behandlungsplanungen von der Regelversorgung abgewichen wird, sind die Gutachter verpflichtet, auch bei andersartigen Versorgungen eine Aussage zu treffen, ob die geplante Versorgung dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entspricht. Hier muss in Einzelfällen auf wissenschaftliche Stellungnahmen bzw. zahnmedizinische Lehrmeinungen zurückgegriffen werden, da eine fachliche Beurteilung allein auf der Grundlage der vertraglich fixierten Richtlinien nicht möglich ist. Außerdem gibt es klinische Befundsituationen, Einzel- und Sonderfälle (z. B. Patienten mit körperlichen und psychischen Einschränkungen), die nicht in vertragliche Richtlinien passen bzw. wo diese objektiv nicht umsetzbar sind.

## Begutachungskriterien für Schwerpunkte

Im Gutachterwesen der KZV Sachsen wurden in den letzten drei Jahren Begutachungskriterien im Rahmen der vertraglichen Grundlagen festgelegt, um möglichst eine einheitliche Aussage bei allen Gutachtern zu erreichen.

Damit Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, gezielter Informationen dem Gutachter übermitteln und die Entscheidung der Gutachter besser nachvollziehen können, möchten wir Ihnen für folgende Schwerpunkte die Begutachungskriterien darstellen:

1. Gesamtplanung, Gesamtversorgung
2. Neuversorgung bei insuffizientem Zahnersatz
3. Endodontischer Themenkreis
  - Wurzelkanalfüllung
  - Aufbau endodontisch behandelter Zähne
  - Wurzelspitzenresektion

### 1. Gesamtplanung, Gesamtversorgung

Bei der Erstellung der Heil- und Kostenpläne, aber auch bei der Begutachtung werfen immer wieder die Begriffe **Gesamtplanung, Gesamtversorgung und Versorgungsnotwendigkeit** Probleme auf und führen zu unterschiedlichen Bewertungen.

Die vertraglichen Grundlagen sind geregelt in der Zahnersatz-Richtlinie C.10:

„... Die Versorgung hat die Wiederherstellung der Kaufunktion im Sinne einer Gesamtplanung zum Ziel.“

und der Festzuschuss-Richtlinie A.2.:

„In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch

sinnvollen Therapieschritten erfolgen.“

### 1 a) Versorgung in Therapieschritten

Seit der Einführung der Festzuschüsse kommt der Gesamtplanung eine größere Bedeutung zu, da durch die einzelnen Therapieschritte keine höheren bzw. anderen Festzuschüsse ausgelöst werden dürfen. In der Festzuschuss-Richtlinie A.2. ist dazu ausgeführt:

„Die Festzuschüsse werden auf der Basis des Gesamtbefundes ermittelt und in diesen Fällen entsprechend dem durchgeführten Therapieschritt gewährt, ohne zu insgesamt höheren Festzuschüssen zu führen, als sie bei einer Behandlung gemäß des Gesamtbefundes entstanden wären.“

Als begründete Ausnahmefälle gibt es drei Gruppen:

1. medizinisch begründete Ausnahme: Patient ist für eine komplexe umfangreiche Therapie allgemeinmedizinisch nicht in der Lage
2. finanzielle Situation des Patienten
3. beschränkte zeitliche Ressourcen: z. B. Montagearbeiter, Auslandsaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, Kuren, etc.

Aus zahnmedizinischer Sicht ist zu beachten, dass bei der Versorgung in Teilschritten die Gesamtversorgung nicht beeinträchtigt werden darf. Dies ist ganz besonders wichtig, wenn eine Korrektur in der Okklusionsebene erforderlich wird.

Im begründeten Ausnahmefall die Begründung bitte **immer** auf dem HKP vermerken, so dass für die Krankenkasse und den Gutachter eine Nachvollziehbarkeit besteht. Bitte denken Sie daran, dass Einzelfallentscheidungen nur möglich sind, wenn Sie auf dem HKP nachvollziehbar vermerken, warum von der geforderten Gesamtplanung abgewichen werden muss.

**1 b) Versorgungsnotwendigkeit**

Immer wieder kommt die Frage auf, wie viel Versorgungsnotwendigkeit besteht überhaupt? Muss jede Lücke geschlossen werden? Ist jede Freundsituation versorgungsbedürftig? Wie viele okkludierende Zahnpaare sind notwendig? – Alles Fragen, die nicht mit „Ja“ oder „Nein“ bzw. „Schwarz“ oder „Weiß“ beantwortet werden können.

In den Festzuschuss-Richtlinien wird von der Wiederherstellung einer „**ausreichenden Funktion des Kauorgans**“ gesprochen. Was ist aber eine ausreichende Funktion des Kauorgans? Eine allgemein verbindliche wissenschaftliche Definition gibt es nicht.

Ich möchte stichpunktartig ein paar Gedanken zusammentragen:

- Die individuellen Anforderungen und Erwartungen der Patienten sind sehr unterschiedlich.
- Eine exakte Prognose von möglichen Kippungen und Elongationen ist nicht möglich.
- Die Neigung zu Zahnstellungsänderungen ist altersabhängig; bei jüngeren Patienten deutlich höher als bei älteren Patienten.
- Wissenschaftlich sind keine vermehrten Funktionsstörungen oder Kiefergelenkerkrankungen in den Fällen einer unversorgten reduzierten Seitenzahnabstützung festgestellt worden.

- Eine obligatorische Notwendigkeit der Versorgung einer Freundsituation bei älteren Patienten (50+) kann nicht gefordert werden.
- Auch eine durch die Freundsituation funktionslose Antagonistenbeziehung darf nicht zwangsweise zur Versorgungsnotwendigkeit des Gegenkiefers führen.

In den Behandlungsrichtlinien A.4. heißt es:

„Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung **bestimmt der Zahnarzt** nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des **Selbstbestimmungsrechts des Patienten** Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen.“

Die Entscheidung, welche Versorgungsnotwendigkeit im individuellen Patientenfall für eine ausreichende Funktion des Kauorgans erforderlich wird, muss der behandelnde Zahnarzt in Beratung und Aufklärung mit seinem Patienten treffen. Diese prothetische Therapieentscheidung sollte frei von Dogmen und unter Anwendung moderner Kriterien getroffen werden.

Eine sehr interessante Zusammenstellung über „Dogmen bei der prothetischen Therapieentscheidung und Planung“ wurde von Prof. Dr. Walter und Prof. Dr. Böning in Quintessenz 55, 10, 1099-1199 (2004)

publiziert. Unter anderem werden im Bereich der Indikation und des Nutzens von Zahnersatz drei Dogmen genannt, die immer noch mehr oder weniger vertreten werden:

- Seitenzahnücken sollten stets geschlossen werden, um Folgeschäden zu verhindern.
- Antagonistenlose Molaren sind abzustützen, um Elongation zu verhindern.
- Bei Freundsituation mit vollständigem Molarenverlust sollte Zahnersatz, ggf. auch abnehmbarer, eingegliedert werden.

Das vorhandene Wissen zu diesen Dogmen bewegt sich auf der untersten Evidenzstufe und es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, der diese Aussagen beweist.

In der modernen Prothetik sind diese Dogmen nicht haltbar und dürfen nicht zur Grundlage für eine prothetische Planung werden.

Für den Begutachtungsfall sollte der behandelnde Zahnarzt dem Gutachter unbedingt eine nachvollziehbare Dokumentation der Aufklärung und Beratung über die Gründe für die getroffene prothetische Therapiewahl mitteilen.

*Dr. med. habil. Volker Ulrici*

(Fortsetzung folgt)

Anzeigen

**Entsorgung – Verwertung**

- Entwickler/Fixierer
- medizinische Abfälle
- Amalgam-Abscheider
- Rotoren usw.

Wir garantieren fachlich kompetente Aufarbeitung.

**Redenta** Praxisentsorgung mit System.

Sprechen Sie mit uns: **RESENTA Meißen**  
 Andreas Staudte  
 Hafenstraße 32 · 01662 Meißen  
**Telefon (0 35 21) 73 79 69**  
**Fax (0 35 21) 7 19 07 16**  
 e-mail: Redenta-Meissen@t-online.de  
 Internet: www.Redenta.de

**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

## Der Disziplinarausschuss der KZV Sachsen



**Im Disziplinarausschuss aktiv: Dipl.-Stom. Jörg Graupner, Dipl.-Stom. Silvia Bruckert, Ass. jur. Birgit Straub (Juristin), Dipl.-Stom. Matthias Wickert und Dr. med. Lutz Schmutzler (v.l.n.r.)**

Die vertragszahnärztliche Versorgung ist durch Gesetze des SGB V und deren Umsetzung in Form von Richtlinien und Verträgen (vereinbart zwischen den Selbstverwaltungsorganen) geregelt. Jede Vertragszahnärztin und jeder Vertragszahnarzt hat sich bei der Erbringung seiner vertragszahnärztlichen Leistungen und deren Abrechnung an die sich daraus ergebenden Pflichten zu halten. Verstöße gegen diese Regelungen sind zu ahnden.

Die Einrichtung eines Disziplinarausschusses ist Folge des Gesetzestextes.

Der Disziplinarausschuss besteht aus fünf Mitgliedern: vier von der Vertreterversammlung gewählten Zahnärzten/innen und einem Juristen mit der Befähigung zum Richteramt. Nur dieser kann das Amt des Vorsitzenden des Ausschusses ausführen. In unserem KZV-Bereich wurde dafür wieder Ass. jur. Birgit Straub gewonnen.

Die Mitglieder des Disziplinarausschusses in der bestehenden sechsjährigen Amtsperiode sind Dipl.-Stom. Silvia Bruckert, Dipl.-Stom. Jörg Graupner,

Dipl.-Stom. Matthias Wickert und Dr. Lutz Schmutzler.

Die Arbeit des Disziplinarausschusses wird durch den Vorstand der KZVS aktiviert, nachdem das Justizariat Auffälligkeiten eines KZV-Mitgliedes untersucht und sich ein Verdacht eines Verstoßes gegen die vertragszahnärztlichen Pflichten manifestiert hat.

Der Vorstand der KZVS stellt einen Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen den betreffenden Kollegen/die betreffende Kollegin und die erforderlichen Beweismittel der Ausschussvorsitzenden zur Verfügung. In einer Beratung mit den Ausschussmitgliedern wird die Schwere des Vergehens beurteilt und dem Antrag stattgegeben oder der Antrag wird abgelehnt.

Wird dem Antrag stattgegeben, kommt es zu einer mündlichen Verhandlung. Der beschuldigte Kollege/in ist berechtigt, einen selbst gewählten professionellen Rechtsbeistand einzubeziehen. Aufgrund der Ergebnisse der durchgeführten mündlichen Verhandlung entscheidet der Disziplinarausschuss in freier Würdi-

gung des vorgetragenen Sachverhaltes und der erhobenen Beweise. Die Beratung und Abstimmung zur Festlegung der Disziplinarmaßnahme erfolgt in geheimer Sitzung. Die Entscheidung wird dem betroffenen Zahnarzt danach, also noch während des Verhandlungstermines, mündlich mitgeteilt. Eine schriftliche Ausfertigung des Beschlusses und der Begründung gehen dem Kollegen zu. Der Betroffene kann gegen den Beschluss Rechtsmittel in Form einer Klage vor dem Sozialgericht einlegen.

Die Mitglieder des Disziplinarausschusses sehen es vor allem als Erfolg ihrer Arbeit, wenn die vorgeladenen Kolleginnen/en nicht wegen erneuter Pflichtverletzungen wieder vor den Ausschuss geladen werden müssen. Deshalb wird die Verhandlung von den Ausschussmitgliedern auch genutzt, um in einem kollegialen Gespräch die Ursachen für eine falsche Abrechnung bzw. für die Verfehlung zu analysieren und zu deren Abstellung beizutragen.

Eine durchgeführte Disziplinarmaßnahme ist kein Kavaliersdelikt, sondern wird grundsätzlich aktenkundig.

*Dr. med. Lutz Schmutzler*

### Zitat des Monats

**Um sicher Recht zu tun, braucht man sehr wenig vom Recht zu wissen. Allein um sicher Unrecht zu tun, muss man die Rechte studiert haben ...**

*Georg Lichtenberg  
eig. Georg Christoph Lichtenberg  
dt. Physiker und  
„Meister des Aphorismus“,  
1742–1799*

## Neujahrsempfang der Zahnärzteschaft

Am 24. Januar 2012 fand in den Räumen der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin der traditionelle Neujahrsempfang von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) statt. Etwa 460 Gäste aus (Gesundheits-)Politik, Medien und dem zahnärztlichen Berufsstand nutzten die Plattform zum gegenseitigen Meinungsaustausch. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel warnte eindringlich vor einer stärkeren Ökonomisierung und Budgetierung des Heilberufes sowie dem Eingriff in das solide Zahnarzt-Patienten-Verhältnis. Er verwies zudem auf nötige politische Weichenstellungen, die die (zahn-)medizinische Versorgung in Deutschland im Hinblick auf den demografischen Wandel zukunftsfester machen. Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, MdB, informierte, das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf werde demnächst im Ministerium besprochen – und für die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung solle es weitere unterstützende Maßnahmen in 2012 geben.

In seinem Schlusswort fasste Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, zusammen, das Reformkonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem



**Der Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV wurde auch für erste Arbeitsgespräche genutzt: Henning Neukötter, Geschäftsführer der LZK Thüringen, Dr. Andreas Wagner, Präsident der LZK Thüringen sowie Dr. Thomas Breyer, Vizepräsident der LZK Sachsen und Dr. Mathias Wunsch, Präsident der LZK Sachsen (v.l.n.r.)**

Alter“ (AuB-Konzept) von BZÄK und KZBV sei ein Konzept für Patienten. Hier sei die Politik gefordert, noch wesentlich stärker im Sinne der unmittelbar Betroffenen zu agieren.

Während des Neujahrsempfangs trafen sich der Präsident der LZKS Dr. Mathias

Wunsch sowie Vizepräsident Dr. Thomas Breyer mit dem Präsidenten der Thüringer Zahnärzte, Dr. Andreas Wagner, und Kammergeschäftsführer Henning Neukötter, um die im Februar stattfindende gemeinsame Beratung der Präsidien von Sachsen und Thüringen vorzubereiten.

## FVDZ-Bezirksgruppe Chemnitz tagte in Oberwiesenthal

Am 27. Januar 2012 trafen sich die Mitglieder des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte der Bezirksgruppe Chemnitz zu ihrer diesjährigen Mitgliederversammlung. Unser Bezirksvorsitzender Dr. Detlef Beyer hielt nach der Begrüßung eine Rückschau auf die Aktivitäten des Freien Verbandes im vergangenen Jahr.

In einem Resümee zur Hauptversammlung 2011 in Karlsruhe ging er nochmals auf das von Sundmacher vorgestellte Prämienmodell ein.

Mit seiner Forderung nach dem „Prämi-

enmodell Zahnheilkunde“ will der Freie Verband die zahnmedizinische Versorgung in ein nachhaltig finanzierbares Modell überführen. Dies soll durch Herauslösen klar abgegrenzter Bereiche aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Finanzierung durch Prämien geschehen. Heiße Diskussionen gab es zu der in weiten Teilen unbefriedigenden GOZ.

Die Erläuterungen des Landesvorsitzenden Dr. Uwe Tischendorf über die neue GOZ und das Versorgungsstrukturgesetz

konnten einige Fragen beantworten. Offen blieb jedoch, wie die PKV die neue GOZ handhaben wird.

Alles in allem muss festgestellt werden, dass die von den FDP-Ministern Philipp Rösler und Daniel Bahr zu verantwortende zahnärztliche Gebührenordnung Regelungen enthält, die eine Zumutung für die deutsche Zahnärzteschaft sind, und dies nicht nur wegen des seit 23 Jahren konstanten GOZ-Punktwertes.

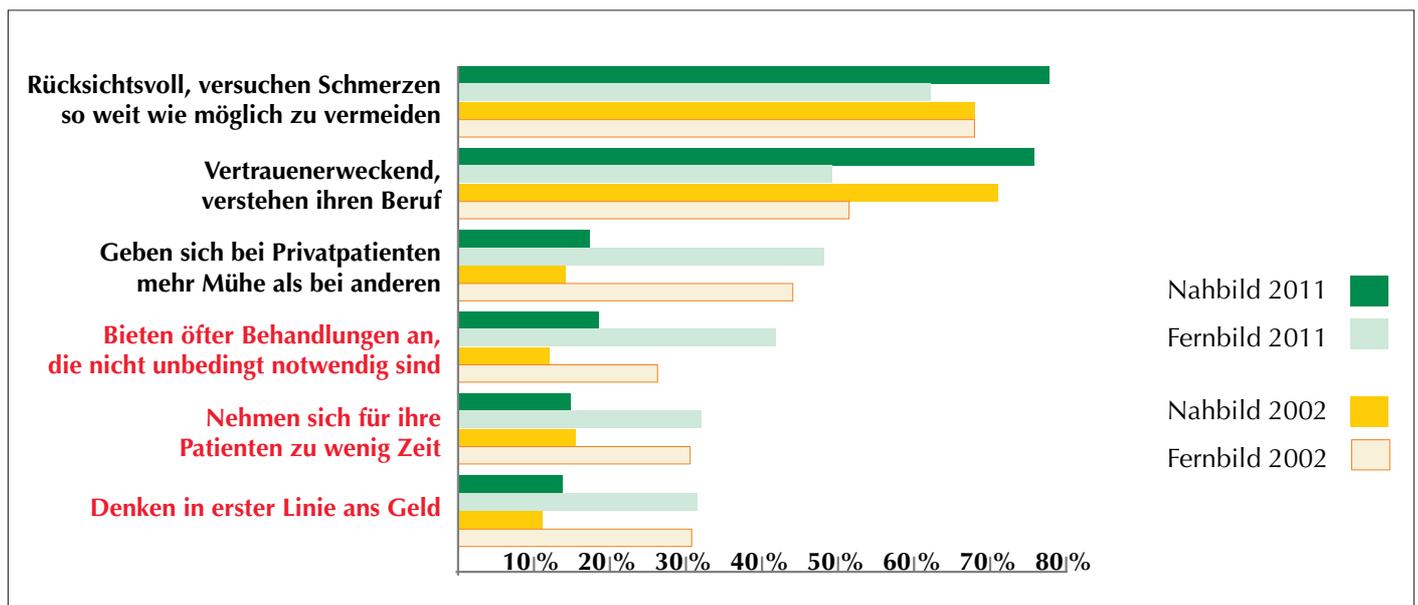
*Dr. Martina Schiller*

## Wie Patienten den Berufsstand sehen – IDZ-Studie zu Image, Zufriedenheit und Vertrauen

Die Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland hat in den letzten 15 bis 20 Jahren beträchtliche Fortschritte gemacht (vgl. IDZ, 2006; RKI, 2009) und insbesondere hat sich Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich der Karieslast bei den Kindern und Jugendlichen auf einen vorderen Platz im WHO-Ranking vorgearbeitet. Zweifellos hat diese positive Mundgesundheitsentwicklung sozusagen „viele Väter“: Säkulare Gesundheitstrends, ein verbessertes Mundgesundheitsverhalten in der Bevölkerung, präventive Leistungsangebote im zahnärztlichen Versorgungssystem, effiziente Neuentwicklungen bei den

Mundpflegeprodukten, die Etablierung minimalinvasiver Behandlungsstrategien in den Zahnarztpraxen, das große Netzwerk gruppenprophylaktischer Aktivitäten in Kindergärten und Schulen u.a.m. dürften als Ursachenbündel insgesamt an dieser erfreulichen oralepidemiologischen Entwicklung in Deutschland beteiligt sein. Vor diesem Hintergrund erlangen auch sozialpsychologische Einstellungsuntersuchungen der Bevölkerung zum institutionalisierten System der zahnärztlichen Versorgungsangebote eine wichtige Bedeutung. Gerade Vorstellungsbilder zur Zahnärzteschaft als Berufsgruppe (Fernbild) und zum eigenen Zahnarzt (Nah-

bild) in der Bevölkerung markieren einen kognitiven Verdichtungsraum, in dem sich Erfahrungen, Hoffnungen und Befürchtungen zur „Zahnbehandlung“ vermischen und das mundgesundheitsbezogene Verhalten strukturieren. Das Image einer Person, einer Personengruppe oder auch eines Vorganges, sei es im Nahbild oder im Fernbild, kann als relevante Einflussgröße auf das Akzeptanz- und Nutzungsgeschehen (hier also: die zahnärztliche Versorgung) aufgefasst werden. In einer Betrachtung dieser Datenbefunde zum Verhältnis von Nahbild und Fernbild der Bevölkerung zur zahnärztlichen Berufsgruppe scheint es, dass das Stereotyp



Die Werte zur pauschalen Beurteilung des Berufsstandes (Fernbild) haben sich zwischen 2002 und 2011 nicht signifikant verändert. Fallen nun einige Differenzwerte, die sich zwischen Nah- und Fernbild ergeben, deutlich höher aus als 2002, dann bedeutet das, die Patienten sehen „ihren“ Zahnarzt, dessen Tätigkeit und Verhalten (Nahbild) sehr häufig viel positiver als das Bild in der Öffentlichkeit gezeichnet wird. So erleben die Patienten zum Beispiel nicht, dass sich der Zahnarzt mit Privatpatienten mehr Mühe gibt. Ihr Zahnarzt zieht auch nicht vorschnell Zähne und es muss auch kaum ein Patient bei seinem Hauszahnarzt so lange Wartezeiten erleben, wie allgemein behauptet wird (Fernbild).

Auch die Praxisorganisation, Ausstattung und die Behandlungsmethoden werden beim Hausarzt deutlich positiver bewertet als im allgemeinen Bild über den Berufsstand.

Gewachsene Differenzen zwischen 2002 und 2011 sind nicht immer ein positives „Plus“ – die Patienten bemerkten 2011 häufiger als 2002, dass der Hauszahnarzt öfter Behandlungen anbietet, die nicht unbedingt notwendig sind. Dass der Zahnarzt in erster Linie ans Geld denkt, glaubt nahezu unverändert jeder 8. bzw. 9. Patient. Das tut jedoch dem Vertrauensverhältnis keinen Abbruch, die Werte für „Rücksichtsvoll, versuchen Schmerzen zu vermeiden“, „Sympathisch“, „Haben eine beruhigende Ausstrahlung“ und „Menschlich, gehen auf Patienten ein“ sind trotz gefallener Werte im Fremdbild dafür im Nahbild von 2002 zu 2011 umso stärker gestiegen – die Abbildung macht die entsprechenden Differenzsprünge deutlich.

über die Zahnärzte „insgesamt“ ein Konglomerat aus persönlichen Behandlungserfahrungen, aus Prägungen der öffentlichen und veröffentlichten Meinung über die zahnärztliche Berufsgruppe in den Massenmedien und aus Wahrnehmungen des beruflichen Handelns der Zahnärzteschaft im gesellschaftlich-politischen Raum sein dürfte.

Sowohl die Bewertungen zu den Zahnärzten als Berufsgruppe (Fernbild) als auch zum „eigenen“ Zahnarzt (Nahbild) sind mit hohen positiven Zuschreibungen verknüpft; dies gilt in seinen zahlenmäßigen Ausprägungen für Aspekte der Praxisorganisation, der fachlichen Kompetenz und der sozialen Kompetenz gleichermaßen.

Negative Zuschreibungen beziehen sich vor allem auf das Thema auf das Thema „verdient zu viel“ (im Fernbild) und „geben sich mehr Mühe bei Privatpatienten“ (im Nah- und Fernbild).

Alles in allem erscheint die Patientenzufriedenheit mit der zahnärztlichen Versorgung also außerordentlich hoch zu sein, hinsichtlich „Vertrauen“, „Behandlungsqualität“, und „Arztzufriedenheit“ werden in den eingesetzten ZAP-Globalitems Anteilswerte zwischen rund 87 % und 91 % erreicht.

Dieser Befund korrespondiert stark mit der allgemeinen Bewertung der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, die von gut vier Fünftel (83,7 %) der Befragten als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet wird.

## Zweit-Meinung und Internet-Recherche

Ein Fragenkomplex im Rahmen der vorliegenden Bevölkerungsumfrage betraf das Thema „Zweitmeinung“ im Zuge einer größeren (umfangreicheren) Zahnbehandlung und das Thema der Internetnutzung bei der Einholung von Informationen zu zahnmedizinischen Fachfragen. Grundsätzlich wird von gut einem Drittel der Befragten (38,8 %) die Einholung einer zweiten Meinung, bei einer anstehenden umfangreicheren zahnärztlichen Versorgung für wichtig erachtet; Nur rund jeder Zehnte gibt in diesem Zusammenhang „keine Meinung“ zu Protokoll, und rund die Hälfte der Bevölkerung

(48,8 %) hält dieses Vorgehen für „nicht unbedingt notwendig“. Bemerkenswert, dass Personen mit hoher Schulbildung den Gedanken einer Zweitmeinung sehr viel mehr Aufmerksamkeit schenken als Personen mit niedriger Schulbildung. Tatsächlich eine Zweitmeinung eingeholt haben bisher allerdings erst 14,5 % im Bevölkerungsquerschnitt.

Entsprechend des oben dargestellten Befundes zur generellen Bildungsabhängigkeit bei diesem Thema geben auch rund doppelt so viele Personen mit hoher Schulbildung (21,5 %) an, eine Zweitmeinung vor einer größeren Zahnbehandlung eingeholt zu haben als Personen mit niedrigerem Schulbildungsstatus (9,7 %). Auch das Thema der Internetrecherche bei zahnmedizinischen Fachfragen zeigt in der Allgemeinbevölkerung einen erheblichen sozialen Gradienten; Personen mit hoher Schulbildung haben diesbezüglich fast vier Mal so häufig schon einmal im Internet nach entsprechenden Informationen gesucht als Personen mit niedriger Schulbildung. Naheliegend, dass jüngere Personen (<49 Jahre) sehr viel häufiger eine Internetrecherche zu Rate ziehen als Personen der älteren Altersgruppen (≥50 Jahre); Dieser Zusammenhang bleibt statistisch auch erhalten, wenn der Schulbildungsstatus nach der Altersvariable rechnerisch kontrolliert wird. Insgesamt haben im Bevölkerungsquerschnitt 11 % schon einmal das Internet bei der elektronischen Antwortsuche auf zahnmedizinische Fachfragen eingesetzt.

## Zahnarztangst beeinflusst Versorgungsstrukturen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Zahnärzteschaft in der Bevölkerung sowohl im Fernbild als auch im Nahbild insgesamt über ein sehr positives Ansehen verfügt und auch die soziale Zahnarztbindung in allen Altersgruppen sehr hohe Werte erzielt. Andererseits lässt das Datenmaterial aber auch erkennen, dass das Thema der „Zahnarztangst“, hier also die emotionale Anspannung im Kontext zahnmedizinischer Behandlungsmaßnahmen unverändert in der Bevölkerung eine recht große Prävalenz aufweist. Immerhin gut jeder Zweite (59,9 %) der

befragten Bevölkerungsstichprobe gibt im Interview zu Protokoll, sich vor einen persönlichen Zahnarztbesuch „Sorgen zu machen“ bzw. „Angst“ zu haben. Die ermittelten Größenordnungen zur dentalen Angstprävalenz fügen sich in entsprechende Großstudien in den USA oder Australien ein und stellen somit angstepidemiologisch also keineswegs ein Unikat dar. Die Bedeutung dieses Befundes ergibt sich vielmehr aus der Tatsache, dass die dokumentierten Vorstellungsbilder deutlich durch die „dental anxiety“ modelliert zu werden scheinen. Das Thema „Angstabbau“ im Kontext der zahnärztlichen Versorgung bleibt somit zweifellos ein wichtiger Topos der zahnmedizinischen Versorgungsforschung.

## Selbsterforschung der Profession notwendig

Ein weiterer Punkt aus der vorliegenden Studie zum Image der Zahnärzte in der Bevölkerung betrifft die zahnärztliche Professionsforschung selbst. Vorstellungsbilder über eine Berufsgruppe unterliegen gesellschaftlichen Entwicklungen, die naturgemäß auch durch die Profession selbst mitgestaltet werden. Rollenverständnisse des zahnärztlichen Berufsstandes variieren im historischen Kontext und verarbeiten allgemeine Entwicklungen und Herausforderungen insbesondere im Gesundheitssystem (vgl. Micheelis, Bergmann-Krauss und Reich, 2010). Vor diesem Hintergrund wäre eine Nachzeichnung zur Entwicklung und zum Wandel des gesellschaftlichen „Zahnarztimages“ professionsgeschichtlich ein lohnendes Unterfangen, um das Thema der Imagebildung in einen größeren Analyse Rahmen stellen zu können.

Wolfgang Micheelis/IDZ;  
Werner Süßlin/IfD Allensbach,  
gekürzt aus: IDZ-Information 1/2012

Die präsentierten Daten und Analysen des vorliegenden IDZ-Forschungsprojektes basieren auf rund 1.800 persönlichen Interviews im Rahmen einer für Deutschland repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (Anm. d. Red.: für die Werte 2011)

## Zur Emeritierung von Prof. Dr. Dr. Uwe Eckelt



### **Prof. Dr. Dr. Uwe Eckelt während seiner Abschlussvorlesung**

Bereits im Herbst 2011 hatte Prof. Dr. Dr. Uwe Eckelt, den Dekan der Medizinischen Fakultät, den Vorstand des Universitätsklinikums, Mitarbeiter, Kollegen, Studenten und Freunde in den Dekanats Hörsaal zu seiner Abschlussvorlesung als Ordinarius für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Klinikdirektor am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden eingeladen. Unter dem Thema „**Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – Woher – Wohin**“ hat er eine nicht mehr alltägliche akademische Tradition aufgegriffen. Sein empathischer Vortrag begann mit der nicht ganz ernst zu nehmenden Erkenntnis, dass man vieles erst begreift, wenn die Amtszeit abgelaufen

ist. Kurzweilig führten die Ausführungen von den Wurzeln unseres relativ jungen Fachgebietes über die prägende Kriegschirurgie bis in die heutige, sehr vielfältige klinische Praxis. Im Vortragsteil über die Zukunft des Faches konnten wir erfahren, dass viele Vorhaben in der eigenen Klinik schon auf einem soliden Weg gebracht sind. Mit uns gut bekanntem Humor und keineswegs in echter Resignation zitierte er abschließend einen bekannten Fachkollegen mit dem folgenden Satz: „Einen Emeritus zeichnet aus, dass er viel weiß, aber keiner will es wissen“.

Die anschließenden Worte von Wegbegleitern offenbarten den Blick auf einen allseits geschätzten Lehrer, Kollegen, Freund und erfolgreichen Klinikdirektor. Bereits vor 49 Jahren hatte Prof. Eckelt seine Tätigkeit als sogenannter Vorpraktikant an der damaligen Medizinischen Akademie in Dresden aufgenommen. Nach dem Studium der Zahnmedizin konnte er 1968 an gleicher Stelle, nun aber als Zahnarzt tätig werden. Unmittelbar im Anschluss an das Studium wurde er zum Dr. med. dent. promoviert. Auf dem schon damals langem Weg zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erlangte er 1976 die ärztliche Approbation und im folgenden Jahr die Facharztanerkennung. Mit 36 Jahren wurde er Oberarzt und habilitierte sich 1985 mit einer Arbeit zur operativen Ver-

sorgung von Kiefergelenkfortsatzfrakturen. 1994 folgte der Ruf auf den Lehrstuhl für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Dresden. In den folgenden Jahren konnte Prof. Eckelt mit seinen Mitarbeitern die Dresdner Klinik zu einer national und international renommierten Fachabteilung entwickeln. Im Mittelpunkt seiner vielfältigen Forschungsaktivitäten stand die Traumatologie des Kiefergelenks. Auf dem Gebiet der operativen Frakturversorgung konnte er weltweit nachhaltige Akzente setzen.

Motiviert durch die eigene Erfahrung ist er gemeinsam mit Mitarbeitern immer wieder in die Länder des Balkans und in andere Regionen aufgebrochen, um dort eine moderne Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit zu entwickeln.

Prof. Eckelt übergibt ein gut bestelltes Haus mit einem leistungsfähigen Kollektiv, eine modern ausgestattete und immer voll belegte Klinik mit einem ausgeglichenen Haushalt. Es ist eine Herausforderung, diese Entwicklung mit Kontinuität, wirtschaftlichem Erfolg und gleichzeitig neuen Akzenten fortzusetzen.

Wir danken Prof. Eckelt für die gemeinsamen Jahre, für die Ideen und Visionen und die immer klar und deutlich artikulierte Meinung.

*Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent.  
Matthias Schneider*

## Zahnärztliche Chirurgie zum Anfassen – Curriculum überarbeitet und neu aufgelegt

Seit 2008 bietet die Landes Zahnärztekammer Sachsen das Curriculum „Zahnärztliche Chirurgie“ an. Es richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die ihre Techniken in der „alltäglichen“ zahnärztlichen Chirurgie festigen und mögliche Komplikationen noch besser beherrschen möchten. Das Curriculum, obwohl von erfahrenen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen durchgeführt, ist ausdrücklich als ein Basiskurs der dento-alveolären Chirurgie mit Fokus auf hohen praktischen Anteilen konzipiert.

Unter Berücksichtigung der Evaluationen hat der Fortbildungsausschuss die Inhalte überarbeitet. Die neue Auflage des Curriculums intensiviert noch einmal die praktischen Anteile. Drei der sieben Bausteine finden in chirurgischen Hospitationspraxen statt. Odontogene Zysten und WSRs werden voroperiert, verschiedene Nahttechniken am Schweinekiefer und künstlicher Haut geübt. Weitere Kursinhalte umfassen Probeexzision, Bürstenbiopsie, Fibromentfernung, Erkrankungen der

Mundschleimhaut, Erkennen maligner Entartungen etc.

Das Curriculum ist auch eine ideale Vorbereitung für Interessenten des Curriculums Zahnärztliche Implantologie. Das Curriculum wird im 2. Halbjahr starten. Die wissenschaftliche Leitung hat Dr. Michael Fröhlich übernommen

*Prof. Dr. Klaus W. Böning*

Informationen:  
Frau Nikolaus, Telefon 0351 8066-104

# Höhere Hürden für Existenzgründer aufgestellt – Gründungszuschuss wird gekürzt

## Für Existenzgründer sind wichtige Änderungen in Kraft getreten

Der Gründungszuschuss wird künftig nicht mehr so leicht zu erhalten sein.

Auf den Zuschuss hatte in der Vergangenheit derjenige einen Rechtsanspruch, wer Arbeitslosengeld (ALG I) beziehen konnte und seiner Arbeitsagentur ein Geschäftskonzept vorlegte, das zuvor von einer fachkundigen Stelle für tragfähig befunden wurde.

Ob bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit aus der Arbeitslosigkeit heraus ein Gründungszuschuss gewährt wird, liegt zukünftig **im Ermessen** des Vermittlers. Der Vermittler soll die **Tragfähigkeit des Geschäftskonzeptes** sowie die Eignung des Gründers beurteilen. Umso wichtiger wird es für den Gründer, das Gründungsvorhaben und die Tragfähigkeit des Geschäftsmodells von fachkundiger Seite begutachten und bestätigen zu lassen. Dafür stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Grundlage für die Neuregelungen zum Gründungszuschuss ist das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt, das am 28.12.2011 in Kraft trat. Das Gesetz bringt einige Kürzungen für den Gründungszuschuss mit sich:

- Die erste Förderphase (**ALG I plus Pauschale 300 EUR**) ist von **9 auf 6 Monate verkürzt** worden.
- Die zweite Förderphase (**Pauschale 300 EUR**) ist dafür von **6 auf 9 Monate verlängert** worden.

- Der erforderliche Restanspruch auf Arbeitslosengeld ist von 90 auf 150 Tage angehoben worden.

Insgesamt ist die Höhe der Förderung damit gesunken.

## Kein Rechtsanspruch, weniger Geld

Das „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“ wurde am 27.12.2011 veröffentlicht. Die **Neuregelung** ist auf alle nach der Verkündung **beantragten Gründungszuschüsse anzuwenden, d. h. bei Beantragung ab dem 28.12.2011**.

Wichtig ist auch, dass die Agenturen die Kriterien einheitlich und klar anwenden. So müssen individuelle Entscheidungen strikt nach Eignung des Antragstellers erfolgen – und nicht nach „Kassenslage“.



### Kontakt:

Daniel Lüdtke  
Steuerberater

ETL

ADMEDIO

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

## Fortbildungsakademie der LZK Sachsen

### Sächsischer Prophylaxetag für ZMF, ZMP und KOP

5. Mai 2012 • 9 bis 17 Uhr

Dorint-Hotel Dresden  
Vorträge und Workshops

Information/Anmeldung:  
Frau Walter  
Telefon 0351 8066-101

### Sächsischer ZMV-Tag für alle ZMV und ZFA

2. Juni 2012 • 9 bis 17 Uhr

Zahnärztehaus Dresden  
Vorträge und Workshops

Information/Anmeldung:  
Frau Nitsche  
Telefon 0351 8066-113

## Praxisausschreibung

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

<b>Kennziffer</b>	2026/0734
<b>Planungsbereich</b>	Dresden, Stadt
<b>Übergabetermin</b>	01.01.2014
<b>Fachrichtung</b>	Allgemein
<b>Praxisart</b>	Einzelpraxis
<b>Kennziffer</b>	2016/0735
<b>Planungsbereich</b>	Bautzen
<b>Übergabetermin</b>	01.10.2012
<b>Fachrichtung</b>	Allgemein
<b>Praxisart</b>	Einzelpraxis

## 10. Sommernachtsball der Ärzte und ihrer Gäste

Der Verein Ärzte-Solidarität e. V. informiert: Die Vorbereitungen für den 10. Sommernachtsball am 9. Juni 2012 verlaufen planmäßig. Das bewährte Konzept der vergangenen Jahre wird auch für den kommenden Ball beibehalten. So konnte der Verein erneut die exzellenten Räumlichkeiten im Hotel The Westin Bellevue Dresden mieten. Die musikalische Gestaltung übernimmt die Band „The Butlers“. Ausgehend von den guten Erfahrungen der vergangenen Jahre laden die Organisatoren alle interessierten Zahnärztinnen

und Zahnärzte herzlich ein, diesen festlichen Abend gemeinsam mit niedergelassenen Kollegen aus ganz Sachsen zu verbringen. Dabei soll vor allem das gesellige kollegiale Beisammensein im Mittelpunkt stehen.

Der Eintrittspreis beträgt 85 € pro Person und beinhaltet den Sektempfang und ein Buffet. Höhepunkt des Abends wird der Auftritt der Bee Gees-Coverband „Jive Talkin“ mit ihrer perfekten Interpretation der legendären Bee Gees-Songs sein.

Für Fragen, Kartenbestellungen und die Vermittlung von Übernachtungen wenden Sie sich bitte an folgende Mitarbeiter der KVS Bezirksgeschäftsstelle Dresden:

Frau Küchenmeister  
Telefon 0351 8828-120  
Herr Diesel  
Telefon 0351 8828-123  
Herr Alex  
Telefon 0351 8828-222

### Anzeigen

West-sächsischer Arbeitskreis für Parodontologie,  
Implantologie und Prothetik  
[www.wakpip.de](http://www.wakpip.de)



### Meraner Meeting, 21.–24. Juni 2012 Fortbildung in Südtirol

#### Interdisziplinäre Behandlungskonzepte

- Parodontales Risikomanagement
- CMD trifft Kinesiotape
- Umsetzung von CAD/CAM-Konzepten in Labor und Praxis u. a. Vorträge

Anfragen und Buchungen unter [www.wakpip.de](http://www.wakpip.de)



**FUNKTION UND DESIGN**  
INNENEINRICHTUNGS GMBH

*Wir fertigen für Sie  
nach individueller Planung*

- Rezeptionen
- Behandlungszeilen
- Arbeitszeilen für Labor und Steril
- Umzüge
- Ergänzungen der vorhandenen Einrichtung

Untere Dorfstraße 44 | 09212 Limbach-Oberfrohna  
Telefon (0 37 22) 9 28 06 | Fax (0 37 22) 81 49 12 | [www.funktion-design.de](http://www.funktion-design.de)



## Zahnärzte-Stammtische

### Leipzig

Datum: Dienstag, 28. Februar 2012, 20 Uhr; Ort: „Apels Garten“, Leipzig; Information: Dr. Angela Echtermeyer-Bodamer, Telefon 0341 4612012

### Chemnitz

Datum: Donnerstag, 1. März 2012, 19 Uhr; Ort: „Mercure Hotel Kongress Chemnitz“, Chemnitz; Themen: Papierlose Abrechnung, aktuelle Standespolitik, GKV-Strukturgesetz; Information: Dr. med. Uwe Berger, Dipl.-Stom. Hagen Pradler, Dipl.-Stom. Andreas Becher, Telefon 0371 50624

### Bautzen

Datum: Mittwoch, 7. März 2012, 19 Uhr; Ort: Hotel „Holiday Inn“, Bautzen; Thema: Die Präzisionsabformung – konventionelle und digitale Arbeitsabläufe; Information: Dipl.-Stom. Andreas Mühlmann, Telefon 03591 44176

### Löbau

Datum: Mittwoch, 14. März 2012, 19 Uhr; Ort: „Hotel Stadt Löbau“, Löbau; Thema: GOZ-Erfahrungsaustausch; Information: Dr. Angela Grundmann, Telefon 03585 862012

### Radeberg

Datum: Mittwoch, 14. März 2012, 19 Uhr; Ort: Hotel „Kaiserhof“, Wettiner Salon, Radeberg; Thema: Praxisübergreifende Kooperation von Zahnärzten/Organisation des Honorarmanagements; Information: Dr. med. Simone Pasternok, Telefon 03528 442846

## Veranstaltungstermine 2012 für Zahnärzte und Öffentlichkeit

3. Sächsischer Akademietag	3. März
Kammerversammlung	17. März
Frühjahrsempfang der sächsischen Heilberufe	2. April
Patientenakademie	28. April
Praxisbörse der KZV	2. Mai
Prophylaxetag	4. Mai
ZMV-Tag	1. Juni
Studententreffen im Zahnärztehaus	Juni
Vertreterversammlung der KZV	20. Juni

- 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](http://www.ziws.de)

ZAHNARZT  MEISTERLABOR  
Damit für PATIENTEN alles stimmt.

## Fortbildungsakademie: Kurse im März 2012

Schriftliche Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden, Fax: 0351 80 66-106  
E-Mail: [fortbildung@lzk-sachsen.de](mailto: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](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

### für Zahnärzte

#### Dresden

<b>Sächsischer Akademietag</b> Moderne Komposite als Universalmaterial und Allzweckwaffe? – Was man mit diesen Materialien heute leisten kann und was man vermeiden sollte!	<b>D 12/12</b>	Prof. Dr. Reinhard Hickel, Prof. Dr. Roland Frankenberger, Prof. Dr. Bernd Klaiber, Dr. Markus Lenhard	03.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Kleine Punkte – große Wirkung: Akupunktur, Akupressur und energetische Psychologie (Klopfakupressur) bei der Kinderzahnbehandlung	<b>D 18/12</b>	Dr. Gisela Zehner	10.03.2012, 9:00-17:00 Uhr
Implantatprothetik des teilbezahnten & zahnlosen Kiefers	<b>D 19/12</b>	Dr. Falk Nagel	14.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und Kostenplänen (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 21/12</b>	Simona Günzler, Dr. Klaus-Peter Hüttig	16.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Moderne Okklusionskonzepte	<b>D 23/12</b>	Daniel Hellmann	16.03.2012, 9:00-17:00 Uhr 17.03.2012, 9:00-15:00 Uhr
Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 24/12</b>	Sybille van Os-Fingberg	17.03.2012, 9:00-15:00 Uhr
Schnarchen Sie noch oder schlafen Sie schon? – Zahnärztliche Schlafmedizin – ein neues Betätigungsfeld vom Praktiker für den Praktiker	<b>D 25/12</b>	Prof. (Univ. Shandong) Dr. Frank Liebaug	17.03.2012, 9:00-15:00 Uhr
Klinische Entscheidungskriterien: Inlay oder Teilkrone, Gold oder Keramik?	<b>D 26/12</b>	Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer	17.03.2012, 9:00-17:00 Uhr
Aufklärungspflichten und Dokumentation in der Zahnheilkunde	<b>D 27/12</b>	Dr. Christoph Meißner RA Dr. Jürgen Trilsch	21.03.2012, 14:00-18:00 Uhr
Die PAR-Behandlung – von der Planung bis zur Abrechnung (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 28/12</b>	Inge Sauer Dr. Gisela Herold	21.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 29/12</b>	Dr. Tobias Gehre Simona Günzler	23.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Excel – nützlich für die Zahnarztpraxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 30/12</b>	Dipl.-Ing. Carsten Thüm	23.03.2012, 15:00-18:30 Uhr
Craniomandibuläre Dysfunktion – Basics – Step by Step	<b>D 31/12</b>	Gert Groot Landeweer, P.T.	23.03.2012, 14:00-20:00 Uhr 24.03.2012, 9:00-17:00 Uhr

Endo-Revision	<b>D 32/12</b>	Dr. Christoph Huhn	23.03.2012, 14:00-20:00 Uhr 24.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Teamwork in der Totalprothetik	<b>D 33/12</b>	ZTM Walter Böthel Dr. Volker Ulrici	24.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Quo vadis Abformung – alles digital oder doch nicht?	<b>D 34/12</b>	Dipl.-Stom. Hermann Loos Dr. Christoph Meißner	28.03.2012, 14:00-18:00 Uhr
Notfall beim Zahnarzt – Grundkurs Simulatortraining zu typischen Notfallsituationen (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 37/12</b>	PD Dr. Michael Müller Sören Weber	31.03.2012, 9:00-16:00 Uhr

**Leipzig**

Gelebtes Qualitätsmanagement – Was gehört dazu? (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>L 02/12</b>	Inge Sauer	09.03.2012, 15:00-18:00 Uhr
Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis mit praktischen Übungen zur Reanimation (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>L 03/12</b>	Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich	24.03.2012, 9:00-15:00 Uhr

**Chemnitz/Zwickau**

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	<b>Z 02/12</b>	Dr. Edgar Hirsch	14.03.2012, 14:00-17:30 Uhr
----------------------------------------------------------------------------------	----------------	------------------	--------------------------------

**für Praxismitarbeiterinnen****Dresden**

Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und -Kostenplänen – Wiedereinsteiger- und Einsteigerkurs Prothetik (Teil 1)	<b>D 106/12</b>	Simona Günzler	02.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und -Kostenplänen – Wiedereinsteiger- und Einsteigerkurs Prothetik (Teil 2)	<b>D 109/12</b>	Simona Günzler	09.03.2012, 14:00-19:00 Uhr
Offene Forderungen gegen Patienten <i>Theorie und Praxis der Forderungsbeitreibung (auch für Zahnärzte)</i>	<b>D 111/12</b>	RA Michael Goebel, Susann Zscheile	14.03.2012, 14:00-18:00 Uhr
Beratungstraining für außervertragliche Leistungen <i>Beraten mit Herz und Verstand</i>	<b>D 112/12</b>	Dipl.-Germ. Karin Namianowski	20.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Kommunikationsseminar Prophylaxe <i>Patienten für die Prophylaxe begeistern</i>	<b>D 113/12</b>	Dipl.-Germ. Karin Namianowski	21.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Die Abrechnung von Kiefergelenkerkrankungen und Schienungsmaßnahmen / Notfallpositionen in der zahnärztlichen Praxis	<b>D 114/12</b>	Friederike Petzold	23.03.2012, 14:00-17:00 Uhr
„Der Mundöffner“ – Smalltalk in der Zahnarztpraxis	<b>D 115/12</b>	Dipl.-Germ. Karin Namianowski	23.03.2012, 15:00-19:00 Uhr
Kommunikationsseminar Prophylaxe <i>Patienten für die Prophylaxe begeistern</i>	<b>D 116/12</b>	Dipl.-Germ. Karin Namianowski	24.03.2012, 9:00-16:00 Uhr
Ich bin ein Anfang: Wie wir unser Praxisklima erhalten und verbessern (auch für Zahnärzte)	<b>D 117/12</b>	Petra C. Erdmann	30.03.2012, 14:00-20:00 Uhr

## Projekt „Zahnfee“ bittet um Unterstützung

Ich arbeite seit etwa einem Jahr in Leipzig in dem Projekt „Zahnfee“ mit, der inzwischen auch als Verein eingetragen ist. Unser Verein besteht aus 15 Mitgliedern.

Wir behandeln im Rahmen dieses Projektes Patienten, die ohne fremde Hilfe den Schritt zur Behandlung in der Zahnarztpraxis nicht schaffen, so zum Beispiel psychisch Kranke, Dentalphobiker, Migranten, Alkohol- und Drogenabhängige, Hilfsbedürftige etc. Auch behandeln wir kostenlos Menschen, die nicht versichert sind oder anderweitig finanzielle Probleme im Zusammenhang mit der prothetischen Behandlung haben. Wir haben dazu Räumlichkeiten angemietet und drei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen, diese sind durch ihre Vorkenntnisse kompetente Ansprechpartner. Zu deren Arbeitsaufgabe zählen die Gespräche mit den Ratsuchenden, die Begleitung in die Zahnarztpraxis und Hilfe bei den bürokratischen Problemen sowie Öffentlichkeitsarbeit, Vorträge etc.

Unser umfangreiches Aufgabenfeld umfasst neben der persönlichen Betreuung der Hilfesuchenden auch rege Kontakte zu den mit uns kooperierenden zwölf Zahnärzten, öffentlichen Institutionen, wie Krankenkassen, Vereinen und dem regionalen Arbeitsamt. Es entsteht durch die gesundheitliche Betreuung dieser Menschen, die ansonsten ohne zahnärztliche bzw. prothetische Versorgung bleiben würden, ein messbar und bleibender gesellschaftlicher Wert.

### Wir leisten Pionierarbeit

Es existiert keine vergleichbare öffentliche oder auch private wirtschaftliche Organisation, die dieser genannten Personengruppe tatsächlich mit Rat hilft und diese auch langfristig begleitet. Die Rede ist von Patienten, die das Vertrauen zu Behörden und Zahnärzten teilweise verloren haben.

Der Verein ist aufgrund seiner Maxime, die keinen kommerziellen Interessen unterliegt und somit auch zu keiner Wettbewerbsverzerrung führen kann, bestens ge-

eignet, diesen Menschen Strukturen zu geben und Ansprechpartner für ihren weiteren Lebensweg zu zeigen. Unter anderem durch Klärung von Versicherungsverhältnissen oder Verweise auf gezielte öffentliche Institutionen oder Vereine, um die z.T. multiplen Probleme anzugehen und dadurch weiteren negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen entgegenzuwirken.

Unser Verein ist auch intensiv im Bereich Öffentlichkeitsarbeit aktiv. In der Vergangenheit wurden u. a. Veranstaltungen im Rahmen von Stadtteilfesten oder der Thementag der Zahngesundheit mitgestaltet. Des Weiteren arbeiten wir im Rahmen von Vorträgen und Gesprächsrunden in Bildungseinrichtungen, Vereinen und anderen Institutionen, wie z. B. der Jobagentur, Internationaler Bund sowie Arbeit und Leben u.v.a. zusammen, um dort Aufklärungsarbeit zu leisten.

Der Verein finanziert sich durch Spenden der mitarbeitenden Zahnärzte, Mitgliedsbeiträge und vereinzelt kleinen Spenden von zufriedenen Klienten. Leider reicht aber das Geld nicht aus, um den Verein weiterhin arbeitsfähig zu halten, und auf der Suche nach Sponsoren hatten wir bisher wenig Glück.

„Das Zahnfee-Team“, so war in der LVZ-Ausgabe vom 3. Januar 2012 zu lesen, „ist voll ehrenamtlich auf Achse. Anrufe, Flyer, Post, das Benzin für all die Angsthasen beziehungsweise die vielen Vortrags-Touren zur Prophylaxe – meist wird das aus eigener Tasche bestritten.“

„Wir haben versucht, Fördermittel zu bekommen“, so Steffi Meschke, und winkt nur ab. Real sei es so, dass ihr kleiner Verein in kein Förderprogramm passt. „Wir kümmern uns halt nicht um kleine Kinder, für die es da eher Chancen gibt. Sondern um Erwachsene, die wir quasi an die Hand nehmen, mit denen wir wieder ein Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt aufbauen. Mit denen wir gegebenenfalls nach preisgünsti-

gen Lösungen suchen, wenngleich das Angstproblem in allen Bevölkerungsteilen anzutreffen ist“, so Meschke. „Die Kassen“, fährt Vereinsmitglied Birgit Müller-Taut fort, „sagen auch immer alle, das ist toll, was Ihr macht. Vielleicht sogar einmalig in Sachsen. Aber Möglichkeiten, einen ihrer Unterstützertöpfe anzupfaffen, sehen sie nicht.“

Der Bedarf für unsere Arbeit ist da. Allein im letzten Jahr gelang es uns, bisher 220 Menschen ihr Lächeln und damit auch ein Stück weit ihr Selbstbewusstsein wiederzugewinnen und ihnen damit den Weg zu ebnen, um aus der Isolation zurück zu neuer gesellschaftlicher Anerkennung zu gelangen. Für uns ist dies eine sehr dankbare und auch erfüllende Aufgabe.

Jedoch fehlt es an Spendern und Investoren, um auch weiterhin Angstpatienten „Hilfe für ein Lächeln“ anbieten können.

Durch unser Fachwissen können wir die Hilfesuchenden kompetent betreuen. Deshalb bitten wir Sie als Kollegen, unser Projekt mit Ideen und mit finanziellen Mitteln zu unterstützen, um weiterhin Leipziguern ihr Lächeln zurückzaubern zu können.

**Dr. Oliver Matthes**  
**Zahnfee e.V.**  
**Hildegardstraße 40**  
**04315 Leipzig**  
**Telefon 0341/42588943**  
**info@gutezahnfee.de**

## Zur Arbeit nach Mongonmorit

Alles begann mit einer Annonce Anfang 2011. Dentists Without Limits Foundation suchte weitere Mitstreiter für zahlreiche Hilfsprojekte. Meine berufliche Laufbahn hat ihren Höhepunkt bereits überschritten, und sich einmal über das übliche Sponsoring hinaus selbst einzubringen, also aktives Helfen mit Abenteuer und Neugier zu verbinden, warum nicht? In meinem ersten Leben als Fliegerzahnarzt der NVA hatte ich einen prägenden Diensteeinsatz in Kasachstan, deshalb fiel meine Wahl auf die Mongolei, ist ja ein Nachbarland. Nach meiner Anmeldung wurde ich einem Vierer-Team zugeteilt. Alles Neulinge; Gruppenchef war ein schwäbischer Kollege, dazu eine oberpfälzische Zahnarthelferin, eine sächsische Krankenschwester und ich. Informationen über den Einsatzort und die zu erwartenden Bedingungen gab es kaum, also Internet und Google Earth intensiv nutzen. Jeder Zahnarzt sollte mit eigenem Material und eigenen Instrumenten anreisen, folglich Spenden erbitten (mein Dank an die APO-Bank, NWD und die Fa. Merz) und eigenes Geld reichlich dazulegen. Vier Wochen vor dem Start kam unsere Gruppe in Nürnberg zum Kennenlernen und Abstimmen erstmals zusam-

men; schließlich mussten die genehmigten 10 kg Übergepäck pro Person optimal ausgenutzt werden. Am 14.8. trafen wir mit 49 kg Übergepäck in Tegel auf die anderen Teams. Es folgten ein Direktflug nach Ulan Bator, eine Einweisung und eine vierstündige Pistenfahrt zum Einsatzort. Endlich tauchte Mongonmorit in der Steppe auf; ca. 2.000 von Viehzucht lebende Einwohner, das nächste Dorf eine Autostunde entfernt. Man hatte im Krankenhaus drei Zimmer geräumt und mit DWLF-Technik bestückt (gute mobile Maschinen). Die Wasserversorgung war meist unterbrochen, wir nutzten Trinkwasserflaschen und Notstrom, da auch der Strom oft ausfiel. Ab 4.00 Uhr standen die Patienten an, überwiegend Nomaden aus 80 km Umkreis, um 9.00 Uhr begann die Sprechstunde.

Circa 50 Behandlungen pro Tag, dabei 30 chirurgische Eingriffe, meist Extraktionen, viele Füllungen und noch mehr Aufklärungsgespräche waren notwendig. Sowohl die Kinder- als auch die Erwachsenenengebisse waren massiv zerstört. Wir konnten die Spätfolgen des vorzeitigen Milchzahnverlustes in aller Konsequenz sehen, unvorstellbar in Deutschland. Die Kinderbehandlung war für uns psychisch

schwer zu bewältigen, da die Möglichkeit der direkten Ansprache fehlte. Zum Glück hatten wir einen Dolmetscher und zwei mongolische Zahnärztinnen im Team.

Bei der Abreise überließen wir unseren Kolleginnen die Instrumente und das restliche Material.

Ansonsten: Vier Deutsche lebten für zwei Wochen in einer Jurte ohne Privatbereich, Donnerbalken als Toilette, sehr andersartiges Essen, warmes Wasser gab es nur dank eines mitgebrachten Wasserkochers. Den Feierabend gestalteten wir mit ausgiebigen Binokelrunden oder im Kreise unserer Gastgeber. Das Bemühen des Krankenhauspersonals um unser Wohlergehen und der massive Patientenzuspruch waren sehr motivierend. Zum Abschluss besuchten wir noch vier Tage einen wunderschönen Naturpark und am 4.9. erfolgte die einundzwanzigstündige Heimreise nach Dresden.

**Fazit:** Diesen Einsatz werde ich nie vergessen, ich werde es wieder machen. Und ich bin dankbar, in Deutschland geboren worden zu sein!

*MR Dr. med. Rudolf Schreiber*

## Nachrichten aus Malekhu und Bitte um Mithilfe

Im Jahr 2002 haben Peter Pöhlmann, Dr. med. Johann Hunger und Sonja Promeuschel mit 29 Mitgliedern und 6.000 Euro Startkapital den Verein „Nepalhilfe Kulmbach e.V.“ gegründet. In der Zwischenzeit wurden von über 900.000 Euro Spendengeldern drei Schulen für 2.000 Kinder gebaut, zwei davon im ländlichen Gebiet in Malekhu, an der Straße zwischen Kathmandu und Pokhara. Der Grundschule in Malekhu haben wir eine Gesundheitsstation angeschlossen und eine Zahnstation eingerichtet. Dort können Füllungen und Extraktionen gemacht werden. Im ganzen District Dhading um Malekhu herum mit über 100.000 Einwohner gibt es keinen Zahn-

arzt. Gäbe es einen, wäre er zu teuer für unsere Familien, da wir in der Schule nur die ärmsten Kinder unterrichten. So haben wir uns überlegt, eine Basisgesundheitsversorgung für die Grundschulkinder zu etablieren. Es sollte kostengünstig sein und Hilfe zur Selbsthilfe, d. h., nachhaltig sollten Prozesse initiiert werden, die dann von den Familien übernommen werden können. Zähneputzen ist für viele arme Menschen in Nepal unbekannt. Unsere Schwester verteilte Zahnbürsten und übte das tägliche Zähneputzen in den Waschräumen der Schule. Bei dem Nepalaufenthalt im Oktober/November 2010 planten wir Philipps, die

Grundschulkinder in Malekhu zu untersuchen und bei Bedarf zu behandeln. Bei unseren Untersuchungen halfen drei einheimische Krankenschwestern mit, die von der Nepalhilfe Kulmbach ausgebildet wurden. Es war eine Freude, mit ihnen zusammenzuarbeiten. Wir haben viel gearbeitet, aber auch viel gelacht, und als wir von Kathmandu aus gebeten wurden, auch in der Tilingatar Schule Kinder zu untersuchen und zu behandeln, war es für sie klar, dass sie uns auch dort helfen würden. Doch zurück nach Malekhu: Von den 250 Grundschulkindern waren 100 vollkommen gesund, hatten gute Zähne. Aber über 150 Kinder hatten sanierungsbedürftige Zähne. Von der Nepalhil-

## Bücherecke

fe Kulmbach haben wir vor zwei Jahren eine Dentalstation angeschafft und wir werden alles tun, dass immer wieder auch Zahnärzte aus Deutschland kommen und die Kinder behandeln. 2011 konnten wir Dr. med. Christiane Rauch, Zahnärztin in Bayreuth-Eckersdorf, gewinnen, dass sie mit einem Berliner Kollegen zusammen nach Malekhu gegangen ist und dort eine Woche lang Zahnbehandlungen bei den Kindern durchgeführt hat. Dr. Rauch und ihr Kollege, Dr. Maczey, haben Großes geleistet: Sie haben Füllungsmaterialien und Instrumente aus Deutschland mitgenommen und die Dentaleinheit auf Vordermann gebracht. Wir würden uns freuen, zahnärztliche Kollegen zu finden, die bereit wären, während eines Urlaubs in Nepal eine Woche oder auch länger nach Malekhu zu gehen und dort zahnärztlich tätig zu sein. Wir alle arbeiten ehrenamtlich, bezahlen auch unseren Flug und unseren Aufenthalt in Nepal selbst. So kommt jeder Cent unserer Spende den armen Kindern Nepals zugute. Frau Dr. Rauch ist gern bereit, den Kollegen Auskunft zu geben, was sie in Malekhu erwartet (<crauch@arcor.de>).

Dr. med. Gabriele Philipp

Kontaktaufnahme: [gaby@philipp-email.de](mailto:gaby@philipp-email.de)  
(<http://www.nepalhilfe-kulmbach.de/>)

Anzeige



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Professionelle zertifizierte Fort- und Weiterbildung in unseren Kursen

## AKUPUNKTUR NEURALTHERAPIE REGULATIONSMEDIZIN

Aktuelle Termine für  
Zahnärzte und Ärzte  
Neuraltherapie/Regulationsmedizin:

- **01. – 04.03.2012, Leipzig**  
Störfeldtherapie, Vegetatives Nervensystem, Ganglien
- **05. – 12.05.2012, Warnemünde**  
Einführung in die Neuraltherapie, Segment- u. Störfeldtherapie, Vegetatives Nervensystem, Ganglien
- **11./12.05.2012, Warnemünde**  
Hypnose
- **31.08./01.09.2012, Wien**  
Zahnarzt und Arzt – gemeinsame Diagnostik und Therapie in der Regulationsmedizin
- **28./29.09.2012, Elsterberg**  
Gemeinsame Diagnostik und Therapie der Cranio-Mandibulären Dysfunktion von Zahnarzt und Arzt



Informationen und  
Anmeldung:  
DGfAN-  
Geschäftsstelle  
07356 Bad Lobenstein  
Mühlgasse 18 b  
Tel.: 036651/55075  
Fax: 036651/55074  
DGfAN@t-online.de  
[www.dgfan.de](http://www.dgfan.de)

**31. Kongress**  
12. – 15. April 2012  
Hotel Pullman  
Am Dom Erfurt

**Individuelle  
Medizin  
für die Praxis  
der Zukunft**

## Web-Sites in „Looser Folge“ vorgestellt

### Was ist drin

Das Thema Öko ist allgegenwärtig. Ob Öko oder nicht – bei vielen Lebensmitteln weiß man nicht, was drin ist. Das ist nicht nur für den Diätplan wichtig, sondern auch für die Leute, die aus gesundheitlichen Gründen bestimmte Substanzen nicht zu sich nehmen dürfen.

Die Seite listet nicht nur die Kalorien auf, sondern gibt auch Hinweise für Allergiker und andere Personen. Interessant ist auch die Liste mit den sogenannten E-Nummern.

Kein normaler Mensch weiß, was die bedeuten. Natürlich gibt es noch weitere interessante Infos rund um Lebensmittel.

<http://das-ist-drin.de/>

### DSL-Tester

Ärgern Sie sich nicht auch manchmal über zu langsames Internet? Oder dauert das Versenden von E-Mails ewig? Manchmal liegt es am Verkehr im Netz aber manchmal auch an den Leitungen. Auf dieser Seite finden Sie einen DSL-Speedtest der genaue Auskunft über die momentanen Geschwindigkeiten gibt. Es gibt noch andere Tests und ein DSL-Forum. Manchmal ist es ganz nützlich hier mal reinzuschauen.

<http://www.wieistmeineip.de/>

### Eine Anregung und ein Aufruf in eigener Sache

Das iPhone und das iPad haben nun endlich einen Platz im Leben vieler Menschen gefunden. Natürlich auch bei mir. Aus diesem Grund möchte ich in Zukunft immer mal die eine oder andere App vorstellen. Die Themen sollen nicht auf unseren Beruf beschränkt bleiben, sondern alle Bereiche einschließen. Ich rufe deshalb alle Besitzer dieser Geräte auf, mir den einen oder anderen Hinweis auf interessante Apps zu schicken, möglichst mit ein paar Stichworten zum Nutzen und zu den Erfahrungen damit.

Die Apps gibt es immer über den App-Store. Ich würde sie dann mit einem Dank an den Zusender besprechen. Ich fange gleich mal an.

### App-Ticker

Bei vielen Apps ändert sich manchmal der Preis. Die App überwacht die aktuellen Preissenkungen im AppStore. Weiterhin ist es möglich, interessante Apps auf eine persönliche Beobachtungsliste zu setzen. Natürlich gibt es auch aktuelle News. Die App kostet momentan 0,79 €.

Dank an Zahntechniker Jens Richter.

<http://itunes.apple.com/de/app/appticker/id351887785?mt=8>

Ach ja, ich will die Smartphones mit anderen Betriebssystemen nicht ausgrenzen. Ich kann dazu einfach nichts sagen, weil ich keins habe.

ZALoos

# Die Laborrechnung im Gebührentarif Zahnersatz, Teil1

Mit dem neuen Jahr ist nun in allen Gebührentarifen des BEMA-Z die papierlose Abrechnung gestartet. Dies hat zur Folge, dass vor Versand der Abrechnung an die KZV in der Praxis mehr Überprüfungen erfolgen müssen, insbesondere im Bereich der zahntechnischen Leistungen. Eine Korrektur in der KZV, wie Sie es bisher kannten, ist nicht mehr möglich. Die fehlerhafte Abrechnung wird in der KZV gelöscht und Sie erhalten dazu ein entsprechendes Informationsschreiben. Nach der Korrektur ist somit eine erneute Datenlieferung (Einreichung) erforderlich.

Um dies zu minimieren, beginnen wir in dieser Ausgabe mit Erläuterungen zum Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II). Anhand von Beispielen machen wir Sie darauf aufmerksam, wie das Zusammenspiel von Festzuschuss-Befunden, BEMA-Nrn. und BEL II-Pos. funktioniert. Bei gleich- und andersartigen Versorgungen kommen dann GOZ-Pos. sowie die Nummern der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) oder andere, z. B. „Nicht-BEL“, hinzu.

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden den einzelnen Festzuschuss-Befunden abrechnungsfähige zahnärztliche (BEMA) und zahntechni-

sche Leistungen (BEL II) als Regelversorgung zugeordnet. Hierbei ist immer zu beachten, dass es obligatorische und fakultative Leistungen gibt. Nachlesen können Sie dies im Kapitel 11 des Kompendiums „Schwere Kost für leichteres Arbeiten“.

Neben all diesen Regeln sind natürlich auch die Abrechnungsbestimmungen des BEMA-Z und der Leistungsinhalt der einzelnen zahntechnischen Leistungen zu beachten.

So ist zum Beispiel dem Festzuschuss-Befund 1.1 die BEMA-Nr. 98a (Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel, je Kiefer) zugeordnet. In der vereinbarten Abrechnungsbestimmung Nr. 2 zur BEMA-Nr. 98a finden Sie die Einschränkung:  
Eine Leistung nach Nr. 98a kann auch neben Kronen und Brücken, **nicht jedoch neben einer Einzelkrone (Nr. 20)**, gerechnet je Kiefer, abgerechnet werden.

Werden mehrere Einzelkronen für den gleichen Kiefer beantragt, kann die BEMA-Nr. 98a, so erforderlich, mit abgerechnet werden.

Bei der Prüfung in der KZV wird die Korrelation zwischen den Festzuschuss-Befunden, den BEMA-Nummern und den Laborleistungen abgeglichen.

## BEL II – die wichtigsten Einleitenden Bestimmungen

### § 3b

Für die Ausnahmefälle nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (BAnz 2005, S. 4094) bildet das BEL II – 2006 nur für die dort gesondert gekennzeichneten Leistungen die Abrechnungsgrundlage. Alle weiteren im Zusammenhang mit Implantaten erbrachten zahntechnischen Leistungen werden nach tatsächlichem Aufwand abgerechnet.

### § 3c

Die in den §§ 3 a und 3 b enthaltenen Regelungen haben nur dann Bindungswirkung, wenn der Zahnarzt dem zahntechnischen Labor bei der Auftragsvergabe bestätigt, dass sich der Auftrag auf eine Ausnahmeindikation nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V (nach deren Vereinbarung) oder auf einen Ausnahmefall nach Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien bezieht.

### § 4

Neben den aufgeführten Leistungen können die Kosten für Sonderkunststoffe, Weichkunststoffe, edelmetallhaltige Dentallegierungen (nicht Lote), Konfektionsfertigteile, Implantate, Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente und künstlichen Zähne abgerechnet werden.

Zu den Konfektionsfertigteilen gehören Geschiebe zur Brückenteilung, Kugelknopfanker auf Wurzelstiftkappen sowie im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlungen Schrauben, Schlösser, Röhrchen etc. Vorgefertigte Klammern, Labialbögen etc. sind keine Konfektionsfertigteile, sondern konfektionierte Hilfsteile (Halbfertigteile). Art, Menge und Preis sind in der Rechnung auszuweisen. Die konfektionierten Hilfsteile (Halbfertigteile) sind wie die übrigen Materialien mit den Vergütungen für die aufgeführten Leistungen abgegolten.

## Beispiele Regelversorgung (BEMA und BEL II)

### Beispiel 1: Vestibulär keramisch verblendete Krone Zahn 15 in Nichtedelmetall

R				KV													R
B				ww													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	

Bemerkungen:

Zahn 15 wird mit einem gegossenen Stiffaufbau versorgt – in Nichtedelmetall

Festzuschuss: 1 x 1.1, 1 x 1.3, 1 x 1.5  
BEMA: 1 x 18b, 1 x 20b, 1 x 19, 1 x 21

## Praxisführung

### § 5

Die Rechnung über die zahntechnische Leistung hat den kaufmännischen Grundsätzen der Vollständigkeit, Richtigkeit, Leistungsklarheit und Leistungswahrheit zu entsprechen und alle tatsächlich erbrachten Leistungen in **einer** Rechnung aufzuführen.

Bei der Herstellung zahntechnischer Leistungen innerhalb Deutschlands ist der Herstellungsort (z. B. Frankfurt/Main), außerhalb Deutschlands das Herstellungsland (z. B. Frankreich) anzugeben.

### § 6

Zahntechnische Leistungen, die in einer Leistungsposition dieses Verzeichnisses zusammengefasst sind, dürfen nur von einem Laboratorium erbracht werden, außer in Ausnahmefällen (z. B. bei der Mängelbeseitigung).

### § 7

Fremdleistungen dürfen nicht als Eigenleistungen ausgewiesen werden. Werden Fremdleistungen (auch Teilleistungen) abgerechnet, so ist eine Kopie der Originalbelege der herstellenden zahntechnischen Laboratorien den Abrechnungen beizufügen. Bei der Erstellung der Rechnung ist mindestens die Kurzbezeichnung der einzelnen Leistung gemäß Anlage 2 zum bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis anzugeben.

### § 9

Für Sonderanfertigungen hat der Hersteller eine Erklärung nach Nummer 2.1 des Anhangs VIII der Richtlinie 93/42/EWG (Konformitätserklärung) in der jeweils geltenden Fassung auszustellen und den zahntechnischen Sonderanfertigungen bei der Abgabe der Rechnung eine Kopie beizufügen. Er hat die Dokumentation nach Nummer 3.1 des Anhangs VIII der Richtlinie 93/42/EWG zu erstellen und alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die Übereinstimmung der hergestellten Medizinprodukte mit dieser Dokumentation zu gewährleisten. Erklärung und Dokumentation sind mindestens fünf Jahre aufzubewahren (vgl. hierzu § 6 Abs. 5 MPV).

**Anmerkung der Redaktion: = Konformitätserklärung**

### Laborrechnung (BEL II) zu Beispiel 1:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Hinweis
001 0	Modell	1	
005 1	Sägemodell	2	(!)
012 0	Mittelwertartikulator	2	(!!)
102 4	Krone für vestibuläre Verblendung	1	
105 0	Stiftaufbau	1	
162 0	Vestibuläre Verblendung Keramik	1	
970 0	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	2	(!!!)
933 0	Versandkosten, wie tatsächlich angefallen		
	(!) 2 x erforderlich, 1 x = Stiftaufbau, 1 x = Herstellung Krone		
	(!!) 2 x möglich, 1 x für den Stift, 1 x für die Krone		
	(!!!) 2 x erforderlich, 1 x für die Krone und 1 x für den Stiftaufbau		

### Prüfung:

Festzuschuss-Befund 1.1 mit 1.3 entspricht BEMA-Nr. 20b und BEL II-Pos. 102 4 zuzüglich 162 0, ggf. mit 163 0 (Zahnfleisch Keramik), Festzuschuss-Befund 1.5 entspricht in diesem Beispiel BEMA-Nr. 18b und BEL II-Pos. 105 0.

Als Grundlage zur Abrechnung der BEL II-Pos. 012 0 müssen 2 Modelle hergestellt sein (im Beispiel 1 x 001 0 und 1 x 005 1).

### Beispiel 2: Krone Zahn 15 in Nichtelegmetall, aus Platzgründen ist eine Verblendung nicht möglich

R				K														R
B				ww														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		

### Bemerkungen:

Zahn 15 wird mit einem konfektionierten Stiftaufbau versorgt

Festzuschuss: 1 x 1.1, 1 x 1.3, 1 x 1.4  
BEMA: 1 x 18a, 1 x 20a, 1 x 19

### Laborrechnung (BEL II) zu Beispiel 2:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
001 0	Modell	1
005 1	Sägemodell	1
012 0	Mittelwertartikulator	1
102 1	Vollkrone/Metall	1
970 0	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	1
933 0	Versandkosten, wie tatsächlich angefallen	

### Prüfung:

Festzuschuss-Befund 1.1 mit 1.3 entspricht in diesem Beispiel der BEMA-Nr. 20a und BEL II-Pos. 102 1, Festzuschuss-Befund 1.4 entspricht BEMA-Nr. 18a; Nachweis des Konfektionsstiftes im Praxismaterial.

Der Anspruch auf den Festzuschuss-Befund 1.3 bleibt gemäß Festzuschuss-Richtlinie A 2 „Festzuschüsse für Verblendungen werden immer dann gewährt, wenn die Regelversorgung diese vorsieht“ erhalten.

**Hinweise:**

- Zu beachten ist besonders, dass zahn-technische Einzelleistungen, die in einer Leistungsposition im BEL II zusammengefasst sind, nur von einem Labor erbracht werden dürfen. Dies betrifft z. B. Kronenpositionen; hier sind sowohl das Modellieren in Wachs als auch das Gießen in Metall enthalten.
- Mit Ihrer Unterschrift auf dem Heil- und Kostenplan bei Eingliederung von Zahnersatz bestätigen Sie, dass der Zahnersatz in der vorgesehenen Weise eingegliedert wurde.
- Bei Einreichung an die KZV bescheinigen Sie die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
- Auch wenn das Praxislabor nicht unmittelbar in der Praxis integriert ist, können Versandkosten nicht berechnet werden.

*Simona Günzler/Inge Sauer*

## GOZ-Telegramm

<p>Nach welcher GOZ-Nr. wird die Aufstellung                  a) eines prothetischen Heil- und Kostenplanes,                  b) eines kons./chirurg. Heil- und Kostenplanes,                  c) eines kieferorthopädischen Heil- und Kostenplanes,                  d) eines Heil- und Kostenplanes für eine systematische PA-Behandlung,                  e) eines Heil- und Kostenplanes für FAL/FTL-Leistungen, berechnet?</p>	<p><b>Frage</b></p>
<p>Die GOZ 2012 sieht für die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes zwei Gebührenpositionen, die GOZ Nrn. 0030 und 0040, vor.</p> <p>Die GOZ Nr. 0030 beinhaltet die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen. Sie ist für alle Leistungsbereiche außer KFO und FAL/FTL berechenbar (Prophylaxe, Füllungen, Kronen, Chirurgie, Parodontalbehandlungen, Prothetik, Schienen und implantologische Leistungen), auch für Leistungen nach § 6.</p> <p>Die GOZ Nr. 0040 umfasst die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung.</p> <p>Die Leistungen der GOZ Nrn. 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</p> <p>Der Ansatz der o.g. Gebühren erfordert eine schriftliche Niederlegung des Heil- und Kostenplanes. Eine Anforderung des Heil- und Kostenplanes durch den Patienten oder einen Versicherer ist für die Leistungserbringung keine Bedingung und deshalb nicht erforderlich. Heil- und Kostenpläne für die Planung verschiedener Behandlungsvorschläge sind gesondert berechnungsfähig. Formvorschriften für die Gestaltung eines Heil- und Kostenplanes sind in der GOZ 2012 nicht verankert.</p>	<p><b>Antwort</b></p>
<p>GOZ 2012 – GOZ-Nrn. 0030 und 0040</p>	<p><b>Theorie</b></p>
<p>GOZ 2012 / GOZ-Infosystem online</p>	<p><b>Fundstelle</b></p>

### ©-Fortbildung

Zu diesem Abrechnungsbeitrag können Sie Fortbildungspunkte erhalten.

Den Fragebogen sowie alle Informationen finden Sie unter [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)  
 Telefon 0351 – 8053626

*Wir trauern um unseren Kollegen*

*Dipl.-Stom.*

**Hans-Christian Schulze**

*(Pirna)*

*geb. 05.12.1949 gest. 26.12.2011*

*Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.*

*Wir trauern um unseren Kollegen*

*SR*

**Christian Jänig**

*(Brand-Erbisdorf)*

*geb. 08.04.1920 gest. 15.11.2011*

*Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.*

*Wir trauern um unseren Kollegen*

*SR Dr. med. dent.*

**Dietrich Kimmel**

*(Aue)*

*geb. 29.01.1932 gest. 19.10.2011*

*Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.*

## GOZ-Kostenvoranschlag Zahntechnik – § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

Der Wortlaut des § 9 der GOZ 88 wird in der GOZ 2012 zum Absatz 1 und bleibt damit unverändert. Das bedeutet, dass auch weiterhin neben den zahnärztlichen Gebühren die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen als Auslagen berechnet werden können.

Der Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Privatpatient ist ein Dienstvertrag. Demgegenüber schließt der Zahnarzt mit dem gewerblichen Zahntechniklabor einen Werkvertrag bzw. erbringt die zahntechnischen Leistungen selbst. Die Kosten für zahntechnische Leistungen sind Aufwendungen des Zahnarztes gemäß § 670 BGB.

In der GOZ 2012 neu eingefügt ist der Absatz 2. Demnach ist der Zahnarzt nun verpflichtet, dem Patienten vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag für zahntechnische Leistungen des gewerblichen oder Praxis-Labors anzubieten, wenn die Kosten voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten. Auf Verlangen muss der Kostenvoranschlag schriftlich vorgelegt werden.

Für Behandlungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken – z. B. kieferorthopädische Behandlungen – können in manchen Fällen nicht immer von Anfang an verlässliche Kostenvoranschlä-

ge für zahntechnische Leistungen erstellt werden, weil nicht abzuschätzen ist, welche Maßnahmen erforderlich sein werden. Sofern bei Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes für einen Zeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, bereits innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten zahntechnische Kosten von mehr als 1.000 Euro zu erwarten sind, ist auch dort ein Kostenvoranschlag anzubieten.

Dieser Kostenvoranschlag bezieht sich ausschließlich auf zahntechnische Leistungen. Er muss Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, den Preis der zahntechnischen Leistungen, die Berechnungsgrundlage und die Herstellungsart enthalten.

Als Berechnungsgrundlage kann auf die Bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB) oder das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis (BEL II) zurückgegriffen werden.

Die Laborkosten werden individuell nach Arbeits- und Zeitaufwand, nach Schwierigkeitsgrad sowie nach Art und Umfang der jeweiligen Versorgung kalkuliert. Damit sind Abweichungen vom bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der GKV (BEL) bzw. von der Sachkostenliste der PKV, schon allein aufgrund der Unter-

schiedlichkeit des Leistungsniveaus und der Verzeichnisse, möglich. Eine entsprechende Patienteninformation dazu ist im GOZ-Infosystem der Landes Zahnärztekammer Sachsen eingestellt.

Um Schwierigkeiten bei der Kostenerstattung vorzubeugen, kann es hilfreich sein, wenn der Zahnarzt vom Zahlungspflichtigen eine schriftliche Bestätigung darüber einholt, dass

- a) der Zahlungspflichtige den Heil- und Kostenplan (Datum/ HKP- Nummer) bzw. den zahntechnischen Kostenvoranschlag zur Kenntnis genommen hat und mit der Durchführung der geplanten Maßnahmen einverstanden ist bzw.
- b) der Zahlungspflichtige auf die Aushändigung eines zahntechnischen Kostenvoranschlags nach Aufklärung verzichtet hat. Letzteres sollte zumindest aus forensischen Gründen in der Patientenakte dokumentiert werden.

Bei einer Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 % muss der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen unverzüglich schriftlich informieren. Das entspricht der Regelung in § 650 Abs. 2 BGB und der dazu ergangenen Rechtsprechung.

*Dr. Matthias Gaitzsch*

## Nachruf für Ministerialdirigent a. D. Dipl.-Med. Albrecht Einbock

Die Landes Zahnärztekammer Sachsen hat die traurige Nachricht erhalten, dass Ministerialdirigent a. D. Dipl.-Med. Albrecht Einbock am 2. Februar 2012 verstorben ist.

Als Abteilungsleiter im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie hat er die Arbeit der LZK Sachsen begleitet und sich intensiv



für die Belange der Heilberufe und so auch der Zahnärzteschaft in Sachsen eingesetzt. Seine Beratungstätigkeit füllte er mit fachlichen Kenntnissen und Menschlichkeit aus.

Die Landes Zahnärztekammer Sachsen wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.

## Online-Werbung „Vollkaskoimplantat“ irreführend, wenn inhaltlich eingeschränkt

**In einem Verfahren der Wettbewerbszentrale urteilte das OLG Hamm, dass Werbung mit den Begriffen „Vollkaskoimplantat“ bzw. „Vollkaskozahnimplantat“ auf einer Website irreführend sind, wenn der Versicherungsschutz eingeschränkt wird (Urteil v. 21.06.2011, Az. I-4 U 215/10).**

Die Beklagte hatte auf ihrer Internetseite mit den Begriffen geworben, jedoch tatsächlich die Garantie in den Versicherungsbedingungen eingeschränkt. So sollte eine Zahlung erst nach 6 Monaten erfolgen, die Kosten einer Weiterbehandlung nur mit 200 € bezuschusst werden. Das Oberlandesgericht führte aus, dass der Durchschnittspatient annehmen werde, es würden sämtliche Schäden durch die Versicherung übernommen. Da läge bereits das Wortverständnis analog der KfZ-Vollkaskoversicherung nahe. Daher liege eine Irreführung vor. Diese werde auch nicht durch die Hinweise auf der Internetseite beseitigt. Denn der Nutzer rechne im Zusammenhang mit der Vorstellung der Beklagten nicht damit, dass der Link „mehr“ zu einer Erklärung des Produkts bzw. zu einer Darstellung der Garantiebedingungen führt. (mmd/kf)

Wettbewerbszentrale/Infobrief  
Nr. 49-50/2011 05.12.-18.12.2011

### Quellen:

- Urteil im Volltext aus der Rechtsprechungsdatenbank NRW-Entscheidungen:  
<[http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2011/I\\_4\\_U\\_215\\_10urteil20110621.html](http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2011/I_4_U_215_10urteil20110621.html)>
- online-und-recht.de: <<http://www.online-und-recht.de/urteile/Beiinhaltlicher-Einschraenkung-ist-Vollkaskoimplantat-irrefuehrend-I-4-U-215-10-Oberlandesgericht-Hamm-20110621.html>>

## Bundeskinderschutzgesetz tritt in Kraft

Am 1. Januar 2012 ist nach langen Verhandlungen das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten. Es soll das Wohl von Kindern und Jugendlichen schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung fördern. Bestandteil dieses Gesetzes ist auch eine Regelung, die für den zahnärztlichen Leistungserbringer von Relevanz ist.

Enthalten ist ein Stufenplan, nach dem ein Geheimnisträger vorgehen soll, wenn er eine Kindeswohlgefährdung vermutet (§ 4 BKiSchG). Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung vor, so soll zunächst mit dem Kind bzw. Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtert werden. In geeigneten Fällen soll auf die Inanspruchnahme von Hilfe hingewirkt werden (§ 4 Absatz 1).

Da auch den betroffenen Arzt oder Zahnarzt die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall schwerfallen mag, sieht die Vorschrift für diesen eine Beratungsmöglichkeit mit einer im Kinderschutz erfahrenen Fachkraft vor. Hierfür dürfen die Daten pseudonymisiert an die Fachkraft übermittelt werden (§ 4 Absatz 2).

Der dritte Absatz enthält die Befugnis, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen das Jugendamt zu informieren. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu auszugsweise (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/6256, S. 19, 20):

*„Grundlage für die Befugnis zur Information des Jugendamtes ist eine Gefährdungseinschätzung, die zu dem Ergebnis kommt, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, die nicht anders abgewendet werden kann. Durch das abgestufte Verfahren nach den Absätzen 1 und 2 wird sichergestellt, dass zunächst das Abwenden der Kindeswohlgefährdung durch helfende, unterstützende, auf Herstellung oder Wiederherstellung eines verantwortlichen Verhaltens der Eltern gerichtete*

*Maßnahmen erreicht werden soll. Sind diese Maßnahmen erfolglos, so ist die Beeinträchtigung des Elternrechts nach Artikel 6 Absatz 2 Satz 1 durch das staatliche Wächteramt (Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 GG) gerechtfertigt.*

*Die Befugnisnorm knüpft an der strafbewehrten Schweigepflicht von Berufsheimnisträgern (§ 203 des Strafgesetzbuchs – StGB) an. Mit Strafe bedroht ist nach dieser Vorschrift die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen. Dazu zählt u. a. die Weitergabe von Ergebnissen ärztlicher Untersuchungen ohne Einwilligung des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters (an das Jugendamt). Die Weitergabe ist jedoch nicht rechtswidrig, wenn bei einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leib oder Leben der Schutz des Kindes das Interesse an der Geheimhaltung der Information wesentlich überwiegt (§ 34 StGB). So handelt etwa der Arzt nicht rechtswidrig, wenn er in einer akuten Gefährdungssituation das Jugendamt informiert.“*

Anzumerken ist jedoch, dass vor der Meldung an das Jugendamt grundsätzlich die Betroffenen darüber zu informieren sind, dass diese erfolgt. Eine Ausnahme besteht nur, wenn damit der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage gestellt wird.

Sicherlich ist der Ansatz des Gesetzes begrüßenswert, da es dem betroffenen Geheimnisträger unter den Gesichtspunkten der Schweigepflicht die Möglichkeit gibt, Informationen im Interesse des Kindes weiterzugeben. Dass er sich allerdings vor der Weitergabe den Betroffenen stellen muss, könnte im Einzelfall auch eine Hürde sein.

Ass. jur. Meike Gorski-Goebel

## 84. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie in Dresden

Die diesjährige Wissenschaftliche Jahrestagung der DGKFO fand im September im Congress-Center Dresden unter Leitung von Tagungspräsidenten Prof. Dr. Winfried Harzer statt. Mit 1.920 Teilnehmern war die Tagung hervorragend besucht.

Die Vorträge zum Hauptthema „Mundgesundheit und Kieferorthopädie“ begannen mit einem Übersichtsreferat mit dem Titel „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ von **Prof. Dr. Monika Bullinger**, Institut für Medizinische Psychologie, München. Die weiteren Vorträge befassten sich zum einen mit dem Einfluss einer kieferorthopädischen Behandlung auf die Lebensqualität während und nach der Therapie. Dabei zeigten Bock et al. in einer anonymen, von Eltern und Behandler unbeeinflussten Befragung von 125 zufällig ausgewählten Patienten (Alter 10 bis 42 Jahre, Durchschnitt 14,4 Jahre) mit festsitzender Apparatur, dass die Befragten zwar mehrheitlich Probleme beim Essen und Schmerzen angeben, sie jedoch keine Einschränkungen ihrer sozialen Kontakte und ihres sozialen Wohlbefindens empfinden. Die Limitation durch eine festsitzende kieferorthopädische Behandlung bei sozialen Aktivitäten fiel deutlich geringer aus als zunächst vermutet. Zum anderen wurde von Erbe et al. das erhöhte Traumarisiko bei vergrößerter sagittaler Frontzahnstufe mit Literaturstudien belegt. Dieses Risiko kann durch Verringern der sagittalen Frontzahnstufe im Rahmen einer Frühbehandlung (mit ca. 7–9 Jahren) deutlich reduziert werden.

Erster Hauptreferent zum zweiten Tagungsthema, der Angle Kl. II,2, war **Prof. Dr. Ravindra Nanda**, Farmington, USA. Er stellte eine prospektive Studie zur Wirksamkeit eines Herbst-Derivats mit Federkomponente (intermittierende Kraft während der Unterkiefer-Vorverlagerung) in Verbindung mit einer festsitzenden Apparatur in OK und UK vor. Mit der vorgestellten Feder konnte eine stabile Korrektur der Distalokklusion zur Neutralokklusion bei einer Insertionszeit der Feder von

90 Tagen und einer Retentionszeit mit intermaxillären Gummizügen von drei bis sechs Monaten erreicht werden. Damit wies Prof. Nanda die Effektivität dieser Behandlungsapparatur mit hoher Evidenz klinisch nach. Die weiteren Vorträge befassten sich mit verschiedenen Therapievarianten bei Kl. II,2 unter anderem mit Herbst-Therapie in Kombination mit einer lingualen Multibracketapparatur und mit Distalisation im Oberkiefer unter kortikaler (Minischrauben-)Verankerung. Ein Highlight des Kongresses war der Vortrag von **Dr. Albino Triaca**, der sein operatives Konzept bei der kombiniert kieferorthopädisch-chirurgischen Therapie der Kl. II,2 vorstellte. Dr. Triaca passt das chirurgische Vorgehen an das nach ästhetischen Prinzipien festgelegte Operationsziel an. Er nutzt dabei alle möglichen Techniken der Ober- und Unterkieferverlagerung, auch segmentiertes Vorgehen und Osseodistraction sowie eine spezielle segmentierte Technik zur Konturierung des Kieferwinkels, des Unterkieferrandes und des Kinns. Die Operationsergebnisse waren beeindruckend. Als weitere Hauptreferentin beleuchtete **Priv. Doz. Dr. Ingrid Peroz**, Berlin, den Aspekt der konservativen Rehabilitation funktionsgestörter Tiefbiss-Patienten. Sie gab eine Übersicht über die aktuelle Literatur, in der der Zusammenhang zwischen Kl. II,2 und dem Auftreten von craniomandibulären Dysfunktionen je nach Studie weder eindeutig belegt noch widerlegt wird. Der Therapieansatz bei der Behandlung der craniomandibulären Dysfunktion sollte ihrer Meinung nach möglichst wenig invasiv sein. Umfangreiche prothetische und auch kieferorthopädische Maßnahmen sollten zurückhaltend gehandhabt werden.

Die Fachmesse, die mit 1.700 m<sup>2</sup> Ausstellerfläche eine Rekordbeteiligung darstellte, rundete die Tagung ab. Dabei zeigt sich auch in der Kieferorthopädie ein Trend zur Digitalisierung und computergestützten Individualisierung der Behandlungsmittel. Die nächste wissen-



**Prof. Dr. Monika Bullinger aus München hielt für 1.920 Teilnehmer das Eröffnungsreferat der 84. DGKFO-Jahrestagung**

enschaftliche Jahrestagung der DGKFO wird vom 26. bis 29.09.2012 in Stuttgart stattfinden.

*Dr. Christine Langer  
Verein Sächsischer Kieferorthopäden e.V.*

## Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“.

Auch 2012 soll dies wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen.

Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin unter Telefon 030 450576-018/-016.

# Regelmäßige lokale Doxycyclin unterstützte parodontale Nachsorge konstant über fünf Jahre in der viertel- und halbjährlichen Erhaltungstherapie (Teil 3)

– Retrospektive, vergleichende klinische Fünf-Jahres-Studie –

## 1. Einleitung

Bakterien sind ein primärer Auslöser der Parodontitis, aber das körpereigene Immunsystem ist maßgeblich für den desmodontalen Gewebeabbau verantwortlich.

Der parodontale Knochen wird über das Boneremodelling innerhalb von 142 Tagen komplett abgebaut und durch neuen Knochen ersetzt (Max et al., 1996). Boneremodelling bezeichnet die Interaktion der Osteoblasten und Osteoklasten. Es ist ein zyklischer, kontrollierter Prozess, der üblicherweise den Status quo aufrechterhält und nicht die Größe und Form des Knochens verändert. Dieser Prozess läuft über ein streng kontrolliertes Überwachungssystem. Die Aktivierung der Osteoklasten erfolgt vornehmlich durch Matrix Metalloproteinasen. Eines der wesentlichen Charakteristika der MMPs ist, dass sie zur Funktionsfähigkeit zwei Zinkionen enthalten (Falkenberg, 2004, Koch, 2006). Tetracycline inaktivieren aktivierte MMPs reversibel über eine Bindung der Zinkionen (Golub et al., 1998). In Tierversuchen konnte nachgewiesen werden, dass lokale Applikation von Doxycyclin in Knochentaschen zu einer beschleunigten Regeneration und zu einem parodontalen Boneremodelling bzw. Bonemodelling führt (Zetner, Stolan, 2005).

## 2. Ziel der Arbeit

Ziel der retrospektiven klinischen 5-Jahres-Untersuchung war es, festzustellen, inwieweit die lokale subgingivale adjuvante Applikation von Doxycyclin bei sanierten, parodontal vorgeschädigten Patienten im Praxisrecall zu klinischen Verbesserungen führt. Dabei wurden insbesondere parodontale Risikopatienten, Diabetiker und Raucher berücksichtigt.

## 3. Material und Methoden

### 3.1 Auswahl des Patientengutes und Gruppeneinteilung

Die an der Studie teilnehmenden Probanden rekrutierten sich aus dem Praxisrecall. Nach Abschluss der Korrektivphase beginnt die Phase der Erhaltungstherapie. Hierbei wird der Patient in ein Recallsystem integriert. Zur Festlegung des individuellen Zeitabstandes wurde das Berner

Spinnenmodell (Lang & Tonetti, 1996) *Abb.1* eingesetzt. Anhand festgelegter Kriterien wird der Patient in ein vierteljährliches oder ein halbjährliches Recallsystem mit oder ohne Doxycyclinapplikation zugeordnet (*Tabelle 1*).

Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung war eine regelmäßige Recallteilnahme. In den untersuchten 5 Jahreszeiträumen wurde nur ein versäumter

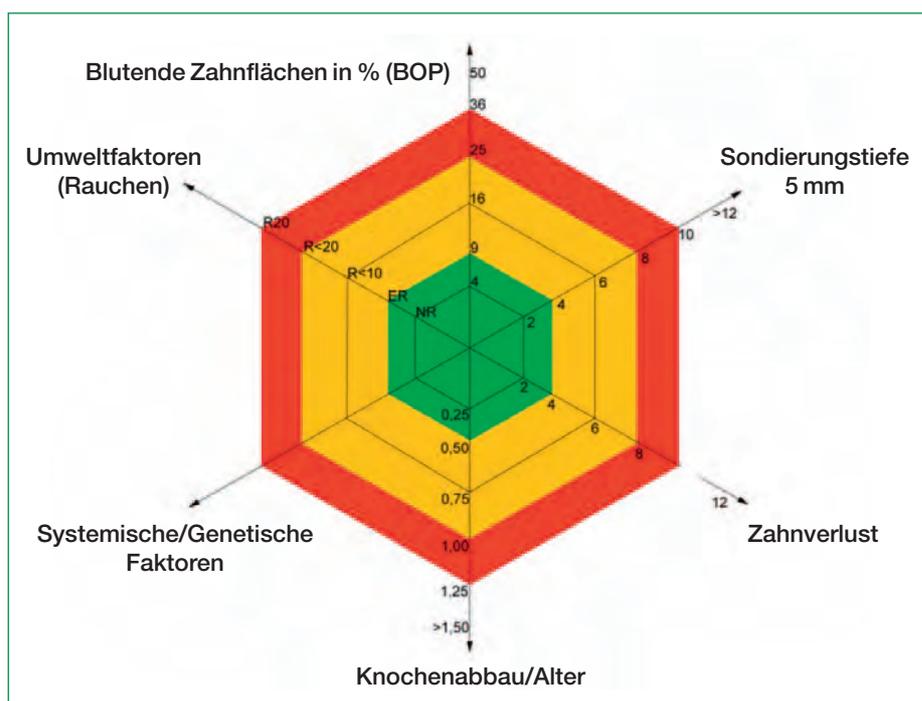


Abb. 1 – Von uns genutzte PA-Risikoanalyse – Berner Spinne (Lang & Tonetti, 1996)

niedriges Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Alle Parameter in der niedrigen, grünen Kategorie	Max. 2 Parameter in der mittleren, gelben Kategorie	Mehr als 2 Parameter in der mittleren, gelben Kategorie
Recallfrequenz einmal pro Jahr	zweimal pro Jahr	viermal pro Jahr

Tabelle 1 – PA-Risikoeinschätzung zur Berner Spinne – Knochenabbau/Alter

## Fortbildung

Termin akzeptiert. Wurde in den 5 Jahren mehr als ein Termin versäumt, kam dieser Patient nicht mit in die Auswertung (s. Tabelle 2).

Raucher und Nichtraucher wurden in extra Gruppen berücksichtigt. Wir haben zusammenfassend folglich 3 Blöcke mit 6 Patientengruppen (s. Tabelle 3):

### 3.2 Ausgewertete Parameter

Die Erhebung der klinischen Parameter erfolgte durch 3 Prophylaxehelferinnen. Keine der Prophylaxehelferinnen war zum Zeitpunkt der Messungen darüber informiert, dass eine Auswertung im Rahmen einer klinischen Studie geplant war.

Die Anwendung der druck-kalibrierten Sonde Peri Probe® Gerät (Vivadent FL-Schaan) sicherte standardisierte Ergebnisse.

#### 3.2.1 Anzahl der Zähne

Die Erhaltung der Zähne ist das eigentliche Ziel. Die Zahl der nach der Behandlung verlorenen Zähne dient als bestgeeignetes Kriterium für die Bewertung von Erfolg oder Nichterfolg einer Parodontaltherapie. In der Praxis werden jedoch alternative Ersatzkriterien zu Hilfe genommen, da das Kriterium Zahnzahl für die Diagnostik zu weitsichtig ist.

Bei jeder Untersuchung wurde ein kompletter Zahnstatus erhoben. Bezugnehmend

auf unser Risikoprofil – Berner Spinne – erfolgt die Einteilung nach der Anzahl der verlorenen Zähne, wobei die Weisheitszähne nicht berücksichtigt werden: bis 4 verlorene Zähne – niedriges Risiko, bis 8 verlorene Zähne – mittleres Risiko, über 8 verlorene Zähne – hohes Risiko.

#### 3.2.2 Bleeding on probing (BOP)

Die Messungen erfolgten mit der druckkalibrierten Sonde mit dem Peri Probe® Gerät (Vivadent FL-Schaan). Hier haben wir einen Sondendurchmesser von 0,4 mm und eine konstante Sondenkraft von 0,25 N, dadurch soll eine Traumatisierung des Gewebes verhindert werden. Bis maximal 10 s nach der Messung wird mit der Entscheidung Blutung ja/nein gewartet. Bezugnehmend auf unser Risikoprofil – Berner Spinne – erfolgt die Einteilung, nach der Prozentzahl der blutenden Stellen im Gesamtgebiss: bis 10 % – niedriges Risiko, bis 25 % – mittleres Risiko und über 25 % – hohes Risiko.

#### 3.2.3 Sondierungstiefenmessung

Die Taschentiefe wird an jedem Zahn an 4 Positionen mesial, buccal, distal und oral gemessen. Der Parameter Taschentiefe gibt die durchschnittlichen Taschentiefen wieder.

#### 3.2.4 Sondierungstiefe – Anzahl der Taschen tiefer als 5,5 mm

Es handelt sich um dieselbe Messung wie unter Punkt 3.2.3 beschrieben. In die Auswertung kamen alle Messungen, die tiefer als 5,5 mm waren. Bezugnehmend auf unser Risikoprofil – Berner Spinne – erfolgt die Auswertung der Taschentiefe nach Anzahl der tiefen Taschen: bis 4 –

Recallpatienten Gruppe	Anzahl der Patienten für die Studie			
	Insgesamt	Gesamt	Nichtraucher	Raucher
vierteljährlich PZR + Doxy	479 100,00 % <b>32,19 %</b>	50 10,44 % <b>11,47 %</b>	43 86,00 % <b>12,88 %</b>	7 14,00 % <b>6,86 %</b>
halbjährlich PZR + Doxy	511 100,00 % <b>34,34 %</b>	263 51,00 % <b>60,32 %</b>	193 73,38 % <b>57,78 %</b>	70 26,62 % <b>68,63 %</b>
halbjährlich PZR	498 100,00 % <b>33,47 %</b>	123 24,70 % <b>28,21 %</b>	98 79,67 % <b>29,34 %</b>	25 20,33 % <b>24,51 %</b>
Recallpatienten insgesamt	1.488 100,00 % <b>100,00 %</b>	436 29,30 % <b>100,00 %</b>	334 76,60 % <b>100,00 %</b>	102 23,40 % <b>100,00 %</b>

Tabelle 2 – Probandenverteilung

	Nichtraucher		Raucher	
	mit Doxycyclin	ohne Doxycyclin	mit Doxycyclin	ohne Doxycyclin
Block 1 vierteljährliches Recall	1. Patientengruppe		2. Patientengruppe	
Block 2 halbjährliches Recall	3. Patientengruppe		4. Patientengruppe	
Block 3 halbjährliches Recall	5. Patientengruppe		6. Patientengruppe	

Tabelle 3 – Gruppenzuordnung

niedriges Risiko, bis 8 – mittleres Risiko, über 8 – hohes Risiko.

### 3.3 Professionelle Zahnpflege und Erhaltungstherapie

Bei jedem Recalltermin wurden folgende Therapien durchgeführt:

1. Untersuchung: In jedem Recalltermin erfolgte eine Untersuchung einschließlich API inklusive anfärben, SBI, PUS. Alle 2 Jahre erfolgte eine Taschenmessung mit der druckkalibrierten Sonde an 4 Stellen des Zahnes und es wurde der BOP und der PSI erhoben.
2. Reevaluation: Wurde in der Untersuchung PUS diagnostiziert, erfolgte eine Nachbehandlung nach 2 bis 6 Tagen.
3. Remotivation und Reinstruktion: Je nach Bedarf erfolgten in jeder Sitzung eine Remotivation und gegebenenfalls Reinstruktion inklusive anfärben.
4. Biofilmmangement: Der Therapiebeginn erfolgt mit dem Ultraschallsystem Piezon® und Air Flow® (EMS CH-Nyon). Hiermit werden die harten Beläge entfernt. Die weichen Beläge werden mit dem Air Flow Pulverstrahler® (EMS CH-Nyon) entfernt. Nach Abschluss der Behandlung wird mit dem Diagnostikonkrementsuchgerät® (Kavo Biberach) das Behandlungsergebnis kontrolliert. Gegebenenfalls kommen Handküretten zum Einsatz. Alle Taschen tiefer als 5,5 mm werden mit dem Dürr Vector® (Dürr-Dental Bietigheim-Bissingen) nachbehandelt. Abschließend erfolgt eine Behandlung mit dem CHX®-Paradentospay (Dürr-Dental Bietigheim-Bissingen).
5. Restaurationskontrolle: In jeder Sitzung erfolgt eine Restaurationskontrolle im Randbereich inklusive notwendiger Korrekturen.
6. Sensibilitätskontrolle: Bedingt durch die parodontale Vorschädigung liegen oft Zahnhalsbereiche frei, die sensibel reagieren. Dieses wird jedes Mal kontrolliert und gegebenenfalls mit Tooth Mousse behandelt, bis der Patient völlig beschwerdefrei ist.
7. Lokales Doxycyclin: Nach entsprechender Aufklärung und Einverständnis durch den Patienten erfolgt in allen Taschen mit positiven Entzündungszeichen eine lokale Doxycyclinapplikation. Zur Verhinderung eines zu schnel-

len Abflutens des Doxycyclins wird dieses mit dem resorbierbaren Wundverband RESO-PAC® (Hager & Werken GmbH & Co. KG) abgedeckt. Bei Rauchern und Diabetikern werden nicht nur die Taschen mit positiven Entzündungszeichen behandelt, sondern das Doxycyclin wird in alle Taschen appliziert.

## 4. Statistische Analyse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mithilfe des SPSS-Programms für Windows in der Version 10.0. Es sind Voraussetzungen zur Anwendung des t-Test nach Student gegeben.

## 5. Ergebnisse

Wie aus der Tabelle 2 zu entnehmen, haben wir in unserer 5-Jahres-retrospektiven Untersuchung insgesamt 1.488 Patienten nachuntersucht. Von insgesamt 1.488 Recallpatienten konnten 436 (29,3 %) ausgewertet werden. Zu Untersuchungsbeginn gab es keine nennenswerten Unterschiede in der Anzahl der Patienten in den einzelnen Gruppen. Bedingt durch das signifikant unterschiedliche Recallverhalten in den einzelnen Gruppen, sind die ausgewerteten Patientengruppen allerdings sehr verschieden, wobei die vierteljährliche PZR + Doxycyclingruppe das schlechteste und die halbjährliche PZR Doxycyclingruppe das beste Recallverhalten zeigte.

Von insgesamt 1.488 für diese Studie auswertbaren Recallpatienten ist weniger als ein Drittel, nur 29,30 % = 436 Patienten, den Recallterminen regelmäßig gefolgt. Von den 436 Patienten sind 76,60 % = 334 Patienten Nichtraucher und 23,40 % = 102 Patienten Raucher. Das beste Recallverhalten zeigte die Patientengruppe halbjährliches PZR und zusätzlich Doxycyclin mit 51 %. Von 511 Patienten konnten 263 ausgewertet werden. Davon waren 73,38 % = 193 Patienten Nichtraucher und 26,62 % = 70 Patienten Raucher.

In der Patientengruppe halbjährliches PZR ohne Doxycyclin war das Recallverhalten nur halb so gut wie in der Gruppe mit Doxycyclin. Von den 498 Patienten kamen 24,70 % = 123 regelmäßig zu den

Recallterminen, davon 79,67 % = 98 Nichtraucherpatienten und 29,33 % = 25 Raucherpatienten. Das schlechteste Recallverhalten hatten die Patienten der vierteljährlichen Gruppe. Von 479 Patienten nutzten nur 50 regelmäßig die Recalltermine, davon waren 86 % = 43 Nichtraucher und 14 % = 7 Raucher. Wir hatten keine Patienten, die mit einem vierteljährlichen Recall einverstanden waren, eine lokale Doxycyclinapplikation ablehnten und regelmäßig fünf Jahre lang die Recalltermine einhielten. Statistisch signifikant auffällig ist auch die Zusammensetzung Raucher – Nichtraucher in den drei Gruppierungen. Zum Erstellen der „Berner Spinne“ für die Risikoanalyse wird der Patient auch nach seinen Rauchgewohnheiten befragt. Nur Nichtraucher und ehemalige Raucher, die aber seit drei Jahren bereits nicht mehr rauchen, sind in unserer Einteilung Nichtraucher. Die meisten Raucher haben wir in der Gruppe halbjährliches PZR + Doxycyclin mit 193 Nichtrauchern und 70 Rauchern, das einem Verhältnis von 1 Raucher zu 2,76 Nichtrauchern entspricht. In der Gruppe halbjährliches PZR ohne Doxycyclin haben wir 98 Nichtraucher und 25 Raucher, das einem Verhältnis von 1 Raucher zu 3,93 Nichtrauchern entspricht. Die wenigsten Raucher haben wir in der vierteljährlichen PZR + Doxycyclingruppe mit 43 Nichtrauchern und 7 Rauchern, das einem Verhältnis von 1 Raucher zu 6,14 Nichtrauchern entspricht.

### Gruppenaufbau:

Es erfolgten neun Vergleiche zwischen den sechs Patientengruppen. In Auswertung aller Ergebnisse und Vergleiche lässt sich feststellen, dass sich die klinischen Parameter in den vier Doxycyclingruppen statistisch hoch signifikant verbessert und in den zwei Kontrollgruppen trotz regelmäßiger Prophylaxe statistisch signifikant verschlechtert haben. In allen drei Vergleichen Raucher/Nichtraucher erreichten Nichtraucher statistisch signifikant bessere Ergebnisse als Raucher, obgleich sich auch in den beiden Doxy-Rauchergruppen die Werte verbesserten. Die Anzahl der Zähne blieb in den Doxy-Nichtrauchergruppen konstant. In der Viertel-Doxy-R-Gruppe gab es einen

Zahnverlust von 0,15 und in der Halb-Doxy-R-Gruppe von 0,2 Zähnen in fünf Jahren. In der ohne Doxy-NR-Gruppe gab es einen Zahnverlust von 0,64 und in der ohne Doxy-R-Gruppe einen Zahnverlust

von 0,48 Zähnen in den fünf Jahren (s. Abb. 2).

Der BOP war bei allen Doxy- und Rauchergruppen verringert, in der ohne Doxy-NR-Gruppe dagegen um 34,9 angestie-

gen. Das beste statistisch hoch signifikante Ergebnis erreichte die Viertel-Doxy-NR-Gruppe mit einer Reduzierung von 67,4.

Die durchschnittliche Taschentiefe reduzierte sich statistisch signifikant in allen Doxycyclin-Gruppen. Das beste Ergebnis erreichte die Viertel-Doxy-NR-Gruppe mit einer Reduktion von 0,9 mm, gefolgt von der Halb-Doxy-NR-Gruppe 0,4 mm, Viertel-Doxy-R-Gruppe und Halb-Doxy-R-Gruppe mit je 0,2 mm. In den Gruppen ohne Doxycyclin kam es in den fünf Jahren zu einer statistisch signifikanten Vertiefung der Taschen. In der Halb-ohne-Doxy-NR-Gruppe um 0,8 mm und in der Halb-ohne-Doxy-R-Gruppe um 1,2 mm (s. Abb. 3 bis 5).

In allen Doxygruppen reduzierte sich die Anzahl der Taschen, die tiefer waren als 5,5 mm, statistisch hoch signifikant. Das beste Ergebnis erreichte die Viertel-Doxy-NR-Gruppe mit einer Reduzierung um 5,9 Taschen, gefolgt von der Viertel-Doxy-R-Gruppe mit 3,6 Taschen, Halb-Doxy-NR-Gruppe mit 2,8 Taschen und der Halb-Doxy-R-Gruppe mit 2,5 weniger tiefen Taschen. In den Gruppen ohne Doxycyclin wurde die Anzahl der tiefen Taschen im Gegensatz dazu statistisch höchst signifikant schlechter. In der Gruppe Halb- ohne-Doxy-NR um 3,2 und in der Gruppe Halb-ohne-Doxy-R um 5,3 Taschen.

In Auswertung unserer Untersuchungen kommen wir zu nachfolgenden Ergebnissen:

1. Regelmäßige halbjährliche PZR ist nicht ausreichend, um den weiteren Knochenabbau zu stoppen.
2. Halbjährliche regelmäßige PZR und Doxycyclin bei Rauchern und Nichtrauchern stoppt den weiteren Knochenabbau bei Empfehlung „Berner Spinne“ halbjährlich.
3. Vierteljährliche regelmäßige PZR und Doxycyclin bei Rauchern und Nichtrauchern führt zu Attachmentgewinnen.
4. Raucher zeigen schlechtere klinische Ergebnisse als Nichtraucher.
5. Ein vierteljährliches Recall bei Parodontitis-Risikopatienten (Berner Spinne – vierteljährlich), Rauchern und Diabetikern erzielt signifikant die besten Ergebnisse.

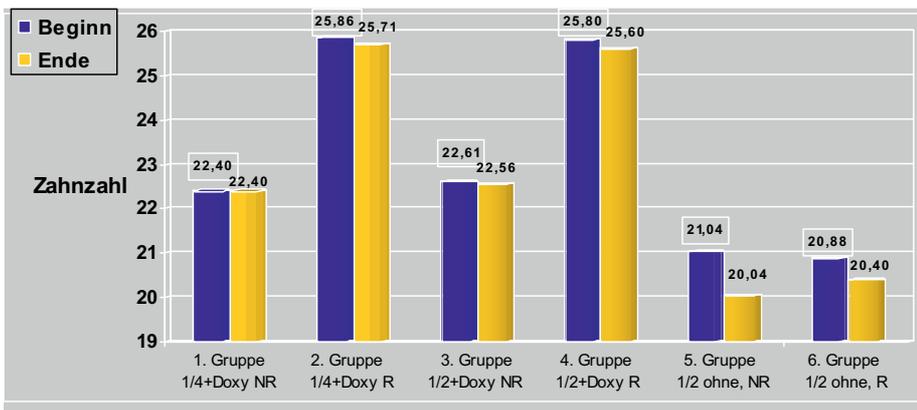


Abb. 2 – Gegenüberstellung aller Patientengruppen nach der Anzahl der vorhandenen Zähne zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen

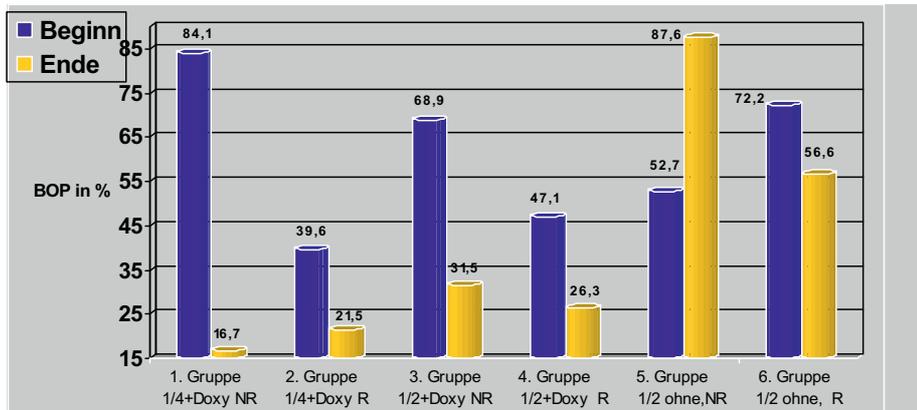


Abb. 3 – Gegenüberstellung aller Patientengruppen im BOP zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen

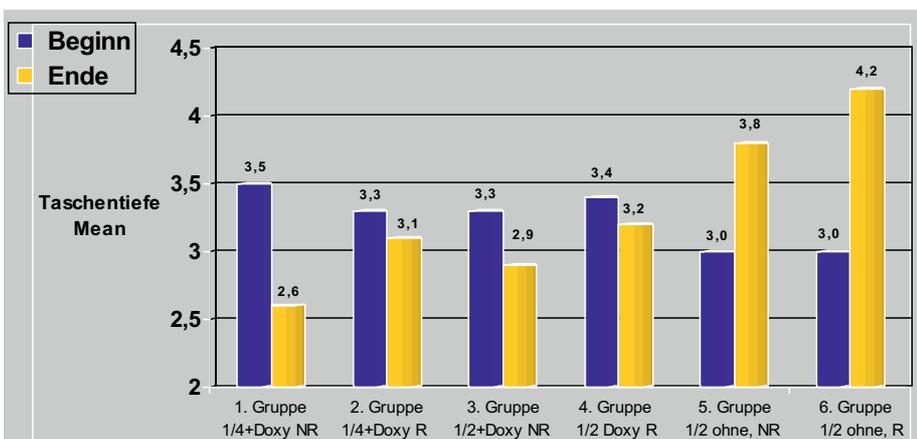


Abb. 4 – Gegenüberstellung aller Patientengruppen in der durchschnittlichen Taschentiefe zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen

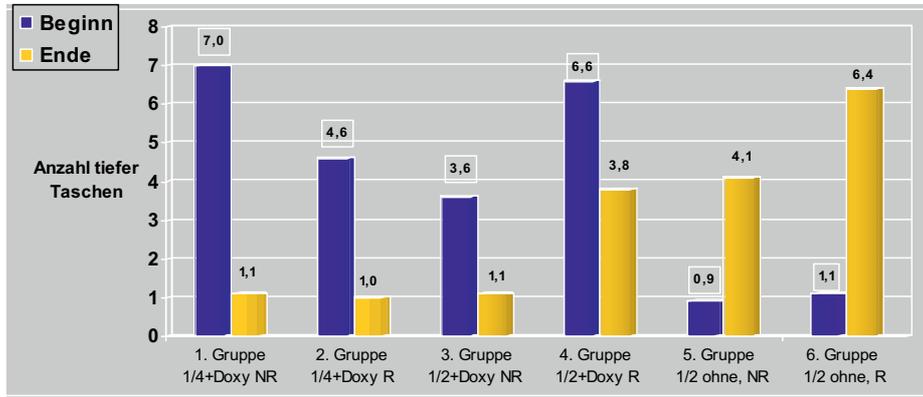


Abb. 5 – Gegenüberstellung aller Patientengruppen in der Anzahl der tiefen Taschen zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen

6. Hinsichtlich der Compliance-Bewertung zeigen der Parodontitis Risikopatient (Berner Spinne – vierteljährlich), Raucher und Diabetiker die schlechtesten Ergebnisse.

## 6. Diskussion

Von insgesamt 1.488 für diese Studie auswertbaren Recallpatienten ist weniger als ein Drittel, nur 29,30 % = 436 Patienten, den Recallterminen regelmäßig gefolgt. Diese Prozentzahlen decken sich mit den Prozentzahlen anderer Studien zum Recallverhalten. Eine positive Compliance unter Praxisbedingungen ist lediglich für 35 % bis 60 % der Patienten beschrieben (Mendoza et al., 1991, Novaes et al., 1996, Novaes & Novaes, 1999, Ojima et al., 2005).

Die Immunreaktion auf mikrobielle Plaque mit dem Faktor Geschlecht zeigt unterschiedliche Reaktionen (Waschul,

2006). Wir haben in allen Vergleichen zwischen den Patientengruppen keine signifikanten Unterschiede in der prozentualen Zusammensetzung männlich/weiblich festgestellt.

Sehr viele Autoren haben sich mit der regelmäßigen Erhaltungstherapie auseinandergesetzt. Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass die regelmäßige professionelle Zahnreinigung im individuell richtigen Abstand ausreicht, um die parodontalen Destruktionsvorgänge zu beenden. Die entscheidenden Kriterien sind hierbei die Mitarbeit und Motivation der Patienten, die Regelmäßigkeit und der individuell richtige Abstand der PZR (Flores-de-Jacoby, 1991, Heidemann et al., 2005, Hellwege, 1999, Kleber, 2000, Raitetschak & Wolf, 2004). Im Gegensatz zu diesen Autoren kommen wir mit unseren Untersuchungen nicht zu dem Ergebnis, dass professionelle Zahnreinigung im richtigen individuellen Abstand vor paro-

dontaler Destruktion schützt. Unsere 5. Gruppe (PZR ohne Doxy-NR) zeigte in dem 5-Jahres-Kontrollzeitraum parodontale Destruktionszeichen und parodontalen Zahnverlust.

Wie Zetner & Stoian (2005) in Tierversuchen nachweisen konnten, führt die lokale Applikation von Doxycyclin in Knochenaschen zu einer beschleunigten Regeneration, zu einem ausgeglichenen Bone Remodelling, zu einem parodontalen Bone Modelling. In unseren Untersuchungen kamen auch wir zu dem Resultat, dass in den Patientengruppen, die regelmäßig lokal Doxycyclin erhalten, die Anzahl der tiefen Zahnfleischtaschen weniger wurden, die durchschnittliche Taschentiefe und der BOP sich verringerte. Die Doxygruppen hatten keinen Zahnverlust über fünf Jahre.

Bei Rauchern verläuft die Parodontitis doppelt so schnell mit doppelt so schnellem Knochenabbau (Bolin et al., 1993). Auch in unserem Vergleich 5. Gruppe Nichtraucher/6. Gruppe Raucher ohne lokales Doxycyclin kommen wir zu gleichem Ergebnis trotz regelmäßiger PZR. Ryder et al. (1999) kategorisierten ihre Teilnehmer in Nichtraucher, ehemalige Raucher und Raucher. In der Untersuchung wurde deutlich, dass in der mit Doxycyclin behandelten Gruppe generell keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den drei Raucherkategorien festgestellt wurden. Auch in unseren Untersuchungen können wir dieses bestätigen.

## 7. Schlussfolgerungen

In unserem Therapiebestreben ist das anzustrebende Ziel die Zahnerhaltung. In der Abb. 6 ist die durchschnittliche Anzahl der Zähne in den Gruppen gegenübergestellt.

Die Abb. 6 zeigt, dass in allen Patientengruppen mit ergänzender Doxycyclinapplikation in dem 5-Jahres-Kontrollzeitraum es zu keinem Zahnverlust kam. In den beiden Kontrollgruppen ohne Doxycyclin konnten wir in den fünf Jahren einen Zahnverlust feststellen.

Unsere Untersuchungen lassen die Schlussfolgerung zu: Bei Patienten, die nach dem Risikoprofil „Berner Spinne“ in ein vierteljährliches Recallsystem integriert werden, zeigt eine, die konventi-

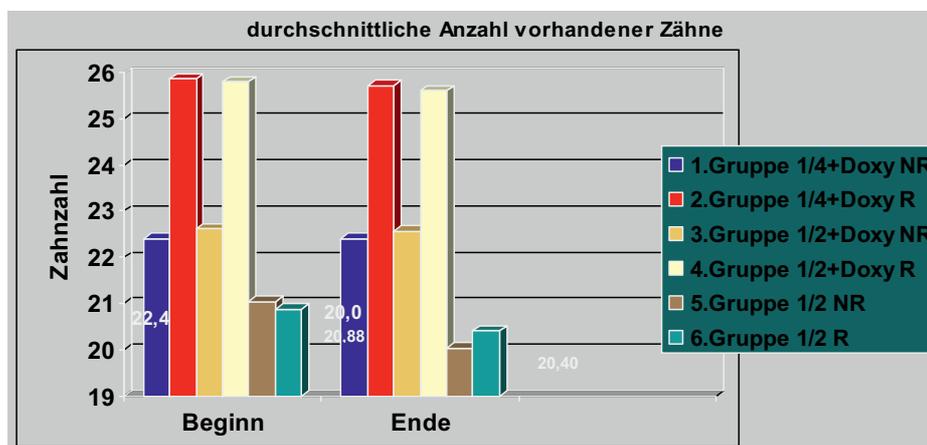


Abb. 6 – Gegenüberstellung der Anzahl der Zähne

## Fortbildung

onelle Therapie ergänzende, subgingivale Doxycyclin-Applikation höchst signifikante klinische Vorteile. Patienten, die dem halbjährlichen Risikoprofil zugeordnet werden, haben keine direkte Indikation zur parallelen subgingivalen Doxycyclinapplikation, da sie kein erhöhtes parodontales Risiko haben. Bei Rauchern und Diabetikern ist eine subgingivale Doxycyclinapplikation als Ergänzung zur konventionellen Therapie sinnvoll.

### 8. Therapieempfehlung

Parodontalerkrankungen sind weit verbreitet. Jeder Zahnarzt sieht jeden Tag derartige Patienten. Genau wie die Kariesentfernung gehört auch die Parodontaltherapie in die Hand jedes Zahnarztes. Die adjunktive Doxycyclintherapie stellt eine solide nichtchirurgische Therapievariante dar und sollte alternativ in die

Überlegungen aller Zahnärzte einbezogen werden. Doxycyclin bekämpft die Entzündung, lindert die Beschwerden und fördert die Heilung und das nicht nur in der Parodontaltherapie, sondern schnell wirksam und unkompliziert bei allen lokalen entzündlichen Geschehen (Dolor Post, Dentito, OP-Schutz und Nachsorge, Granulom, etc.) Im Gegensatz zu allen anderen bekannten Therapievarianten hemmt Doxycyclin den Knochenabbau. Doxycyclin greift direkt in den Knochenabbauprozess ein. Alle anderen Therapievarianten versuchen nur, die Qualität und Quantität der Mikroflora zu beeinflussen. Indirekt, über die dann weniger pathogen wirkende Kraft, reguliert sich die Immunantwort. Nur Doxycyclin kann am lokalen Wirkort direkt die aktivierten Osteoklasten hemmen, unabhängig von der Immunreaktion.

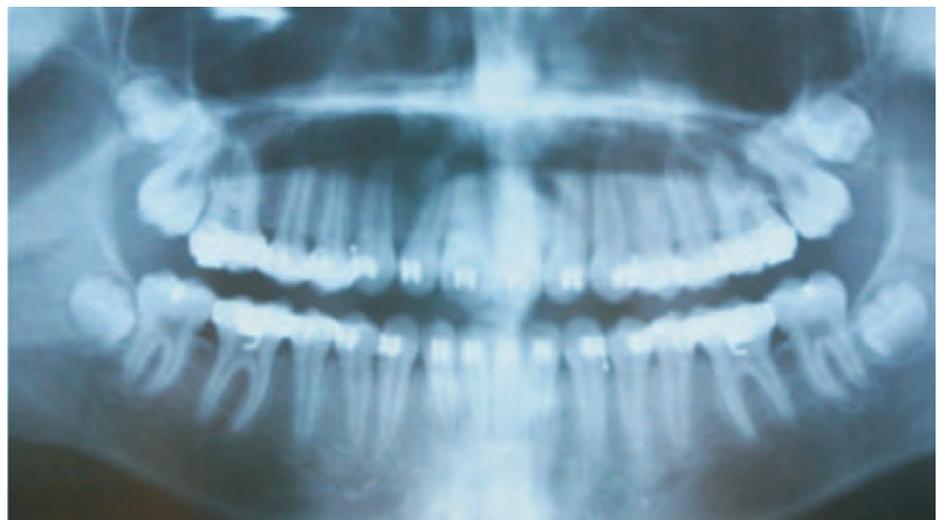
Weitere Informationen rund um das Doxycyclin, einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe, können beim Autor erfragt werden.

*Dr. Ronald Möbius  
MSc Parodontologie, Brühl  
E-Mail: info@moebius-dental.de  
Fax: 038483 31539*

## Zähne röntgen zeigt Risiko für Knochenbrüche

Röntgenaufnahmen der Zähne lassen erkennen, ob generell ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche (Frakturen) besteht. Das entdeckten schwedische Forscher der Sahlgrenska Academy der University of Gothenburg. Aus einer früheren Studie war bereits bekannt, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen einer „Ausdünnung“ im sogenannten trabekulären Knochen des Unterkiefers und einem erhöhten Frakturrisiko an anderen Körperstellen. Als trabekulären Knochen bezeichnen Mediziner den inneren Bereich eines Knochens, bestehend aus einem schwammartigen Netzwerk aus Knochenbälkchen. Es wird nach außen umschlossen von einer dichteren und kompakteren Gewebeschicht, dem kortikalen Knochen. Wie die Gothenburger Wissenschaftler nun nachweisen konnten, geben normale Zahnrontgenbilder Aufschluss über die Knochenstruktur im Unterkiefer und somit über das Risiko für künftige Frakturen.

Die Forscher stützten sich in ihrer Arbeit auf die Daten von 731 Teilnehmerinnen der Prospective Population Study of Women in Gothenburg: Diese Studie ver-



folgt seit 1968 die gesundheitliche Entwicklung von Frauen, die am Beginn der Untersuchung zwischen 38 und 60 Jahre alt waren. In den vergangenen 40 Jahren wurden die Frauen mehrfach ärztlich und zahnärztlich untersucht.

Die Forscher der Sahlgrenska Academy interessierten sich insbesondere für Zahn-Röntgenbilder aus den Jahren 1968 und 1980. Sie werteten diese im

Hinblick auf dokumentierte Knochenbrüche der Frauen aus.

*NetDoktor, 24.1.2012*

## Zwischenergebnisse laufender Anwendungsbeobachtung zur Parodontalbehandlung liegen vor

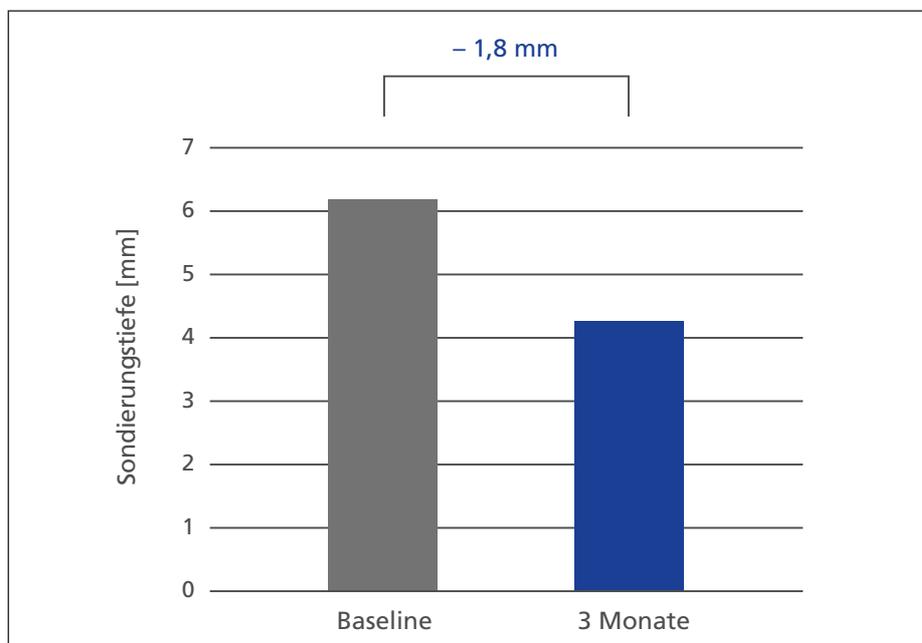
In einer bundesweiten Anwendungsbeobachtung (AWB) nach Arzneimittelgesetz wurde das Lokalantibiotikum Ligosan Slow Release von 151 Zahnärzten an insgesamt 1.281 Zähnen bei 481 Patienten unterstützend bei einer Parodontalbehandlung eingesetzt. Die Befunde wurden bzw. werden vor der Behandlung (Baseline) sowie im Rahmen der Recalls nach 3, 6 und 12 Monaten erhoben. Ziel der Anwendungsbeobachtung ist es, das Präparat unter Praxisbedingungen im Hinblick auf Produktsicherheit, Wirksamkeit und Handhabung zu untersuchen.

### Das Produkt

Es ist ein topisch anzuwendendes Doxycyclingel, welches biodegradierbar ist und zur adjuvanten Therapie der chronischen und aggressiven Parodontitis bei  $ST \geq 5$  mm empfohlen wird. Es ergänzt die nicht-chirurgische Standardtherapie bei Parodontitis. Als Lokalantibiotikum wirkt dieses nicht nur gezielt, sondern auch schonend. Für den Patienten bedeutet dies eine geringe systemische Doxycyclin-Belastung – für den Therapierenden eine unkomplizierte Behandlung, da sich das Gel selbsttätig abbaut. Das Gel ermöglicht, durch seine zunächst fließende Konsistenz, auch schwer erreichbaren Zonen der Parodontaltasche zu therapieren. Durch die Erhöhung der Viskosität in wässriger Umgebung verbleibt es am Wirkort. Die kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffs in ausreichend hoher Konzentration verläuft über die Dauer von mindestens 12 Tagen.

### Die Zwischenergebnisse

Zum Baseline-Zeitpunkt betrug die durchschnittliche Taschentiefe 6,1 mm. Bereits zum 1. Recall (3 Monate) wurde eine deutliche Verringerung der Sondierungstiefe um durchschnittlich 1,8 mm beobachtet (siehe Abbildung). In über 50 % der Fälle konnte eine Re-



**Nach 3 Monaten reduzierte sich die Sondierungstiefe um durchschnittlich 1,8 mm**

duzierung der Taschentiefen auf  $< 5$  mm erzielt werden. Der Attachment Loss (AL) konnte im Schnitt um 1,4 mm vermindert werden. Der Sulcus-Blutungs-Index (SBI) der Patienten verbesserte sich durchschnittlich um 39 %. Die Mehrheit der teilnehmenden Parodontologen bezeichnen die Applikation als einfach (66 %) bzw. als schnell (77 %).

Die ersten Zwischenergebnisse der AWB bestätigen die Ergebnisse der klinischen Studien: Auch unter Praxisbedingungen ist durch den Einsatz des Lokalantibiotikums eine Reduktion der Sondierungstiefen und die Verbesserung des Attachment-Levels erzielbar, die mit den Ergebnissen der Zulassungsstudie vergleichbar sind.

### Zum Unternehmen:

Der Edelmetall- und Technologiekonzern Heraeus mit Sitz in Hanau ist ein weltweit tätiges Familienunternehmen mit einer 160-jährigen Tradition.

Die Kompetenzfelder umfassen die Bereiche Edelmetalle, Materialien und Technologien, Sensoren, Biomaterialien und Medizinprodukte, Dentalprodukte sowie Quarzglas und Speziallichtquellen. Mit einem Produktumsatz von 4,1 Mrd. € und einem Edelmetallhandelsumsatz von 17,9 Mrd. € sowie weltweit über 12.900 Mitarbeitern in mehr als 120 Gesellschaften hat das Unternehmen eine führende Position auf seinen globalen Absatzmärkten.

Weitere Informationen:

**Heraeus Kulzer GmbH**  
**Telefon 06181 352999**  
**[www.heraeus-dental.com](http://www.heraeus-dental.com)**

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

## Herstellerinformation/Kleinanzeigen

# Mundhygiene ist Kopfarbeit



Im Berliner Velodrom wurde im vergangenen Jahr ein 12 Jahre alter Bahnrekord endlich unterboten – um 43 Tausendstelsekunden. In der Mundpflege ist es ähnlich: Auch bei der Vorsorge, etwa der Periimplantitisprävention in der Praxis oder der häuslichen Prophylaxe des Patienten, wird bereits auf hohem Niveau gehandelt, aber es geht immer noch etwas besser. Wie sich neue Bestmarken bei der präventionsorientierten Zahnheilkunde setzen lassen, verriet jetzt das 4. Oral-B Symposium in dieser attraktiven Veranstaltungshalle.

Wie auch beim Sport, ist ein Erfolg bei der Mundhygiene, laut neuesten Erkenntnissen, letztendlich Kopfsache. Damit aber Patienten die Wichtigkeit einer angemessenen Prophylaxe verinnerlichen können, müssen die Vorteile geschickt kommuniziert werden.

Um Zahnärzte und Praxisteams noch fitter zu machen, versammelt das Schwalbacher Unternehmen zum vierten Mal renommierte Referenten der Zahnmedizin und der Kommunikation zu einem Symposium am 20. April, unter der Schirmherrschaft des DGP-Präsidenten Prof. Dr. Peter Eickholz. Vorträge und begleitende Workshops vermitteln innovative Gedanken sowie neue Praktiken in der präventiven Zahnheilkunde. Abgerundet wird das Ereignis durch ein Abendevent besonderer Art, der ersten „Night in Motion“ mit überraschenden Show-Acts, Gaumenfreuden und Live-Musik im Kreis der Kollegen.

Einzelheiten zum Programm des Kongresses „Change your mind – Mundhygiene ist Kopfarbeit“, der mit bis zu 6 Weiterbildungspunkten dotiert ist, sind im Internet erhältlich.

Weitere Informationen und Anmeldungen:

**Procter & Gamble Germany GmbH**

Telefon 06196 8901, [www.oralbsymposium.de](http://www.oralbsymposium.de)

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

## Praxisabgabe/-übernahme/-vermietung

Allgem. Zahnheilkunde und 20 % KFO, 2 Beh.-Zimmer, erweiterbar, OPG, Kleinstadt 25 km von Leipzig  
Tel. 034296/42905, Fax -49120

Langjährig bestehende Zahnarztpraxis ab Mitte 2012 abzugeben. Allgemeinärztin im gleichen Haus; Raum Zwickau-Land. Chiffre 0911

1 Praxis in Chemnitz, 2 BHZ (3. möglich), interessante Lage abzugeben  
[matthias.hilscher@ident-online.de](mailto:matthias.hilscher@ident-online.de) oder 03501/470250

Gut gehende Landpraxis im Raum Marienberg aus Altersgründen ab Juli 2012 abzugeben; Chiffre 0912

Zwickauer Land, moderne umsatzstarke Einzelpraxis mit 3 BHZ 2012 abzugeben.  
Chiffre 0909

Zahnarztpraxis altersbedingt ab 2013 auf der Insel Usedom (250 m zum Strand) abzugeben. Einfamilienhaus, voll ausgebaut Kellergeschoss mit Garage, Erdgeschoss – Zahnarztpraxis, Obergeschoss – Ferienwohnung, mit Grundstück und Parkplätzen  
Telefon 0171 1920885

## Stellenangebote/Stellensuche

Angest. ZA/ZÄ, Entl.-Ass. mit 2-jähr. Berufserfahrung in Allg. ZAP in Radeburg für 30 h/W. ab April 2012 gesucht.  
Telefon 035208/2737

Radebeuler Praxis sucht dynamische Mitarbeiterin mit Abrechnungskennnissen und Interesse für Praxisorganisation  
Telefon 0351 8362393

**KFO – Allgäu**  
Wir suchen KFO/in für junge freudl. Praxis in liebenswerter Stadt mit außerg. hohem Freizeitwert. Wir bieten das ges. KFO-Spektr. und eine überdurchschn. Bezahlung. Wir freuen uns auf Sie und Ihre Unterstützung.  
**Praxis Dr. Roloff**  
Telefon 0175/8651262  
[info@roloff-kfo.de](mailto:info@roloff-kfo.de)

## Markt

**MARION LAUNHARDT**  
Steile Straße 17  
01259 Dresden  
Tel. (03 51) 2 03 36 10  
Fax (03 51) 2 03 36 60  
[www.KFO-aus-Sachsen.de](http://www.KFO-aus-Sachsen.de)

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

## 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](http://www.jerosch.com)



## Geburtstage im März

- 60** 06.03.1952 Dipl.-Med. **Annelore Modes**  
08289 Schneeberg
- 10.03.1952 Dipl.-Med. **Anita Meier**  
02943 Weißwasser
- 31.03.1952 Dipl.-Med. **Evelyn Fischer**  
07985 Elsterberg
- 65** 01.03.1947 Dr. med. **Heidemarie Liesegang**  
01445 Radebeul
- 02.03.1947 Dr. med. **Christel Schober**  
02708 Löbau
- 07.03.1947 **Klaus Härtwig**  
09468 Geyer
- 70** 09.03.1942 Dr. med. dent. **Hannelore Bräuninger**  
08451 Crimmitschau
- 09.03.1942 MR Dr. med. dent. **Helga Große**  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 30.03.1942 **Margrit Beckel**  
09326 Geringswalde
- 75** 08.03.1937 Dipl.-Stom. **Valentina Steinbrecher**  
01896 Ohorn
- 80** 23.03.1932 OMR Doz. Dr. med. habil.  
**Gottfried Walther**  
09127 Chemnitz
- 81** 11.03.1931 Dr. med. dent. **Manfred Strobel**  
08236 Ellefeld
- 83** 05.03.1929 Dr. med. dent. **Herbert Pahner**  
02994 Bernsdorf
- 07.03.1929 SR Dr. med. dent. **Marlis Kranke**  
01157 Dresden
- 25.03.1929 OMR Prof. Dr. med. **Heinz Nossek**  
01796 Pirna OT Graupa
- 84** 10.03.1928 OMR Dr. med. dent. **Heinz Fischer**  
04808 Wurzen OT Denitz
- 24.03.1928 SR Dr. med. dent.  
**Karl-Heinz Graichen**  
04299 Leipzig
- 88** 21.03.1924 OMR **Hans-Georg Müller**  
04720 Döbeln
- 89** 21.03.1923 SR **Senta Gruner-Günschel**  
01109 Dresden
- 91** 03.03.1921 Dr. med. dent. **Wolfgang Lorenz**  
01917 Kamenz

**Wir gratulieren!**

Jubilare, die keine Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Sachsen wünschen, informieren bitte die Redaktion.

praxis  
upgrade

**1. praxis-upgrade-forum**

von Spezialisten für Experten  
10. März 2012 Frankfurt/Main

DentalSoftware**Power**

 **Computer konkret**  
easy-dental-software

# 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 Kläiber,  
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](mailto:fortbildung@lzk-sachsen.de) • Fax 0351 8066-106

