Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN SACHSEN

ANZEIGE

Erste Hinweise zur Kammerwahl 2014

Auf elektronische Gesundheitskarte folgt große Vernetzung

Implantatversorgung bei Senioren



Die PVS Sachsen

Honorarabrechnung für Zahnärzte

Die PVS Sachsen ist eine 100%-berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von inzwischen mehr als 1.750 Ärzten und Zahnärzten in unserer Region.

Kernaufgabe ist die transparente, nachvollziehbare und rechtlich einwandfreie Abwicklung der Privat- und Eigenanteilabrechnung. Dabei stehen Abrechnungsqualität, persönliche Beratung und ein freundlicher Umgang mit Ihren Patienten im Vordergrund.



Dresden - im Zahnärztehaus, Schützenhöhe 11 **Leipzig,** Braunstraße 14 **Chemnitz,** Carl-Hamel-Straße 3 a

Tel.: 0351 89813-64 • service@pvs-sachsen.de

03 14

Familienunternehmen seit 1911





Sommer-Hausmessen bei GERL.

09.05.2014 - Berlin

16.05.2014 - Köln

23.05.2014 - Würzburg

23.05.2014 - Krefeld

20.06.2014 - Dresden

25.06.2014 - Viernau

04.07.2014 - Plauen

11.07.2014 - München

LECKER ESSEN &

TRINKEN

• Über 40 Aussteller präsentieren vor Ort ihre Produkte.

• Es erwarten Sie kostenlose Fachvorträge (je 1 Pkt.):

- CAD/CAM

- Praxisorganisation & Materialmanagement

- Erleben Sie informative und spannende Tage mit sensationellen Angeboten.
- · Für Ihr leibliches Wohl ist an allen Standorten bestens gesorgt.
- Verpassen Sie nicht unsere attraktiven Sonderpreise und Messe-Aktionen.





TOR-WAND-**SCHIESSEN**

> TISCH-KICKER-TURNIER.

KARIKATUR-ZEICHNER



LIVE-ÜBERTRAGUNG FUSSBALL-SPIELE



WIR FREUEN UNS **AUF IHREN BESUCH!**

www.gerl-dental.de

Gerl Standorte:

Anton Gerl GmbH 01067 Dresden Devrientstraße 5
Tel. 03 51.3 19 78.0
Fax 03 51.3 19 78.16
dresden@gerl-dental.de

Anton Gerl GmbH 52078 Aachen Neuenhofstraße 194 Tel. 02 41.94 30 08.55 Fax 02 41.94 30 08.28 aachen@gerl-dental.de

Anton Gerl GmbH 08523 Plauen Liebknechtstraße 88 Tel. 0 37 41.13 14 97 Fax 0 37 41.13 01 14 plauen@gerl-dental.de

Anton Gerl GmbH 53111 Bonn
Welschnonnenstraße 1Tel. 02 28.9 61 62 71.0
Fax 02 28.9 61 62 71.9
bonn@gerl-dental.de

Anton Gerl GmbH Anton Gerl GmbH 13507 Berlin Am Borsigturm 62 Tel. 0 30.4 30 94 46.0 Fax 0 30.4 30 94 46.25 berlin@gerl-dental.de

Anton Gerl GmbH 58093 Hagen Rohrstraße 15 b Tel. 0 23 31.85 06.400 Fax 0 23 31.85 06.499

Anton Gerl GmbH 73061 Ebersbach/Fils

Anton Gerl GmbH 81373 München Garmischer Straße 35 Tel. 0 89.2 03 20 69.10 Fax 0 89.2 03 20 69.39

Anton Gerl GmbH 97076 Würzburg Louis-Pasteur-Straße 1 a Tel. 09 31.3 55 01.0 Fax 09 31.3 55 01.13

Anton Gerl GmbH 50996 Köln Industriestraße 131 a Tel. 02 21.5 46 91.0 Fax 02 21.5 46 91.15 koeln@gerl-dental.de

Anton Gerl GmbH 98547 Viernau Auenstraße 3 Tel. 03 68 47.4 05 16 Fax 03 68 47.4 10 41

Zahnärzteblatt SACHSEN 03/14

3 Leitartikel

Wenn Punktwertverhandlungen ins Stocken kommen



Dr. Holger Weißig

Vorstandsvorsitzender der KZV Sachsen

Vertragsverhandlungen zu den verschiedenen BEMA-Tarifen beinhalten, wie der Wortstamm verrät, intensiven Handel mit dem Vertragspartner Krankenkasse. Wir Zahnärzte bieten die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung an. Als Gegenleistung für unsere Arbeit, eine Sachleistung, erhalten wir dann fest zugesagte Preise in Form der Einzelleistungsvergütung. Die eigentliche Grundlage hierzu haben die Ärzte vor einhundert Jahren erstritten. Ich empfehle Ihnen dazu auch den Artikel in dieser Ausgabe "100 Jahre Berliner Abkommen".

Der Handel ist jedoch auch von Wettbewerb begleitet. In unserem Fall vom Wettbewerb um den besseren kollektiven Vertrag.

Wie im täglichen Leben auch kommen wir dabei nicht immer sofort ans Ziel. Jeder kennt dies. Eine Neuanschaffung soll getätigt werden, man wird fündig, aber der Preis stimmt nicht. Dann schaut man sich um, in einem anderen Laden, vielleicht im Internet, bis das Passende in Qualität und Preis gefunden ist ...

Auch Krankenkassen gehen auf die Suche nach Alternativen. Zum Glück haben die meisten Krankenkassen erkannt, dass nicht der Preis das alleinige Kriterium darstellen kann, sondern der eigentliche Wert in der freien Arztwahl und wohnortnahen Patientenversorgung liegt. Das können ihnen in aller Regel nur KV- und KZV-Systeme bieten. Da Krankenkassen aber einen einheitlichen Leistungskatalog bereitstellen und momentan auch die gleichen Beitragssätze verlangen müssen, konzentriert sich ihr Wettbewerb bei den KZV-Verträgen dann doch wieder auf den Preis. Kann man sich in Vertragsverhandlungen über diesen nicht einigen, gibt es die Möglichkeit der Anrufung eines Schiedsamtes. Jenes soll einen Interessenausgleich herbeiführen – ähnlich wie bei einem Schlichtungsverfahren bei Tarifverhandlungen. Verhandlungen, die im Schiedsamt enden, haben erfahrungsgemäß eine längere Historie. Das Resultat eines Schiedsamtes muss man schließlich akzeptieren, es sei denn, man klagt und nimmt nochmals eine weitere mehrjährige Wartezeit in Kauf.

Das Bundesschiedsamt wurde beim ZE-Punktwert des letzten Jahres angerufen. Sie kennen das Ergebnis. Die Preisbindung betrifft jedoch beim Zahnersatz nur die Regelversorgung. Werden aufwendigere Versorgungen vom Patienten nachgefragt, verlagert sich die wettbewerbliche Preisbildung um Qualität und Kosten in die Praxis, ins direkte Arzt-Patienten-Verhältnis.

In Sachsen haben die Vertragszahnärzte/innen ihrem Personal in den letzten Jahren eine über fünfprozentige Lohnerhöhung zukommen lassen. Die dadurch erhöhten Personalkosten und andere preissteigernde Faktoren konnten wir als KZV Sachsen in den Punktwertverhandlungen bislang noch nicht bei allen Kassen einvernehmlich in die Verträge einfließen lassen. Deshalb mussten wir ein zweites Mal in der Geschichte der KZV Sachsen unser sächsisches Schiedsamt anrufen: In diesem Fall betrifft es den vdek-Vertrag. Wir fordern über den Preisausgleich der laufenden Kosten hinaus einen weiteren Ost-West-Angleich. Wenn die Mindestlöhne in Deutschland zukünftig bundesweit gelten sollen, warum bedarf es dann eines Unterschiedes bei der Vertragsleistung einer Krankenkasse? Im Wissen, dass Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds in Ost und West den gleichen Betrag für ihre Versicherten zugewiesen bekommen, halte ich es für legitim, den bislang ausgebliebenen Ost-West-Angleich einzufordern und nach Wegen der Realisierung zu suchen. Da ist die Anrufung des Schiedsamtes eine logische Konsequenz,

meint Ihr KZV-Vorsitzender Kollege Holger Weißig

Inhalt

Leitartikel		Termine	
Wenn Punktwertverhandlungen ins Stocken geraten	3	Patientenakademie zu Implantologie	g
		Kurse im März/April/Mai 2014	14
Aktuell		Öffentliche Beratung der LZKS-Kreisverantwortlichen	16
Unsere Kammer – meine Kammer		Stammtische und Veranstaltungen	16
Was sächsische Zahnärzte auf der Bundesebene bewege	n 5	Praxis- und Stellenbörse der KZV	16
Erste Hinweise des Wahlausschusses zur Durchführung der Wahl zur Kammerversammlung 2014	6	Ausbildungsassistent gesucht? Studententreffen im Zahnärztehaus	17
Auf die elektronische Gesundheitskarte folgt die große Vernetzung	7	Medizingeräteprüfung	17
Großer Ansturm bei Telefonforen	9	Recht	
Projekt Kooperationspraxen startet an Dresdner Zahnklinik	10	100 Jahre Berliner Abkommen – noch heute relevant	18
Mitgliederversammlung des FVDZ 2014 in Oberwiesenthal	11	Fachliche Fortbildung ist gemäß § 95d SGB V Pflicht	18
Zehn Jahre Dresdner Arbeitskreis für Zahnärztliche		Praxisführung	
Implantologie	12	Die Laborrechnung im Gebührentarif Zahnersatz (Teil 24)	20
Leserbrief zu Leitartikel "Freiheit und Notwendigkeit"	13	GOZ-Telegramm	22
Praxisausschreibung	13	Wirtschaftliche Honorarfindung in der Zahnarztpraxis	22
Fortbildung		Personalien	
Implantatversorgung bei Senioren –		Nachrufe	12
Biologische und medizinische Aspekte	24	Geburtstage	17

Redaktionsschluss für die Ausgabe Mai ist der 16. April 2014

Impressum

Zahnärzteblatt SACHSEN

Herausgeber

Informationszentrum Zahngesundheit Sachsen

Offizielles Organ der Landeszahnärztekammer 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 Feuker, Beate Riehme

Mitarbeiterin

Redaktionsanschrift

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

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. 17 vom Januar 2012 gültig.

Bezugspreis/Abonnementpreise

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

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



Auflage

5.350 Druckauflage, IV. Quartal 2013

 $Das\,Zahn\"{a}rzteblatt\,Sachsen\,erscheint\,einmal\,monatlich$ bis auf August + September (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 veröffent-

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

© 2014 Satztechnik Meißen GmbH

ISSN 0938-8486

Unsere Kammer – meine Kammer Was sächsische Zahnärzte auf der Bundesebene bewegen

In den vergangenen zehn Heften haben wir die Arbeit unserer Selbstverwaltung in den verschiedenen Bereichen dargestellt. Zum Abschluss dieser Artikelserie noch ein Blick nach Berlin zur Arbeit der sächsischen Zahnärzte in der Bundeszahnärztekammer.

Zunächst zur Information: Die Bundeszahnärztekammer, BZÄK, ist im Gegensatz zur Kammer keine Körperschaft, sondern ein eingetragener Verein. Sie ist die Arbeitsgemeinschaft der 17 Länderkammern und insofern Bindeglied, Lobbyist und Vertreter aller Zahnärzte auf der Bundesebene. Die Arbeit der BZÄK und der LZK unterscheidet sich in ihren Kernaufgaben. Dennoch sind analoge Ausschüsse der Kammer auch im Bund bei der BZÄK tätig. Hier ist es so, dass jeweils ein Präsident einer Länderkammer den Vorsitz im Ausschuss ausübt und ihm vier Vertreter aus den Ländern zur Seite stehen. Im Ausschuss erfolgt die Abstimmung über die einzelnen Themen, die dann auf Koordinierungskonferenzen - hier sind dann Vertreter aller Länderkammern anwesend – abgearbeitet werden. Mitunter ein langwieriges Vorhaben, aber wenn dann mit einer Stimme gesprochen werden kann, auch sehr erfolgreich.

Aktives Mitglied im Ausschuss für zahnärztliche Mitarbeiter ist unser Referent für Ausbildung, Kollege Dr. Klaus Erler. Ein Hauptaugenmerk in diesem Ausschuss liegt auf der Aus- und Fortbildung unseres Personals. Hier konnten wir durch gezielte Arbeit sehr viele sächsische Erfahrungen im Bund implementieren. Dies gelingt auch in den Ausschüssen Praxisführung, Hygiene sowie Röntgen sowie im NADENT, dem Normenausschuss Dental, in denen ich als Vorsitzender tätig bin. Außerdem vertrete ich die BZÄK im AKDI, dem Arbeitskreis für Dentalinstrumente.

In den Ausschüssen kommt es darauf an, die Länderinteressen zu bündeln, tragfähige Kompromisse zu erreichen und Beschlüsse zu fassen, die dem Föderalismus der einzelnen Länder gerecht werden. Außerdem gilt es, in erster Linie nur solche Entscheidun-

gen zu treffen, die auch in der Kollegenschaft umgesetzt werden können und die den Praxen keine überbordende Bürokratie auferlegen. Ganz wichtig sind hier gute bilaterale Kontakte unter den einzelnen Kammern, um bereits im Vorfeld von Abstimmungen Meinungsbilder zu bekommen, welche dann umgesetzt werden können.

Gerade im Bereich Röntgen ist eine enge Zusammenarbeit erforderlich, da einmal im Jahr zum zentralen Erfahrungsaustausch der zahnärztlichen Stellen Vertreter der Landesregierungen anwesend sind. Hier gibt es den Arbeitskreis Röntgenverordnung, bei dem es gelungen ist, einen sächsischen Vertreter in zentraler Position zu platzieren, befasst sich doch dieser Arbeitskreis mit der Erarbeitung neuer DIN-Normen. Dipl.-Ing. Gerd Lamprecht, Mitarbeiter unserer Kammer, wurde bereits zum zweiten Mal in ein Normgebungsverfahren eingebunden. Dadurch ist es möglich, deren Gestaltungen zu beeinflussen und dabei auch noch gelebte sächsische Pragmatik einfließen zu lassen.

Im Bereich Praxisführung/Hygiene kommt es darauf an, dass vorhandene Regelungen, wie die RKI-Empfehlungen, nicht durch einzelne bürokratische Entscheidungen aus den Ländern verschärft werden. Oftmals können Differenzen nur in kleinen Gesprächsrunden ausgeräumt werden. Ein wichtiger Schritt war die Verankerung der RKI-Empfehlung im Infektionsschutzgesetz.

Der NADENT ist ein Zusammenschluss aus Industrie, Zahntechnik und Dentalhandel. Hier ist es wichtig, die Interessen der Zahnärzteschaft zu vertreten und nur solche Normungsvorhaben voranzutreiben, die auch Nutzen für die Kollegenschaft bringen. Der Arbeitskreis Dentalinstrumente, AKDI, setzt sich auch aus Vertretern der Industrie und der Zahnärzteschaft zusammen. Hier geht es darum, Statements zu erarbeiten, die den Kollegen im täglichen Praxisalltag nützlich sind, wie z. B. die Empfehlungen zur Validierung von Dampfsterilisationsverfahren. Das bisher umfangreichste Projekt war die MAZI-Studie

(Manuelle Aufbereitung Zahnärztlicher Instrumente).

Seit zwei Jahren gibt es auch einen sächsischen Vorsitzenden der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer.
Dr. Thomas Breyer hat in dieser Funktion Einfluss auf die Arbeit der Delegierten aus den Bundesländern in der jährlichen Hauptversammlung. Und im vergangenen Jahr ist Kollege Ingolf Beierlein in den Kassenprüfungsausschuss der Bundeszahnärztekammer gewählt worden. Sie sehen, die Arbeit ist sehr vielfältig und sächsische Erfahrungen fließen auf vielen Ebenen ein.

Und natürlich darf die Arbeit im Bundesvorstand der BZÄK nicht vergessen werden. Etwa achtmal im Jahr treffen sich die Präsidenten der Länderkammern, um sich abzustimmen. Hier muss dann bei jeder Entscheidung abgewogen werden, wie sich der Beschluss auf Sachsen auswirkt. Gerade dafür sind bilaterale Verbindungen zu befreundeten Kammern mehr als wichtig. Die Arbeit im Bund ist interessant und vielschichtig, und kann aber nur gelingen, wenn man im eigenen Land einen Vorstand hat, auf den man sich voll verlassen kann.

Damit schließt sich der Kreis zu meinen Ausführungen im Zahnärzteblatt 4/2013. Ich hoffe, die Zusammenfassung der Aufgaben war Anregung genug, sich mit der Selbstverwaltung zu beschäftigen. Fassen Sie den Mut, sich selbst in diese Prozesse einzubringen. Kolleginnen und Kollegen, die sich für den Berufsstand einsetzen möchten und somit die Gestaltung der Berufsausübung in eigene Hände nehmen wollen, sind aufgerufen, sich der Wahl für die Kammerversammlung zu stellen. Im Mai werden die Kandidaten dazu aufgefordert. Ich zähle auf eine starke Beteiligung.

Dr. Mathias Wunsch

Die einzelnen Beiträge zu den Arbeitsbereichen des Kammervorstandes finden Sie noch einmal gebündelt auf der Homepage

Aktuell

www.zahnaerzte-in-sachsen.de unter Zahnärztliche Organisationen/LZKS/ Kammerwahl 2014

- Selbstverwaltung ein hohes Gut der Demokratie (Dr. Wunsch)
- Wozu gibt es eigentlich eine Landeszahnärztekammer? (Dr. Breyer)
- Berufsnachwuchs wird schon im Studium "abgeholt" (Prof. Dr. Graf)
- Sicherste Investition sind gut ausgebilde-

- te Praxismitarbeiter/innen (Dr. Erler)
- Fortbildung Wissensaustausch kann täglich und praxisnah geschehen (Prof. Dr. Böning)
- Prävention ethisches Hintergrundrauschen oder ehrliches Herzensbedürfnis?
 (Dipl.-Stom. Langhans)
- Zahnärzteschaft punktet mit Patientenberatung (Dr. Albani)
- Praxisführung von BuS-Dienst über Röntgen bis Validierung (Dr. Lorenz)
- Stabile wirtschaftliche Verhältnisse –
 Grundlage für erfolgreiches Arbeiten (Dipl.-Stom. Beierlein)
- Öffentlichkeitsarbeit vom Zahnärzteblatt bis ins Internet (Dr. Breyer)
- Was sächsische Zahnärzte auf Bundesebene bewegen (Dr. Wunsch)



Amtliche Bekanntmachung

Erste Hinweise des Wahlausschusses zur Durchführung der Wahl zur Kammerversammlung 2014

Im Zahnärzteblatt Sachsen, Heft 3/1998 in Verbindung mit Heft 11/2001 und Heft 4/2013, wurde die Wahlordnung der Landeszahnärztekammer Sachsen veröffentlicht. Sie können diese unter www.zahnaerzte-in-sachsen.de/downloads/wahlordnung_lzk.pdf nachlesen. In der Kammerversammlung am 23.11.2013 wurden vom Vorstand mit Zustimmung der Kammerversammlung (§ 5 Wahlordnung) zur Vorbereitung und Durchführung der Wahl ein Wahlausschuss sowie ein Wahlprüfungsausschuss zur Prüfung der gegen die Wahl erhobenen Einsprüche berufen.

Der Wahlausschuss besteht aus:

- 1. Herrn Dr. med. Johannes Wolf (Wahlleiter) – Chemnitz
- 2. Herrn Dr. med. Johannes Klässig (Beisitzer) – Leipzig
- 3. Herrn Dr. med. Walter Stein (Beisitzer) Meißen
- 4. Frau Dr. med. Katrin Flegel (Beisitzer) Freital
- 5. Herrn Rechtsanwalt Dr. Jürgen Trilsch

Der Wahlprüfungsausschuss besteht aus: 1. Frau Dr. med. Sabine Alex – Dresden

- 2. Frau Dr. med. Katrin Wirth Dresden
- 3. Herrn Rechtsanwalt Wolfgang Schmidt

Der Wahlleiter gibt hiermit die ersten Hinweise zur Kammerwahl 2014 bekannt:

I. Auslage des Wählerverzeichnisses

In der Zeit vom 24. März bis 22. April 2014 liegt in der Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer das vom Wahlleiter aufgestellte Verzeichnis aller Wahlberechtigten entsprechend § 8 Abs. 1 bis 3 der Wahlordnung aus.

Jedes Kammermitglied hat das Recht zur Einsichtnahme bzw. kann auf Wunsch auch telefonische Anfragen zur Vollständigkeit der Angaben stellen: Telefon 0351 8066272 oder 0351 8066240. Der Wahlleiter ruft insbesondere die Zahnärzte auf, die an verschiedenen Orten ihren zahnärztlichen Beruf ausüben, Einsicht in das Wählerverzeichnis zu nehmen.

Wahlrecht und Wählbarkeit richten sich nach den Regelungen im § 10 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG). Nachlesbar unter: http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte/rechtsgrundlagen/berufsrecht/

Etwaige Einsprüche gegen das Wählerverzeichnis müssen gem. § 8 Abs. 4 der Wahlordnung schriftlich bis spätestens **29. April 2014** in der Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen eingehen. Das Wählerverzeichnis wird am 6. Mai 2014 geschlossen.

II. Einreichung der Wahlvorschläge

Es wird bereits jetzt darauf hingewiesen, dass Wahlvorschläge gem. § 9 Abs. 1 der Wahlordnung vom 19. Mai bis 16. Juni 2014 am Sitz des Wahlausschusses (Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden) eingereicht werden können. Auf § 9 Abs. 2 und 3 der Wahlordnung wird hingewiesen. Danach ist dem Wahlvorschlag eine schriftliche Erklärung jedes Bewerbers beizufügen, aus der hervorgeht, dass er im Fall seiner Wahl dieses Mandat annehmen wird. Weiterhin muss der Wahlvorschlag von mindestens zehn Zahnärzten des Wahlkreises mit Angabe des vollständigen Namens und mit deren Unterschrift unterstützt sein.

III. Wahl

Die Einzelheiten zum Ablauf der Wahl werden in der zweiten Bekanntmachung des Wahlleiters in der Mai-Ausgabe des Zahnärzteblattes Sachsen veröffentlicht. Vorab wird darauf hingewiesen, dass die Wahlzeit am 3. September beginnt und am 24. September 2014 endet.

Ich bitte alle Kollegen, sich diese Termine bereits vorzumerken und von ihrem Recht auf Selbstbestimmung rege Gebrauch zu machen.

Dr. Johannes Wolf, Wahlleiter

Zahnärzteblatt SACHSEN 03/14 7

Auf die elektronische Gesundheitskarte folgt die große Vernetzung

Die Online-Anbindung aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen in eine flächendeckende Infrastruktur ist erklärtes Ziel der Politik. Sie hat schon vor langer Zeit gesetzlich dazu die Weichen gestellt. Was kommt nun nach der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf die Zahnärzte zu?

Die Politik hat die Vorstellung entwickelt, dass durch eine sichere, sektorenübergreifende, digitale Vernetzung die Qualität, die Transparenz und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung erhöht werden können.

Zu diesem Plan der Vernetzung gehören u. a. die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK), die Einführung eines elektronischen Heilberufeausweises (eHBA), die Einführung von Praxiskarten (SMC-B) und die Schaffung eines sicheren Kommunikationsnetzes zwischen den Beteiligten.

Dazu wurde eigens eine Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) gegründet. Die gematik erstellt die technischen Vorgaben und Standards einschließlich des Sicherheitskonzeptes dieser digitalen Infrastruktur. Sie legt auch den Inhalt und die Struktur der Datensätze fest bzw. erarbeitet die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen, um den Vorgaben in § 291 Abs. 2b SGB V zu genügen.

Elektronische Gesundheitskarte als erster Schritt eingeführt

Große Pläne wurden verkündet, viele zum Teil verwirrende Abkürzungen und Wortneuschöpfungen konstruiert. Die KZV Sachsen ist seit Längerem mit diesem Thema beschäftigt. Der erste Schritt, alle Praxen mit eGK-fähigen Kartenterminals und den notwendigen Softwareanpassungen der Praxisverwaltungssysteme auszustatten, erfolgte in den Jahren 2009 bis 2011. Die GKV-Versicherten wurden von 2011 bis Ende 2013 weitgehend mit der eGK ausgestattet. Damit ist der sogenannte Basis-Rollout abgeschlossen. Nach einer Übergangsfrist bis zum 30. September 2014 werden alte Krankenversichertenkarten (KVK) ihre Gültigkeit verlieren. Parallel fand die Einführung der papierlosen Abrechnung zwischen Praxis und KZV sowie KZV und Krankenkassen statt

Management der Versichertenstammdaten per Praxiskarte

Als nächster Schritt steht die Anbindung der (Zahnarzt-)Praxen und Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur – und damit die Schaffung eines sicheren Kommunikationsnetzes zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen – an. Die Erprobung soll dabei in zwei Phasen erfolgen.

Unter dem Begriff **Online-Rollout Stufe 1** sind die Online-Prüfung und Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten (Versichertenstammdatenmanagement = VSDM) vorgesehen.

Darunter versteht man

- das Einlesen der Versichertenstammdaten (VSD) von der eGK,
- die Prüfung der Versichertenstammdaten auf Aktualität,
- ggf. die Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der eGK.

Nach Vorstellungen der gematik soll die Antwort für eine VSDM-Abfrage nach vier Sekunden in der Praxis vorliegen. Ist eine Aktualisierung der Stammdaten auf der eGK notwendig, wird diese nach sieben Sekunden durchgeführt. Dieser Vorgang soll online beim Stecken der eGK in ein Kartenterminal erfolgen. Dazu werden in jeder Zahnarztpraxis ein Konnektor, der den gesicherten Zugang zu den Telematikinfrastruktur-Servern ermöglichen soll, und ein Update des Praxisverwaltungssystems benötigt. Auf den Servern werden die Versichertenstammdaten der verschiedenen Krankenkassen vorgehalten. Die Praxis weist sich dabei in der Telematikinfrastruktur mit der Praxiskarte (SMC-B) aus, die von einem externen Kartendienstleister in Verbindung mit der jeweiligen KZV ausgegeben wird. Dies heißt auch, dass dann jede Praxis über einen Internetanschluss verfügen muss.

Qualifizierte elektronische Signatur per Heilberufeausweis

In der zweiten Phase ist der Basisdienst "Qualifizierte elektronische Signatur" (QES) als Testanwendung in den Praxen geplant. Diese soll überall dort eingesetzt werden, wo bisher eine Unterschrift des Arztes notwendig ist.

Sie soll gestatten

- eine Authentifizierung des Zahnarztes in der digitalen Telematikinfrastruktur,
- die Ver- und Entschlüsselung der gesendeten oder empfangenen Daten,
- die qualifizierte elektronische Signatur im Netz anstelle der Unterschrift des Arztes auf einem digitalen Dokument.

Spätestens zehn Monate nach dem Start des Versichtertenstammdatenmanagements soll mit der Erprobung der qualifizierten elektronischen Signatur begonnen werden. Dafür wird ein elektronischer Heilberufeausweis (eHBA) benötigt, der von der jeweiligen Kammer ausgegeben wird und den Arzt in der digitalen Infrastruktur eindeutig ausweist.

Erprobungsphase für den Online-Rollout Stufe 1 gestartet

Bundesweit wurden von der gematik für den Online-Rollout Stufe 1 zwei Testregionen festgelegt: Nordwest (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) sowie Südost (Bayern und Sachsen).

In jeder Testregion sollen sich 375 Ärzte und 125 Zahnärzte sowie 10 Krankenhäuser an der 1. Stufe des Online-Rollouts beteiligen. Die Durchführung dieses Tests

8 Zahnärzteblatt SACHSEN 03/14

Aktuell

in den beiden Testregionen wird von der gematik finanziert und von der Industrie durchgeführt. Die KZV spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle. Die erforderlichen Leistungen wurden im vergangenen Jahr ausgeschrieben. Auf diese konnten sich Industriekonsortien bewerben. Diese Konsortien setzen sich aus geeigneten Unternehmen zusammen und umfassen z. B. auch Hersteller von Praxisverwaltungssystemen, Konnektoren, Kartenterminals sowie Karten.

Den Zuschlag für die Testregion Südost erhielt ein Firmenkonsortium unter Führung von T-Systems. Dazu gehören u. a. auch die Zahnarzt-Praxisverwaltungssysteme von Dampsoft, Computer konkret, DENS und Frey.

Die Industriekonsortien werden in der nächsten Zeit als Auftragnehmer mit ausgewählten Leistungserbringern (Praxen und Krankenhäusern) vertragliche Beziehungen aufbauen. Auch sächsische Vertragszahnärzte, die eines dieser Praxisverwaltungssysteme nutzen, werden demnächst diesbezüglich von Beauftragten des Firmenkonsortiums T-Systems angesprochen werden.

Mit den Organisationen der Leistungserbringer (u. a. der KZV Sachsen) wird dann lediglich das Benehmen zur Auswahl der Praxen hergestellt. So ist die gegenwärtige Planung für die Testphase.

Die Teilnehmer an der Erprobungsphase sollen für die Mehraufwände während der Testphase eine Aufwandserstattung erhalten. Die Bereitstellung der Komponenten und Dienste sowie dazugehörige Dienstleistungen und die Anpassung der Praxisverwaltungssysteme sollen durch

den Auftragnehmer (Industrie) erfolgen. Die Testteilnehmer können die Ausstattung nach der Erprobungsphase kostenfrei weiternutzen.

Ausblick

Ein Termin für die flächendeckende Ausstattung aller Praxen ist derzeit noch nicht bekannt. Eine Refinanzierung des Konnektors und die Anpassung des Praxisverwaltungssystems sind vorgesehen. Nähere Modalitäten sind aber von den Partnern auf Bundesebene noch zu verhandeln. Dieser Artikel soll der sachlichen Information über den derzeitigen Stand dieser gigantischen Planung dienen. Wir haben an dieser Stelle auf Wertungen bewusst verzichtet.

Dr. Ralph Nikolaus

Basis-Rollout	Ausstattung der Praxen mit eGK-fähigen Kartenterminals und Softwareanpassungen der Praxisverwaltungssysteme, Ausstattung der GKV-Versicherten mit der eGK
eGK	elektronische Gesundheitskarte
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte
еНВА	elektronischer Heilberufeausweis
Konnektor	Der Konnektor ist ein physisches Gut, welches in der Praxis installiert wird und die sichere Verbindung zwischen dem EDV-System der Praxis und der Telematikinfrastruktur über ein authentifiziertes und kryptografisch gesichertes geschlossenes Netzwerk sicherstellt. Die Aufgaben des Konnektors sehen wie folgt aus: – sichere Anbindung an zentrale Dienste des Gesundheitswesens – Schutz der Patientendaten vor Fremdzugriffen und Manipulationen – Durchführung sämtlicher eGK-Kartenoperationen des Praxisverwaltungssystems mit den Telematikinfrastrukturdiensten (z. B. VSDM-Abgleich) – Sicherung der Ablaufumgebung, z. B. zur sicheren und komfortablen Erzeugung von qualifizierten elektronischen Signaturen mit dem Heilberufeausweis (eHBA) – effiziente Unterstützung der Pflicht- und Mehrwertanwendungen im Kontext mit den Praxisverwaltungssystemen – Mandantenfähigkeit zur Nutzung eines Gerätes durch mehrere Leistungserbringer an verschiedenen Arbeitsplätzen (z. B. in Berufsausübungsgemeinschaften)
Online-Rollout Stufe 1	Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten (VSD) sowie QES-Prüfung
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
SMC-B	Praxiskarte
Telematikinfrastruktur	Separates, hoch gesichertes Kommunikations-Netz für das Gesundheitswesen, in welchem nur speziell zugelassene Server und Dienste für den sicheren Transport und die Speicherung von Gesundheitsdaten bereitstehen
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement
§ 291 Abs. 2 b SGB V	Auszug: Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können

Tabelle – Erklärung der Abkürzungen und Fachbegriffe

Großer Ansturm bei Telefonforen

Im Zeitalter von Facebook, Arztbewertungsportalen und medizinischen Suchmaschinen fragt man sich, ob ein Telefonforum noch ein geeignetes Medium ist, um über Zahnmedizin zu informieren. Entgegen dieser Bedenken haben die bisher 2014 stattgefundenen Telefonaktionen mit der Sächsischen Zeitung, Dresden, und der Freien Presse, Chemnitz, ein starkes Echo gefunden.

Während der jeweils zwei Stunden klingelten die Telefone ununterbrochen.
Allerdings kann man schon einen Wandel zu neuen Medien beobachten. So wurden im Vorfeld bereits viele Fragen per E-Mail eingereicht.

Auch während der Telefonaktionen gab es die Möglichkeit, im Chat weitere Fragen direkt zu bearbeiten, wovon auch rege Gebrauch gemacht wurde. Nach unserem Eindruck wird dieser Weg eher von jüngeren Teilnehmern genutzt. Direkte telefonische Verbindung zum Zahnarzt sucht eher die Generation 60+. Der individuelle Kenntnisstand der Anrufer ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Die Fragen sind häufig sehr spezifisch und erfordern auch bei den Zahnärzten am Telefon intensives Nachdenken. Häufig kommen die Anrufer allerdings mit Erwartungen, die nicht erfüllbar sind. So werden genaue Lückenbefunde geschildert und dann nach der richtigen Therapievariante gefragt. Dies kann natürlich am Telefon in keiner Weise geleistet werden.

Auffällig ist außerdem auch immer wieder, dass offensichtlich das Arzt-Patienten-Gespräch suboptimal läuft. Hier kann man nur empfehlen, vor der Therapieentscheidung den intensiven Austausch mit dem Patienten zu suchen und lieber mehrfach zu prüfen, ob der Patient tatsächlich verstanden hat, was man ihm anbietet.

Das Spektrum der Fragen war wie immer breit gefächert und reichte von der Prophylaxe über parodontologische Fragen bis zu Prothetik und Implantologie, wobei der prothetische Teil circa zwei Drittel der Fragen einnahm.

Ein weiteres Telefonforum wird noch mit den Dresdner Neuesten Nachrichten stattfinden.

Pech allerdings haben die Patientinnen und Patienten in Leipzig. Die Leipziger Volkszeitung ist nur noch eine Mantelzeitung mit geringem Lokalteil. Hier sind die Telefonforen komplett eingestellt worden. Ein, wie wir finden, nicht gerade guter Ausdruck für die Service-Qualität gegenüber den Leserinnen und Lesern. Unser besonderer Dank gilt auch in diesem Jahr wieder allen Kolleginnen und Kollegen, die sich für die Telefonforen zur Verfügung stellen.

Dr. Thomas Breyer





Frau Dr. Grundmann und Dr. Breyer bestritten das Telefonforum in der Sächsischen Zeitung





In der Freien Presse saßen Dr. Jolie und Dipl.-Stom. Schenk an den Leser-Telefonen, Dr. Breyer betreute den Chat

Patientenakademie

Am Samstag, 5. April 2014, findet im Zahnärztehaus von 10 bis 12:30 Uhr die Patientenakademie zum Thema "Zahnärztliche Implantologie – Möglichkeiten und Grenzen" statt. Referent ist Prof. Dr. med. dent. habil. Hans-Ludwig Graf. Der Eintritt ist wie immer kostenfrei.

Anzeige



Stopfbares Microhybrid Füllungsmaterial für den Seitenzahnbereich Fordern Sie Ihr kostenloses Muster an, fragen Sie Ihr Dental-Depot oder besuchen Sie uns im Internet:

www.megadenta.de



Projekt Kooperationspraxen startet an Dresdner Zahnklinik



Prof. Dr. med. habil. Thomas Hoffmann, Studiendekan der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden und Initiator des Dresdner Modellprojekts "Kooperationspraxen"

Wenn es um die Ausbildungsqualität des zahnärztlichen Berufsnachwuchses geht, arbeiten Landeszahnärztekammer Sachsen und die beiden Universitätszahnkliniken im Freistaat schon immer zusammen. Die jährlichen Hochschullehrerkonferenzen, zu denen die Landeszahnärztekammer einlädt, wurden stets auch zur Diskussion über Lehrkonzepte genutzt. Nachdem 2010 erstmals Hospitationen für Zahnmedizinstudenten in Zahnarztpraxen fakultativ angeboten werden konnten und dieses Modell erfolgreich genutzt wurde, sind die Dresdner Hochschule, die Landeszahnärztekammer und, wie bereits bei den Hospitationspraxen, niedergelassene Zahnärzte einen Schritt weitergegangen. Für Dresdner Zahnmedizinstudenten stehen 2014 erstmals 35 Zahnärzte in Kooperationspraxen bereit, bei denen interessierte Studenten fakultativ ihr bisher erworbenes Wissen im Praxisalltag überprüfen können.

Wir sprachen über dieses Dresdner Modellvorhaben mit Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Studiendekan der zahnärztlichen Hochschulausbildung an der TU Dresden.

Hauptanliegen der Akteure ist, die studentische Ausbildung mit Wissen aus der Praxis zu erweitern und Patientenbehandlung in aller Breite zu erleben. In die Vorbereitungen dafür flossen die Erfahrungen der Zahnärzte und der Studenten aus den bisherigen Hospitationspraxen ein.

Für eine Woche können Studenten künftigen Praxisalltag erleben – mit einem Praxisteam, das organisiert sein will, mit einem unselektierten Patientenklientel und darin eingebettet die eigentliche zahnärztliche Tätigkeit. Die Studenten sollen in die Anamnese und Diagnostik einbezogen werden, erleben Patientenaufklärung und in schneller Folge vielfältige Behandlungssituationen. Außerdem erhalten sie praxisnahe Einblicke in Arbeitsabläufe und Arbeitsumfänge eines Zahnarztes als Praxismanager.

Das fakultative Praxisangebot wird den Studenten im 9. und 10. Semester gemacht, weil sie dann die disziplinäre und mindestens ein Semester interdisziplinäre Hochschulausbildung absolviert haben. Professor Hoffmann betont, dass die Lebensnähe in den Kooperationspraxen dem Berufsnachwuchs ein weiteres Stück Sicherheit für den Schritt nach dem Studium in die Assistenzzeit bringt. Auch sollte sie sich motivierend auf das bevorstehende Examen auswirken. Er ist den beteiligten Zahnärzten und Praxen sehr dankbar für deren Unterstützung.

Aber nicht nur die Studenten sollen mit diesem Dresdner Modell gewinnen. Indem sie die neuesten Lehrmeinungen und wissenschaftlichen Kenntnisse in die Kooperationspraxen bringen, profitieren auch die Kolleginnen und Kollegen. Weil Dresden seine Studenten in die Forschungsarbeit einbezieht, kann sich das

gewonnene Wissen mithilfe der Kooperationspraxen verstetigen – wiederum auf beiden Seiten.

Die Idee zur Schaffung von Kooperationspraxen ist bundesweit einmalig. Die Praxen erhalten Verträge und auch Urkunden. Das Engagement, so etwas ins Leben zu rufen, hat mit Grundsätzen der Lehrgestaltung zu tun, die die Dresdner Uni auch zu einer Exzellenzuniversität gemacht hat. In der Zahnmedizin herrscht eine ausgeprägte Lehrtätigkeit. Selbst in vorlesungsfreien Zeiten sind täglich alle Lehrräume besetzt bzw. ausgebucht; Akzente, die die Dresdner Hochschulausbildung profilieren und hervorheben soll. Angesichts der Entwicklung in Europa zu immer mehr postgradualer Ausbildung will die Dresdner Uni eine Hochschulausbildung anbieten, die sowohl den Generalisten stärkt als auch Lust auf Spezialisierung macht. Das Interesse an einer postgradualen Profilierung sollte nicht daraus erwachsen, Studiendefizite auszubügeln, sondern aus dem Wunsch, Kenntnisse und Praxiserfahrung zu vertiefen.

Jedes neue Projekt weckt auch weiterführende Wünsche. Für Professor Hoffmann wäre es naheliegend, dass die neue zahnärztliche Approbationsordnung dafür Freiräume schafft. Die Möglichkeit, praktische Erfahrungen außerhalb des universitären Geschehens zu sammeln, sollte, wie bei den Ärzten regulär und verbindlich in die Ausbildung aufgenommen werden. Weiterführend könnten Studenten dann zum Beispiel auch invasiv tätig sein, Praxiserfahrungen in der Prophylaxearbeit mit Kindern in Kindergärten und Schulen oder auch im Bereich Alterszahnmedizin in Pflegeeinrichtungen sammeln. Und das Netz der Kooperationspraxen könnte dann auch über die Stadt Dresden hinaus ausgedehnt werden.

Das ist noch Zukunftsmusik – aber das Dresdner Modell der Kooperationspraxen soll ein guter Auftakt werden.

Mitgliederversammlung des FVDZ 2014 in Oberwiesenthal

In gewohnt schönem Ambiente fand die diesjährige Mitgliederversammlung der Bezirksgruppe Chemnitz des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte am 31. Januar 2014 in Oberwiesenthal statt. Zu Beginn der Veranstaltung berichtete Bezirksvorsitzender Dr. Detlef Beyer über die Aktivitäten des Freien Verbandes im letzten Jahr.

Die wichtigsten Eckpunkte der Hauptversammlung im Oktober beleuchtete Dr. Martina Schiller in ihren Ausführungen. Die hier neu gewählte Bundesvorsitzende Dr. medic/IfM Timisoara Kerstin Blaschke hat sich auf die Fahnen geschrieben, intensiver standespolitische Themen in die BZÄK und die KZBV einbringen zu wollen. Nicht zuletzt durch das Engagement der neuen Vorsitzenden kam es in der jüngsten Vergangenheit zu einer positiven Entwicklung der Mitgliederzahlen. Hervorzuheben ist auch ihr Einsatz für den zahnärztlichen Nachwuchs und die Zahnärztinnen (ZORA).

Der Landesvorsitzende Dr. Uwe Tischendorf warnte vor der Einführung einer Vertragsleistungsgebühr, welche von Herrn

Lauterbach favorisiert wird, als Schritt hin zum Gesundheitswesen nach sozialistischer Art.

Eine weitere Thematik des Abends war die Tatsache, dass sich aus der demografischen Entwicklung und belegt durch Expertenberechnungen eine Erhöhung des monatlichen Pflichtbeitrages zum Versorgungswerk erforderlich macht, um eine stabile Altersversorgung prognostisch garantieren zu können.

In der regen Diskussion war man sich einig, dass die Ablehnung der dazu notwendigen Satzungsänderung in der letzten Kammerversammlung auf ein Kommunikationsdefizit der Kollegenschaft zurückzuführen war.

Dipl.-Stom. Ingolf Beierlein erläuterte in seinen Ausführungen den Standpunkt des Vorstandes der Zahnärzteversorgung und versprach auch, die Problematik der Untergrabung der freien Arztwahl (dent-net) durch einzelne Krankenkassen in der Kammer anzusprechen.

Einig waren sich die Kollegen, dass der Bürokratieabbau in den Praxen dringend notwendig wäre.



Mitgliederentwicklung, Vertragsleistungsgebühr und Informationen zum Versorgungswerk der sächsischen Zahnärzte waren u. a. Themen der Mitgliederversammlung in Oberwiesenthal

Zum Abschluss sprach Dr. Lutz Krause aus Bischofswerda zur Thematik der digitalen Abformung in der Zahnarztpraxis. Als Vorteile für die Praxis bei diesem Verfahren hob er den Zeitgewinn, den höheren Komfort für den Patienten und die exzellente Passgenauigkeit hervor. Beim anschließenden gemeinsamen Abendessen berichteten die Kollegen über ihre meist positiven Erfahrungen und Erfolge mit dem digitalen Abformverfahren.

Dr. Martina Schiller

Anzeige

Rechtsanwalts- und Steuerkanzlei Alberter & Kollegen Uwe Geisler

Rechtsanwalt Fachanwalt für Medizinrecht Fachanwalt für Steuerrecht

Beratung in allen medizinrechtlichen Fragen, insbesondere Arzthaftung, Berufsrecht der Ärzte und Apotheker, Zulassungsfragen, Honorarbeitreibung, Regress, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Vertragsgestaltung bei Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen, Praxisübernahmen, MVZ und Verträgen zur Integrierten Versorgung sowie Steuerberatung, Arbeitsrecht und Kapitalanlagerecht

Albrecht Alberter Rechtsanwalt und Fachanwalt für Steuerrecht Plauener Straße 8 95028 Hof Tel. 09281 72400 Stephan Gumprecht Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht Plauener Straße 8 95028 Hof Tel. 09281 72400 Leonhard Österle Rechtsanwalt und Fachanwalt für Steuerrecht Parkstraße 14 08209 Auerbach Tel. 03744 25010 Georg Wolfrum Rechtsanwalt Plauener Straße 8 95028 Hof Tel. 09281 72400

Mandy Krippaly Steuerberaterin Plauener Straße 8 95028 Hof Tel. 09281 72400

Kasernenstraße 1, 08523 Plauen, Telefon 03741 7001-0, Fax 03741 7001-99 info@alberter.de

Zehn Jahre Dresdner Arbeitskreis für Zahnärztliche Implantologie

Laut aktueller Deutscher Mundgesundheitsstudie (DMS IV) fehlen bei jedem Erwachsenen 2,7 Zähne, 22 % aller Senioren sind im Ober- u./o. im Unterkiefer zahnlos. Es ist allgemein anerkannt, dass Zahnlücken nicht nur die Kaufunktion beeinträchtigen, sondern ein mitunter schwerwiegendes ästhetisches und psychisches Problem darstellen können: Fehlende Zähne sind somit erlebte Krankheit! Immer mehr Patienten streben durch eine orale Rehabilitation einen vollständigen Lückenschluss bzw. die Wiederherstellung der Kaufunktion an.

Die zahnärztliche Implantologie hat sich zu einem fest integrierten Bestandteil der modernen Zahnheilkunde entwickelt und bietet heute wissenschaftlich anerkannte Behandlungsverfahren mit 10-Jahres-Erfolgsraten von ca. 90 %. Waren es im Jahr 2004 etwa 400.000 Implantate, die in Deutschland gesetzt wurden, so ist diese Zahl mittlerweile auf knapp eine Million jährlich angewachsen.

Der Dresdner Arbeitskreis für Zahnärztliche Implantologie begeht in diesem Jahr sein 10-jähriges Jubiläum und hat am Aufschwung der Implantologie in unserer Region einen Anteil.

Nicht nur das Interesse unserer Patienten, sondern auch der Wunsch vieler zahnärztlicher Kollegen nach fachlichem Austausch vor Ort waren vor zehn Jahren Anlass, diesen Arbeitskreis zu gründen. Wir drei Initiatoren waren völlig überrascht, als sich anlässlich der ersten Veranstaltung im April 2004 weit über 300 Kollegen aus Sachsen und darüber hinaus angemeldet hatten. Wir wollten ein Forum schaffen, um den niedergelassenen Zahnärzten implantologische Kenntnisse und Fertigkeiten näherzubringen und Vorbehalte gegenüber der Implantologie abzubauen und so die Voraussetzung zu schaffen, dass die Aufklärung über die jeweils mögliche implantologische Versorgung einer Lückengebisssituation Bestandteil der Tätigkeit einer jeden Praxis wird.

Gleichzeitig sollten aber auch "Fortgeschrittene" die Möglichkeit erhalten, Wissen und Erfahrungen auszutauschen. Dieser Arbeitskreis konnte und sollte nicht andere bereits bestehende Strukturen, z. B. wissenschaftliche Gesellschaften, ersetzen oder mit ihnen konkurrieren. An dieser Prämisse haben wir bis heute stets versucht festzuhalten. So wurden die jeweils aktuellen Themen aus der Grundlagenforschung und der Praxis aufgegriffen und im Rahmen von Vorträgen durch renommierte Spezialisten von außerhalb oder von den Initiatoren selbst - ohne tendenziöse Bewertung von unterschiedlichen Implantationsverfahren oder -systemen, d. h. objektiv und fair - bearbeitet sowie praxisrelevante Schlussfolgerungen abgeleitet und damit eine praxisnahe implantologische Weiterbildung angeboten. Beispielhaft sei an die interessanten Diskussionen zu Fragen der längen- und

durchmesserreduzierten Implantate, der navigierten Implantatchirurgie oder zu Keramik-Implantaten erinnert. Für uns war und bleibt es auch weiterhin Standard, nicht nur über die schönen Dinge (Fälle) des "implantologischen Lebens" zu berichten. In vielen unserer Vorträge wurden Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten eigener und fremder Misserfolge angesprochen.

Rückblickend auf die vergangenen zehn Jahre können wir heute feststellen, dass die jährliche Veranstaltung des Arbeitskreises im Frühjahr zu einer festen Größe im Terminkalender vieler Zahnärztinnen und Zahnärzte geworden ist. Diese Entwicklung bestätigt, dass der seinerzeit unternommene Versuch eines praxisnahen Erfahrungsaustausches vor Ort auf ein breites Interesse gestoßen ist. Dabei waren wir bemüht, auch die Zahntechniker mit ins Boot zu nehmen.

Wir möchten an dieser Stelle allen zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie Zahntechnikern ganz herzlich unseren Dank für die jahrelange Treue aussprechen. Außerdem gilt unser besonderer Dank auch den Vertretern der Industrie, die durch ihre Unterstützung eine solche Veranstaltung überhaupt erst möglich machen.

> Dr. Matthias Brückner Dr. Thomas Pilling Doz. Dr. Michael Fröhlich

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med. dent.

Heinz Möckel

(Lichtentanne)

geb. 16.11.1932 gest. 20.10.2013

Wir trauern um unsere Kollegin

Dipl.-Med.

Elke Zobel

(Dresden)

geb. 27.07.1949 gest. 01.02.2014

Wir trauern um unsere Kollegin

Beate Troeger

(Frankenberg)

geb. 07.08.1958 gest. 27.01.2014

Wir werden ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Leserbrief zu Leitartikel "Freiheit und Notwendigkeit" im ZBS Februar 2014

Lange mussten wir auf eine Stellungnahme der Zahnärzteversorgung Sachsen (ZVS) zur beabsichtigten 33-prozentigen Anhebung unserer Rentenbeiträge warten. Im Statement des ZVS-Vorsitzenden Dr. Helke Stoll wird nun dieser Aspekt leider nur tangiert und auf die Erläuterung der Ursachen gänzlich verzichtet.

In der letzten Kammerversammlung im November 2013 scheiterte eine geplante Satzungsänderung der ZVS knapp. Den Mitgliedern der Kammerversammlung ist zu danken, dass eine solche plötzliche gravierende Beitragserhöhung nicht handstreichartig durchgewunken werden konnte. Auch die KZVS-Vertreterversammlung mahnte die ZVS in einem Beschluss an, die Hintergründe dieser Satzungsänderung transparent und offen zu erläutern.

Im Leitartikel des Zahnärzteblattes Sachsen vom Februar 2014 kommt der Vorsitzende der ZVS dieser Notwendigkeit leider nicht nach. Die Argumentation, mit der Beitragserhöhung frühzeitig auf die

seit 2005 geltende Regelung zur nachgelagerten Besteuerung zu reagieren, ist wenig aufschlussreich.

Möglicherweise sind Beitragserhöhungen nicht vermeidbar. Die Entwicklung der Finanzmärkte und die demografischen Risiken des Berufsstandes lassen diesen Schluss eher zu. Auf den erwähnten steuerlichen Aspekt kann jeder Kollege ohnehin schon durch freiwillige Zusatzabgaben nach seinem Ermessen reagieren.

Für unsere Kammervertreter wird die erneute Abstimmungsvorlage der ZVS-Satzungsänderung zur nächsten Kammerversammlung eine schwierige Gewissensentscheidung. Durch eine offene und ehrliche Argumentation seitens der ZVS muss eine solche Entscheidung vorbereitet werden, damit jeder Kammervertreter sein Votum vor sich und seinen Kollegen rechtfertigen kann.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Rüdiger Pfeifer, Görlitz

Praxisausschreibung

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

Kennziffer	1056/0774
Planungsbereich	Zwickau
Übergabetermin	01.05.2014
Fachrichtung	Allgemein
Praxisart	Einzelpraxis

Kennziffer 2156/0775 Planungsbereich Sächsische Schweiz-Osterz-

gebirge

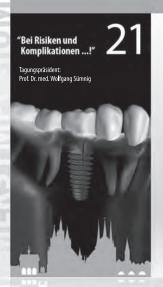
Übergabetermin01.07.2014FachrichtungAllgemeinPraxisartEinzelpraxis

Zitat des Monats

Allen Gutes tun, aber einem jeden die eigene Verantwortung lassen.

Johannes XXIII. (1881 – 1963) Papst von 1958 – 1963

Anzeige



13.-14. JUNI 2014 ERFURT

"Bei Risiken und Komplikationen…!" Diskutieren Sie Fakten, Analysen, Lösungsansätze. Kaisersaal Erfurt·13.06.-14.06.2014 <u>16 Fortbildungspunkte</u>

Sommersymposium des MVZI im DGI e. V. 2014 in Erfurt

Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Wolfgang Sümnig, Greifswald

Referenten u. a.:

Dr. K.-L. Ackermann, PD Dr. A. Boeckler, Dr. Dr. M. Bonsmann, Doz. Dr. M. Fröhlich, Dr. W. Knöfler, Dr. G. Knoll, PD Dr. T. Mundt, Dr. M. Schlee, Prof. Dr. Dr. A. Schlegel, Prof. Dr. Dr. A. Schramm, Prof. Dr. F. Schwarz, Prof. Dr. V. Strunz, Prof. Dr. W. Sümnig

Mit mehr direktem Gespräch mit den Referenten und Präsentationen eigener Problemfälle in mehr Kurzvorträgen aus den eigenen Reihen.

Assistentenprogramm:

Vorträge u. a. mit Dr. Th. Barth, Prof. Dr. L. Jatzwauk, Dr. R. Rössler

Gesellschaftsabend am Freitag: Let's swing! Das Damenorchester "Aphrodites Töchter" swingt im Stil der 30er Jahre.



Mitteldeutscher Landesverband für Zahnärztliche Implantologie im DGI e.V.

Anmeldung: youvivo GmbH · Tel. 089-55 05 20 917, Fax 089-55 05 20 92, sappert@youvivo.com

Online-Anmeldung: www.dginet.de/Erfurt

Fortbildungsakademie: Kurse im März/April/Mai 2014

Schriftliche Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden, Fax: 0351 80 66-106

E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

Petra Kokel (Ressortleiterin, Kurse Strahlenschutz): Tel. 0351 8066-102
Edda Anders (Kurse für Zahnärzte): Tel. 0351 8066-108
Anett Hopp (Kurse für Praxismitarbeiterinnen): Tel. 0351 8066-107
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 2014 oder dem Internet www.zahnaerzte-in-sachsen.de

für Zahnärzte

7	resc	ما	n

Dresden			
Toxikologie und Verträglichkeit von Zahnrestaurationsmaterialien	D 22/14	Prof. Dr. Franz-Xaver Reichl	26.03.2014, 14:00-20:00 Uhr
Schnarchen – Therapie mit der Protrusions-Schiene	D 27/14	Dr. Hans-Werner Bertelsen	04.04.2014, 15:00-18:00 Uhr
Moderne Präparationstechniken – Update Kurs mit praktischen Übungen	D 29/14	Dr. Gabriele Diedrichs	05.04.2014, 09:00-15:00 Uhr
Parodontales Debridement mit Schall- und Ultraschallscalern auch für ZMF/ZMP	D 30/14	PD Dr. Gregor Petersilka	05.04.2014, 09:00-17:00 Uhr
Orale Gesundheit – Neue Partydrogen – Eine unterschätzte Gefahr?	D 32/14	PD Dr. Dr. Marco R. Kesting	09.04.2014, 14:00-17:00 Uhr
Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach BEMA und die Mehrkostenvereinbarung in der Kieferorthopädie (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 34/14	DiplStom. Steffen Laubner	11.04.2014, 13:00-19:00 Uhr
Gründung einer Zahnarztpraxis Seminar zur Existenzgründung für Assistenzzahnärzte	D 35/14	Dr. Thomas Breyer, RA Michael Goebel, RA Dr. Jürgen Trilsch, Andreas Tzscheutschler	11.04.2014, 14:00-19:00 Uhr 12.04.2014, 09:00-16:00 Uhr
Die intraligamentäre Anästhesie – Alternative der Infiltrations- und Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior	D 36/14	Dr. Wolfgang Bender, Lothar Taubenheim	12.04.2014, 09:00-15:00 Uhr
Stärkenmanagement: Stärken von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen erkennen, fördern und effizient einsetzen	D 37/14	Petra C. Erdmann	12.04.2014, 09:00-16:00 Uhr
Craniomandibuläre Dysfunktion – Differenzierende Untersuchung	D 38/14	Prof. Dr. Stefan Kopp	02.05.2014, 09:00-18:00 Uhr 03.05.2014, 09:00-18:00 Uhr
Gelebtes Qualitätsmanagement – Was gehört dazu? (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 39/14	Inge Sauer	07.05.2014, 15:00-18:00 Uhr
Bruxismusseminar – Ursachen, Therapiemöglichkeiten, Versorgung von Abrasionsgebissen	D 41/14	Prof. Dr. habil. Olaf Bernhardt	10.05.2014, 09:00-16:00 Uhr
Ein Röntgenbild sagt mehr als 1.000 Worte	D 42/14	Dr. Christiane Nobel	16.05.2014, 15:00-19:00 Uhr

Mundschleimhauterkrankungen – Diagnose und Therapie in der Zahnarztpraxis	D 43/14	Dr. Christiane Nobel	17.05.2014, 09:00-14:00 Uhr
Notfall beim Zahnarzt – Aufbaukurs Simulatortraining zu typischen Notfallsituationen (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 44/14	PD Dr. Michael Müller, Sören Weber	17.05.2014, 09:00-16:00 Uhr
Leipzig			
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	L 02/14	Dr. Tobias Gehre, Simona Günzler	11.04.2014, 14:00-19:00 Uhr
Chemnitz			
Sinn & Unsinn zahnärztlicher Schienenbehandlung Der richtige Biss im Spannungsfeld zwischen Indikation, klinischer Umsetzung und wirtschaftlicher Behandlung	C 02/14	Dr. Utz Damm	02.04.2014, 14:00-19:00 Uhr
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	C 03/14	Dr. Tobias Gehre, Simona Günzler	04.04.2014, 14:00-19:00 Uhr
Die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen – Schwerpunkte: Endodontie, Mehrkostenvereinbarungen mit Hinweisen zum Patientenrechtegesetz, die neuen BEMA-Nummern, PZR versus IP-Leistungen (auch für Praxismitarbeiterinnen)	C 04/14	Dr. Uwe Tischendorf	07.05.2014, 14:00-19:00 Uhr
für Praxismitarbeiterinnen			
Dresden			
Termine im Griff Systematisches Terminmanagement als Basis eines modernen Praxiskonzeptes	D 119/14	Dr. Wolfgang Stoltenberg	05.04.2014, 09:00-17:00 Uhr
Davon profitieren alle: Faires Miteinander sichert Ihnen die Energie für das Wesentliche	D 120/14	Petra C. Erdmann	09.04.2014, 13:00-19:00 Uhr
Risikofaktoren in der Prophylaxe	D 121/14	Livia Kluve-Jahnke, Brit Schneegaß	11.04.2014, 14:00-19:00 Uhr
Willkommen in der Prophylaxepraxis	D 122/14	Livia Kluve-Jahnke, Brit Schneegaß	12.04.2014, 09:00-15:00 Uhr
"EinFall" für die Rezeption Intensiv-Update – Verwaltung	D 126/14	Uta Reps	07.05.2014 und 21.05.2014, jeweils 09:00-16:00 Uhr
GOZ 2012 – Von A wie Auslagenersatz bis Z wie Zuschlag	D 127/14	Kerstin Koeppel	09.05.2014, 14:00-18:00 Uhr
Richtiges Beantragen und Abrechnen von ZE-Heil- und -Kostenplänen – Wiedereinsteiger- und Einsteigerkurs Prothetik (Teil 1)	D 128/14	Simona Günzler	09.05.2014, 14:00-19:00 Uhr
Mitarbeiterinnen und Patienten zu einem Blickwechsel anregen	D 130/14	Dr. Eva Pappritz	14.05.2014, 14:00-19:00 Uhr
Erwerb der Fachkunde / Kenntnisse im Strahlenschutz	D 157/14	DiplIng. Gerd Lamprecht, PD Dr. Dr. Matthias Schneider	15.05.2014, 14:00-18:00 Uhr 16.05.2014, 09:00-18:00 Uhr

Termine

Die nächste Beratung der Kreisverantwortlichen der Landeszahnärztekammer Sachsen findet am

Mittwoch, dem 2. April 2014, ab 15 Uhr, im Hörsaal des Zahnärztehauses, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden statt.

Hauptthema ist die geplante Satzungsänderung der Zahnärzteversorgung Sachsen (ZVS).

Diese Veranstaltung ist für alle sächsischen Zahnärzte öffentlich.

Interessierte Zahnärzte melden sich bitte bis zum 20. März 2014 im Sekretariat der Landeszahnärztekammer Sachsen an. (Telefon 0351 8066240 oder per E-Mail: verwaltung@lzk-sachsen.de)

Anzeige

Dresdner Arbeitskreis für Zahnärztliche Implantologie

Vorankündigung zur 13. Veranstaltung

Termin: 21. Mai 2014 · 15.00 – 20.00 Uhr Tagungsort: Quality Hotel Plaza Königsbrücker Straße 121 a · 01099 Dresden

Themen:

- Implantologie gestern und heute
 - Dr. H.-J. Hartmann/Tutzing
- Grau ist alle Theorie der Widerspruch zwischen Innovation und Praxis

PD Dr. Dr. S. Köhler/Berlin

Neuversorgung von vorhandenen Altimplantaten und Funktionserhaltung bestehender Rekonstruktionen – Übertriebene Sparsamkeit oder eine echte Alternative?

Dr. J. Röckl/ZTM C. Müller/ Freiburg/Teningen

■ Das alternde Implantat

Dr. T. Barth / Leipzig



Anmeldung: https://events.colada.biz/DAZI-2014 Formular für Fax-Anmeldung: Tel. 089 / 189046-0

Stammtische und Veranstaltungen

Leipzig

Datum: Dienstag, 25. März. 2014, 20 Uhr; Ort: Gaststätte "Apels Garten", Leipzig; Information: Dr. med. Angela Echtermeyer-Bodamer, Telefon 0341 4612012

Chemnitz

Datum: Donnerstag, 27. März 2014, 19 Uhr; Ort: Hotel "Mercure", Chemnitz; Thema: Information über aktuelle Satzungsänderungen der ZVS; Information: Dr. med. Stephan Albani, Telefon 0371 50284

Elstertalkreis

Datum: Mittwoch, 2. April 2014, 18 Uhr; Ort: Waldgaststätte "Vorwerk", Oelsnitz; Themen: Aktuelle Standespolitik, Informationen zur adhäsiven Vorbehandlung der Kavität (Mini-Workshop); Information: Dr. med. Wolfgang Seifert, Telefon 037422 47803

Bautzen

Datum: Mittwoch, 9. April 2014, 19 Uhr; Ort: "Best Western Plus Hotel", Bautzen; Thema: Einmal Apex und zurück, wie viele Instrumente sind nötig?; Information: Dipl.-Stom. Andreas Mühlmann, Telefon 03591 44176

FVDZ-Landesversammlung in Leipzig

Datum: Samstag, 12. April 2014, 09:30 Uhr; Ort: Mercure Hotel, Leipzig; Thema: Mehr Netto vom Brutto, Lohnkostenoptimierung in der Zahnarztpraxis; Information: LGSt. des FVDZ, Frau Fischer, Telefon 0341 9602139

Freie Plätze für Stellensuchende und Praxisübernehmer!

Sie streben eine Veränderung in Ihrem Berufsleben an? Sie suchen eine Assistentenstelle, eine Kooperationsmöglichkeit oder eine Praxis zur Übernahme? Wir möchten Sie dabei unterstützen – mit der Veranstaltung "Praxis- und Stellenbörse der KZV Sachsen". Dazu laden wir Sie am 30. April 2014 in der Zeit von 15 bis 18 Uhr herzlich in das Zahnärztehaus ein.

- Sie erhalten Informationen zu Ablaufplanung, Rechtsgrundlagen, Praxiswertermittlung, Finanzierung und steuerlicher Betrachtung rund um das Thema Praxisabgabe/-übernahme.
- Zur Vermittlung von Assistentenstellen, Kooperationen und Praxisübernahmen werden Angebote von niedergelassenen Zahnärzten vorgestellt.
- Im Anschluss kann persönlich Kontakt zu den Zahnärzten aufgenommen werden.

Gern können Sie Ihr Gesuch im Rahmen der Veranstaltung vorstellen lassen. Können Sie selbst nicht an der Veranstaltung teilnehmen, werden Ihnen die Kontaktdaten der Interessenten zu Ihrem Gesuch in den Tagen nach der Veranstaltung zugesendet. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung. Weitere Informationen erhalten Sie über den Geschäftsbereich Mitglieder, Telefon 0351 8053416 oder per E-Mail: mitglieder@kzv-sachsen.de

Zahnärzteblatt SACHSEN 03/14

Termine/Personalien

Ausbildungsassistent gesucht? Studententreffen im Zahnärztehaus

Am Abend des 16. April 2014 werden sich die Studenten der Zahnmedizin der 4. und 5. Studienjahre aus den Unikliniken Leipzig und Dresden im Zahnärztehaus in Dresden umsehen. Im Vordergrund stehen dabei Gespräche mit den künftigen Zahnärzten über berufliche Chancen. Neben kurzen Vorträgen über die Aufgaben der zahnärztlichen Körperschaften und Organisationen soll das Haus mit seinen Möglichkeiten der Fortbildung vorgestellt werden. Daneben kann diese Veranstaltung auch dazu beitragen, dass interessierte

Kollegen ihren künftigen neuen Ausbildungsassistenten kennenlernen und an diesem Abend erste Kontakte knüpfen. Zahnärzte, die einen Ausbildungsassistenten suchen, sich für die Veranstaltung interessieren und am Studententreffen teilnehmen möchten, melden sich bitte bis zum 10. April 2014 im Sekretariat der LZKS (Telefon 0351 8066240) an. Sie erhalten dann weitere Informationen zum Beginn und zum geplanten Ablauf der Veranstaltung. Für das leibliche Wohl der Teilnehmer wird gesorgt.

Medizingeräteprüfung

Der BuS-Dienst der Kammer führt wieder die vorgeschriebene Prüfung von Hochfrequenz-/Elektrochirurgiegeräten ("Elektrotome") durch: 2. April 2014, 9 bis 16 Uhr Zahnärztehaus, Dresden, Schützenhöhe 11 Der Preis beträgt 39,00 € zuzüglich MwSt. pro Gerät.

Praxisinhaber, die dieses Angebot nutzen möchten, werden gebeten, die Geräte einschließlich Gerätebuch und Geräteanschlussleitungen an o. g. Ort mitzubringen. Es wird eine sofortige Geräteprüfung durch den Sicherheitsingenieur des BuS-Dienstes erfolgen.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Dr. Bernd Behrens

Geburtstage im April 2014

50	12.04.1954	Dr. med. Detlev Bieler 01561 Ebersbach		22.04.1944	DiplMed. Ingeborg Helbig 01109 Dresden	
	29.04.1954	Dr. med. Michael Rusetzki 01127 Dresden	75	03.04.1939	Dr. med. dent. Marianne Schmidt 01744 Dippoldiswalde	
65	01.04.1949	Dr. med. Gert-Christian Schellenberger		06.04.1939	Sieglinde Wirth 08233 Treuen	
	05.04.1949	08340 Schwarzenberg Dr. med. Angelika Schreiber	80	07.04.1934	MR Dr. med. dent. Hans-Dieter Thor 01917 Kamenz	
	08.04.1949	08132 Mülsen Dr. med. Walter Stein	81	02.04.1933	MR Dr. med. dent. Ilse Martini 09116 Chemnitz	
	16.04.1949	01662 Meißen DiplStom. Ellen Pönisch		18.04.1933	MR Dr. med. dent. Dieter Meinel 09116 Chemnitz	
	22.04.1949	01277 Dresden DiplStom. Britta Zorn		27.04.1933	Dr. med. dent. Käthe Pierer 04416 Markkleeberg	
	23.04.1949	04177 Leipzig Dr. med. Friederike Schulze	83	10.04.1931	SR Dr. med. dent. Günter Dorsch 09126 Chemnitz	
	26.04.1949	01689 Weinböhla Christine Hanke	84	04.04.1930	MR Karl-Heinz Pohle 04103 Leipzig	
	29.04.1949	01768 Schlottwitz DiplStom. Ulrike Hintze		19.04.1930	Rolf Bellmann 01309 Dresden	
70	11.04.1944	01744 Dippoldiswalde Dr. med. Jürgen Hartmann	88	01.04.1926	Dr. med. dent. Hannelore Windau 04275 Leipzig	
	12.04.1944	09456 Annaberg-Buchholz Dr. med. Stefan Mende	89	13.04.1925	Dr. med. dent. Lisette Gäbler 02943 Weißwasser	
		04103 Leipzig	Wir	gratulieren!		
	14.04.1944	DiplMed. Karen Tausche 01309 Dresden	Jubilare, die keine Vei		öffentlichung im Zahnärzteblatt nformieren bitte die Redaktion.	

100 Jahre Berliner Abkommen – noch heute relevant

Am 23. Dezember 1913 wurde durch das Berliner Abkommen die Grundlage für die gemeinsame bis heute bestehende Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen geschaffen. Die niedergelassenen Ärzte haben für die gemeinsame Selbstverwaltung hart gekämpft. Um dieses Abkommen auch gerade in den heutigen Diskussionen um Selektivverträge richtig würdigen zu können, ist ein Blick in die Historie notwendig.

Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883

Bereits im Jahr 1883 wurde durch die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung eine gesetzliche Krankenversicherung verabschiedet – als Pflichtversicherung für einen Großteil der Arbeiterschaft. Für diese Versicherten wurden u. a. Leistungen wie das Krankentagegeld, ärztliche Behandlung und Krankenhausbehandlung eingeführt. Außerdem wurde bereits zu jenem Zeitpunkt das Sachleistungsprinzip umgesetzt: Der Patient zahlte nicht mehr direkt an den behandelnden Arzt, sondern dieser erhielt sein Honorar direkt von der Krankenkasse. Die Änderungen der Rahmenbedingungen führten bei der Ärzteschaft zu großen Problemen. Die Krankenkassen besaßen das Vertragsmonopol und schlossen zu ihren Bedingungen Einzelverträge mit den Ärzten.

Gründung "Leipziger Verband" im Jahr 1900

Da die Ärzte als Einzelvertragspartner Schwierigkeiten hatten, ihre Interessen gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen, wurde im Jahr 1900 der "Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", kurz "Leipziger Verband", durch den Praktischen Arzt Herrmann Hartmann gegründet (später "Hartmannbund"). Die zentralen Forderungen waren:

- Zulassung aller organisierten Ärzte zur Kassenpraxis
- Beseitigung der ärztlichen Individualverträge zugunsten von Kollektivverträgen
- 3. Behandlungs- und Verordnungsfreiheit der Ärzte
- 4. Honorierung der Ärzte nach Einzelleistungen

Gegenüber diesen Forderungen verhielten sich die Krankenkassen zunächst völlig ablehnend. Auch der Gesetzgeber erkannte nicht die Notwendigkeit, diese Inhalte umzusetzen. Daraufhin verstärkte die Ärzteschaft den Druck auf die Krankenkassen durch Arbeitskämpfe und Streikmaßnahmen. Auf einem außerordentlichen Ärztetag im Oktober 1913 wurde dann durch die Ärzteschaft ein reichsweiter allgemeiner Streik ab dem 1. Januar 1914 beschlossen. Jener Beschluss veranlasste die Regierung, die Ärzteschaft und die Krankenkassen zu Verhandlungen zusammenzubringen. Im Ergebnis führten diese Verhandlungen zum Berliner Abkommen, welches als Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung gilt.

Unter anderem wurde die Zulassungsautonomie der Krankenkassen beendet, es wurde ein paritätisch besetztes Gremium

gegründet. Zwar schlossen die Ärzte auch weiterhin Einzelverträge mit den Krankenkassen ab, es wurde jedoch ein Vertragsausschuss geschaffen, der Vorgaben für den Inhalt der Einzelverträge festlegte. Eine Gleichberechtigung zwischen den Ärzten und den Krankenkassen wurde hergestellt.

Errichtung Kassenärztlicher Vereinigungen im Jahre 1931

Dieser Grundstein führte im Jahr 1931 zur Gründung von Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Aufgrund der politischen Situation zwischen 1933 und 1945 konnte dieser Selbstverwaltungsgrundsatz jedoch nicht weiter verfolgt werden. Das "Führerprinzip" musste auch in diesem Bereich umgesetzt werden. Nach dem Krieg wurde dann durch das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 die gemeinsame Selbstverwaltung wieder aufgenommen und es kam zur flächendeckenden Gründung von Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Diese Strukturen bestehen bis heute. Die GKV spielt im Gesundheitswesen nach wie vor eine dominierende Rolle. Rund 90 Prozent der Bevölkerung sind in der GKV versichert.

Dr. Norbert Blüm, Bundesminister a. D. für Arbeit und Soziales, sagte 2004: "Wirksame Selbstverwaltung ist Dezentralisierung von Konfliktpotenzial. Sie ist heute nötiger als je zuvor."

Ass. jur. Meike Gorski-Goebel

Fachliche Fortbildung ist gemäß § 95 d SGB V Pflicht

Jeder Vertragszahnarzt, ermächtigte Zahnarzt und angestellte Zahnarzt muss nach fünfjähriger vertragszahnärztlicher Tätigkeit den Nachweis von 125 Fortbildungspunkten erbringen.

Im Januar wurden 2.609 Zahnärzte von der KZV Sachsen aufgefordert, ihre Fortbildungsnachweise bis zum 30. Juni 2014 einzureichen. Besonders wichtig ist der festgelegte Fortbildungszeitraum. Ein Übertrag der Punkte sowohl aus einem vergangenen als auch in den folgenden Fortbildungszeitraum ist nicht möglich. Jedem angeschriebenen Zahnarzt wird dieser Fortbildungszeitraum im Aufforderungsschreiben der KZV Sachsen mitgeteilt. Weitere Hinweise, Fragen/Antworten und Dateien zur Erfassung der Punkte findet man rund um das Thema unter: Zahnärzte → Berufsausübung → Pflicht zur fachlichen Fortbildung.

Geschäftsbereich Mitglieder der KZV Sachsen

Zahnärzte müssen verstärkt mit Betriebsprüfungen rechnen

Bundesrechnungshof kritisiert die Finanzverwaltung

Der Bundesrechnungshof prüft alljährlich die Einnahmen und Ausgaben des Bundes und fasst seine Ergebnisse in einem Jahresbericht zusammen. Der kürzlich veröffentlichte Bericht 2013 lässt dabei nichts Gutes für die Ärzteschaft erahnen, denn der Bundesrechnungshof kritisiert die Finanzverwaltung. Sie würde die Steuerangaben von (Zahn)Ärzten zu oberflächlich prüfen und dadurch insbesondere auf Einnahmen aus der Umsatzsteuer verzichten.

Betriebsprüfer sollen für Prüfung im Gesundheitswesen qualifiziert werden

Zahnärzte erbringen neben den überwiegend umsatzsteuerfreien Umsätzen oftmals auch umsatzsteuerpflichtige Leistungen, die der Fiskus nach Auffassung des Bundesrechnungshofes bisher zu wenig beachtet. Die Ursachen sieht der Bundesrechnungshof darin, dass die Finanzämter die steuerpflichtige Tätigkeit von Zahnärzten vielfach nicht erkennen, weil die für die Steuererhebung genutzten Fragebögen und Checklisten nicht auf die Besonderheit der Ärzteschaft eingehen. Auch auf weitere Aufklärung, etwa durch Internetrecherche, werde wegen der hohen Arbeitsbelastung meist verzichtet.

Das soll sich ändern: Der Bundesrechnungshof hat dem Bundesfinanzministerium vorgeschlagen, einen branchenspezifischen Fragebogen zu entwickeln. Außerdem sollten die Mitarbeiter in den Finanzämtern sensibilisiert werden, in welchen Fällen Steuererklärungen von Ärzten vertieft bearbeitet werden müssen. Nach Meinung des Bundesrechnungshofes finden auch die Prüfungen vor Ort zu selten statt. Daher soll das Bundesfinanzministerium dafür sorgen, dass bei Betriebsprüfungen in regelmäßigen Abständen ein Schwerpunkt auf Ärzteprüfungen gelegt wird und dafür spezialisierte Fachprüfer eingesetzt werden.

Gut auf Betriebsprüfungen vorbereiten

Es ist zu befürchten, dass künftig vermehrt Betriebsprüfungen bei Zahnärzten stattfinden werden. Damit Sie

diesen Prüfungen gelassen begegnen können, sollte der Dokumentation der ärztlichen Indikationen und des Leistungskonzepts eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation gehört insbesondere eine klare Trennung von umsatzsteuerfreien und umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen. Die steuerpflichtigen Umsätze müssen zudem getrennt nach Steuersätzen (19 % bzw. ermäßigt mit 7 % zu besteuernde Umsätze) aufgezeichnet werden. Medizinische Maßnahmen, die ein konkreter bzw. individueller Teil eines Leistungskonzepts sind, können als umsatzsteuerbefreit behandelt werden. Maßgeblich ist, dass die medizinische Indikation konkret beschrieben wird. Dies gilt insbesondere bei Präventionsleistungen, denn hier ist der Grat zwischen einer umsatzsteuerfreien Heilbehandlung und einer umsatzsteuerpflichtigen Leistung besonders schmal.

Fazit:

Die Prüfung der umsatzsteuerfreien und umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen wird bei künftigen Betriebsprüfungen noch mehr an Bedeutung gewinnen. Haben Sie Fragen zu diesem Thema? Rufen Sie uns an.



Kontakt: Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH) Daniel Lüdtke Steuerberater

ETL | ADMEDIO Pirna

Steuerberatung im Gesundheitswesen

Wir sind eine mittelgroße Steuerberatungsgesellschaft – insbesondere auf die Beratung von Zahnärzten spezialisiert – und unterstützen Sie gern

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

Außenstelle Chemnitz Weststraße 21 · 09112 Chemnitz Telefon: (0371) 3 55 67 53 · Fax: (0371) 3 55 67 41 admedio-chemnitz@etl.de · 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

Unternehmen der ETL-Gruppe

Die Laborrechnung im Gebührentarif Zahnersatz (Teil 24)

Nach den Festzuschuss-Befunden für die Reparatur von Prothesen stellen wir Ihnen nun die Festzuschuss-Befunde 6.6 und 6.7 (Unterfütterung von Zahnersatz) vor.

Festzuschuss-Befund 6.6

Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese

Festzuschuss-Befund 6.7

Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalen Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer

Die grundsätzliche Unterscheidung in den beiden Festzuschuss-Befunden liegt in den Begriffen "Teil-Zahnersatz" und "totalem Zahnersatz bzw. schleimhautgetragener Deckprothese" (Cover-Denture).

Der Ansatz der Festzuschuss-Befunde ist immer nach der Art der zu unterfütternden Prothese, nicht nach der tatsächlich durchgeführten Maßnahme festzulegen. So wird jede Unterfütterung an einem Teil-Zahnersatz immer mit dem Festzuschuss-Befund 6.6, Unterfütterungen an totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragenen Deckprothesen immer nach dem Festzuschuss-Befund 6.7 bezuschusst.

Man unterscheidet zwei Unterfütterungsmöglichkeiten, die indirekte und die direkte Unterfütterung. Bei der indirekten Unterfütterung wird mittels der vorhandenen Prothese eine Abformung im Munde des Patienten durchgeführt. Hieraus entsteht ein Modell, mit dessen Hilfe die Unterfütterung im zahntechnischen Labor erfolgt. Bei der direkten Unterfütterung wird auf die vorhandene Prothese selbsthärtender Kunststoff aufgetragen und zum Aushärten in den Mund des Patienten eingebracht. Für den Ansatz des entsprechenden Festzuschuss-Befundes ist es immer unerheblich, welche Unterfütterung durchgeführt wurde. Auf dem Heil- und

Kostenplan, im Feld Bemerkungen, sind alle Wiederherstellungsmaßnahmen konkret zu beschreiben.

Mit der BEMA-Umrelationierung im Jahr 2004 ist die vollständige direkte Unterfütterung gestrichen und als nicht mehr lege artis aus dem Bewertungsmaßstab entfernt worden. Damit stellt eine vollständige direkte Unterfütterung eine nicht bezuschussungsfähige Leistung dar.

Belassen wurde als Ausnahme lediglich die direkte **Teil**unterfütterung, obwohl diese wissenschaftlich sehr umstritten ist.

Nicht nach diesen Festzuschuss-Befunden werden Unterfütterungen an implantatgetragenem Zahnersatz bezuschusst. Hierfür findet der Festzuschuss-Befund 7.7 Verwendung.

Beispiel 1 – Bemerkungen:

Teilunterfütterung einer partiellen Modellgussprothese (Teil-Zahnersatz)

Festzuschuss	6.6
BEMA	100 c

Fremdlaborrechnung BEL II (Beispiel 1)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
001 0	Modell	2
011 2	Fixator	1
8080	Teilunterfütterung einer Basis	1
9330	Versandkosten	2

Prüfung der Plausibilität Beispiel 1 – Teilunterfütterung

FZ-Befund	BEMA	BEL II
1 x 6.6	100 c	8080

Hinweise zum Beispiel 1 – Teilunterfütterung

Die Teilunterfütterung ist dann notwendig, wenn die Prothesenbasis nur teilweise unvollkommen anliegt. Auf der Laborrechnung sind zwei Modelle ausgewiesen. Hierbei handelt es sich um das Modell des abgeformten Prothesenlagers und ein Kontermodell. Dieses stellt das Gegenmodell dar, das nicht nach einer Abformung entsteht, sondern durch den Zahntechniker hergestellt wird. Die beiden Modelle sind erforderlich, damit die BEL II-Position 011 2 (Fixator) mit berechnet werden kann. Im Gegensatz zum Mittelwertartikulator lässt dieser nur Okklusionsbewegungen zu. Im geänderten BEL II, welches zum 1. April 2014 in Kraft tritt, ist die Abrechnungsmöglichkeit des Fixators auf die Leistungen **Unterfütterung** und zur **Herstellung von Bissregistrierhilfen** sowie die Herstellung von **kieferorthopädischen Geräten** mit bimaxillärer Beziehung beschränkt worden.

Die BEMA-Nr. 100 c findet für alle Teilunterfütterungen Anwendung, unabhängig davon, ob direkt oder indirekt unterfüttert wurde.

Hinweise zum Beispiel 2 – Direkte Teilunterfütterung einer Totalprothese

Der Festzuschuss-Befund 6.7 kommt hier auch bei einer Teilunterfütterung zum Ansatz, da es sich um eine Totalprothese handelt, die unterfüttert wird.

Bei der direkten Teilunterfütterung gibt es keine Laborrechnung, da ausschließlich das verwendete Kunststoffmaterial in tatsächlicher Höhe berechnet werden darf.

Hinweise zum Beispiel 3 – Vollständige Unterfütterung einer Cover-Denture-Prothese mit funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer

Bei dieser Unterfütterung wird durch funktionelle Abformung der Ventilrand – dem die umgebende Schleimhaut luftdicht anliegt, sodass eine Saugwirkung erzielt wird – neu gestaltet.

Hierfür finden im Unterkiefer die BEMA-Nr. 100 f (vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer) und im Oberkiefer die BEMA-Nr. 100 e (vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer) Anwendung.

Hinweise zum Beispiel 4 – Vollständige Unterfütterung (Rebasierung) einer Totalprothese im Oberkiefer

Durch mehrere Unterfütterungen in der Vergangenheit kann es zu Spannungen im Material kommen. Durch die Rebasierung oder auch Neugestaltung der Basis wird das vorhandene Material entfernt, eine neue Basis entsteht. Der Behandlungsablauf entspricht dem einer vollständigen indirekten Unterfütterung entsprechend der BEMA-Nrn. 100 e und 100 f.

Eine tabellarische Übersicht zu diesem Thema können Sie gern per Mail anfordern: inge sauer@kzv-sachsen.de

@-Fortbildung

Zu diesem Abrechnungsbeitrag können Sie Fortbildungspunkte erhalten.

www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Beispiel 2 – Bemerkungen:

Direkte Teilunterfütterung einer Totalprothese

Festzuschuss 6.7 BEMA 100 c

Eigenbeleg

Material für die direkte Teilunterfütterung 1

Prüfung der Plausibilität Beispiel 2 – Direkte Teilunterfütterung

FZ-Befund	BEMA	Eigenbeleg
1 x 6.7	100 c	Material

Beispiel 3 – Bemerkungen:

Vollständige Unterfütterung einer Cover-Denture-Prothese mit funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer

Festzuschuss 6.7 BEMA 100 f

Fremdlaborrechnung BEL II (Beispiel 3)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
001 0	Modell	2
011 2	Fixator	1
809 0	vollständige Unterfütterung einer Basis	1
9330	Versandkosten	2

Prüfung der Plausibilität Beispiel 3 – Vollständige Unterfütterung

FZ-Befund	BEMA	BEL II
1 x 6.7	100 f	809 0

Beispiel 4 – Bemerkungen:

Vollständige Unterfütterung (Rebasierung) einer Totalprothese im Oberkiefer

Festzuschuss 6.7 BEMA 100 e

Fremdlaborrechnung BEL II (Beispiel 4)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
001 0	Modell	2
011 2	Fixator	1
8100	Prothesenbasis erneuern	1
933 0	Versandkosten	2

Prüfung der Plausibilität Beispiel 4 – Vollständige Unterfütterung (Rebasierung)

FZ-Befund	BEMA	BEL II
1 x 6.7	100 e	8100

GOZ-Telegramm

Frage	Wie erfolgt die Berechnung der parapulpären Stiftverankerung einer Füllung / eines Aufbaus?
Antwort	Die Leistung der parapulpären Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus ist in der GOZ 2012 nicht mehr beschrieben.
	Werden entsprechende Maßnahmen erbracht, ist eine Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ in Analogie vorzunehmen.
Theorie	§ 6 Abs. 1 GOZ "Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden."
Fundstelle	GOZ – § 6 GOZ-Infosystem

Wirtschaftliche Honorarfindung in der Zahnarztpraxis

Honorare bilden die wirtschaftliche Grundlage einer Zahnarztpraxis. Die Berücksichtigung der Kostenstruktur und des eingesetzten Zeitaufwandes ist Kalkulationsgrundlage für die Gebührenbemessung. Dabei sind die Vorgaben der Gebührenordnungen GOZ und GOÄ bei der Darstellung des Honorars zu berücksichtigen. Die Bemessungskriterien sind entsprechend der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anzuwenden.

Jede Zahnarztpraxis benötigt Honorareinnahmen als wirtschaftliche Grundlage des Praxisbetriebes.

Der Zahnarzt begründet seinen Honoraranspruch als Dienstleistung höherer Art für medizinisch notwendige Heilmaßnahmen auf der Grundlage der Gebührenordnungen BEMA, GOZ und GOÄ. Für den Rechtskreis gesetzlich versicherter Patienten gilt die Berechnungsgrundlage des BEMA mit vertraglich festgelegtem Honorar für ein definiertes Leistungsspektrum.

Die Honorarfindung wird dem Zahnarzt aufgrund der Vertragsverhandlungen zwischen KZV und GKV vorgegeben, trotzdem stellt es eine wichtige und grundlegende Einnahmequelle jeder Zahnarztpraxis dar.

Die Abgrenzung der Kassenleistung gegenüber der außervertraglich erbrachten Leistung ist eine wichtige, nicht immer einfache, aber wirtschaftlich unverzichtbare Aufgabe des Zahnarztes.

Die Kenntnis der Schnittstelle zwischen

BEMA und GOZ ist für eine sachgerechte Honorarfindung Voraussetzung. Der Zahnarzt muss wissen, ab welchem Punkt und in welchem Umfang er dem Patienten Privatleistungen anbieten kann. Für diesen Leistungsanteil erfolgt für den GKV-Patienten, ebenso wie für den privat versicherten Patienten die Honorarfindung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Die GOZ regelt, dass der Zahnarzt für seine beruflichen Leistungen Vergütungen berechnen kann, die nach den Regeln der Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind. Wird das Maß der Notwendigkeit überschritten, ist die Leistung auf Verlangen des Zahlungspflichtigen im Vorfeld zu vereinbaren und entsprechend zu kennzeichnen.

Erwähnt sei an dieser Stelle ausdrücklich, dass medizinisch notwendig heißt, dass für die vorgesehene Therapie eine entsprechende Indikation bestehen muss. Kriterien wie "ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich" sind hier nicht von Bedeutung.

Die GOZ regelt auch, auf welche Weise Honorare gebildet werden können. Beschriebene Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung berechnet, nicht beschriebene Leistungen werden nach § 6 Absatz 1 analog berechnet. Die Gebührenhöhe ist über den Steigerungsfaktor nach § 5 Absatz 1 und 2 je nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen bei der Behandlung festzulegen, die normale Schwierigkeit soll durch den 2,3-fachen Gebührensatz abgebildet werden

Insoweit erscheint die GOZ als ein Werkzeug, das unsere Leistungen umfassend regelt und bewertet.

In vielen Fällen ist das aber nicht so, da sowohl die Bewertung als auch die Beschreibung der Leistungen weder das heutige wissenschaftliche Niveau noch die erforderlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ausreichend abbilden. Obwohl die GOZ erst 2012 erlassen wurde, orientierte sich der Inhalt wesentlich an Erstattungsfragen, die tatsächlichen Praxisbedingungen blieben vielfach unberücksichtigt.

Die Kosten des Praxisbetriebes sind in den letzten Jahren enorm angestiegen. Entsprechend der Erhebung des unabhängigen Prognos Institutes belaufen sich gegenwärtig die Kosten einer Zahnarztpraxis im Durchschnitt auf 3,58 Euro pro Minute.

Wirtschaftliche Honorarfindung beinhaltet deshalb im Schwerpunkt die Abstimmung der Praxiskosten mit den Gestaltungsspielräumen der Gebührenordnung. Vom Grundsatz her bedeutet das, die Kosten der Leistungen in Gebührenziffern zu übersetzen. Nicht unwesentlich ist dabei der Zeitfaktor.

Entsprechend der GOZ beinhalten gegenwärtig 28 GOZ-Punkte zum Faktor 2,3 eine Minute Arbeitszeit.

Kalkulatorisch ist es für jeden Praxisinhaber unverzichtbar, seine individuelle Kostenstruktur und seinen individuellen Praxisminutenwert zu ermitteln, die durchaus vom Durchschnitt abweichen können

Anhand dieser Daten kann schnell festgestellt werden, welchen Wert eine erbrachte Leistung in der jeweiligen Praxis tatsächlich hat. Man wird rasch bemerken, dass die Bewertungen der GOZ in vielen Fällen weit hinter den Erfordernissen zurückbleiben.

Das wird nicht nur dadurch deutlich, dass ca. 40 GOZ-Leistungen zum 2,3-fachen Gebührensatz unter der Bewertung des BEMA liegen, sondern auch darin, dass der 2,3-fache Gebührensatz nicht automatisch die normale Leistung abbildet. Die aus Erstattungssicht kostengünstige Bewertungsstruktur bedarf in jedem Fall der individuellen Anpassung.

Die Wahl des Faktors ist ein Gestaltungsinstrument, das die Gebührenordnung ausdrücklich so vorsieht, um den entsprechenden Aufwand und die damit verbundenen Kosten als Honorar darzustellen. Die Höhe des Faktors ist insoweit von Bedeutung, da er inzwischen die einzige Stellschraube zur Honorarbildung ist. Zu beachten ist, dass bei Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes eine medizinische Begründung anzugeben und dass bei Überschreiten des 3,5-fachen Satzes im Vorfeld eine abweichende Honorarvereinbarung zur Gebührenhöhe abzuschließen ist.

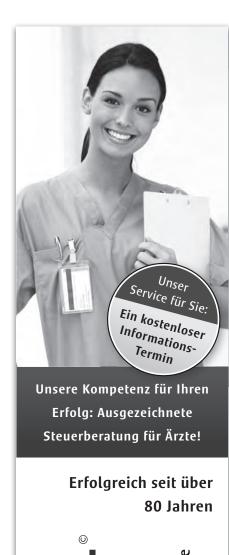
Wichtiges Kriterium der Honorargestaltung ist auch die **Prüfung der Leistungsbeschreibung auf Übereinstimmung mit der tatsächlich erbrachten Leistung.**Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, werden nach Art, Kosten- und Zeitaufwand einer gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses analog entsprechend § 6 Absatz 1 GOZ berechnet.

Aufgrund der rasanten wissenschaftlichen Entwicklung der Zahnheilkunde und der ungenügenden Leistungsbeschreibung der Gebührenziffern ist eine große Anzahl von Leistungen auf dieser Abrechnungsgrundlage zu berechnen. Die wirtschaftliche Honorargestaltung kann hier durch Auswahl einer entsprechend bewerteten Leistung relativ einfach vollzogen werden.

Welche Leistungen in der Regel davon betroffen sind, können Sie z. B. im GOZ-Kommentar der BZÄK und im GOZ-Infosystem der LZKS nachlesen. Hier finden Sie auch Tabellen, die die Berechnung analoger Leistungen darstellen. Ebenso sei an dieser Stelle auf den Honorarrechner des GOZ-Infosystems der LZKS verwiesen, der Ihnen nicht nur einen Überblick vermittelt, welche Leistungen zu welchem Faktor berechnet werden müssen, um wenigstens das BEMA-Niveau zu erreichen, sondern er ermöglicht mit Ihrem individuellen Praxisminutenwert eine exakte Zeitkalkulation und stellt das erforderliche Honorar entsprechend dar.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die GOZ ist die Berechnungsgrundlage für alle außervertraglichen Leistungen. Die Höhe der Gebühr wird aufgrund der individuellen Praxisgegebenheiten entsprechend des Zeitaufwandes kalkuliert und durch Anwendung der Bemessungskriterien entsprechend § 5 GOZ dargestellt. Steigende Kosten bei gleichbleibendem Honorar können ansonsten nur durch immer kürzere Leistungserbringungszeit kompensiert werden oder durch Einsatz immer mehr unbezahlter Freizeit.

Dr. Mathias Görlach GOZ- Referent LZKS





BUST Niederlassung Dresden:

Jägerstraße 6 01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0 Telefax: 0351 828 17-50 E-Mail: dresden@BUST.de

www.BUST.de

Anzeige

Implantatversorgung bei Senioren – Biologische und medizinische Aspekte

Auch auf die zahnärztliche Implantologie wird sich die demografische Entwicklung mit einer Zunahme älterer Patienten auswirken. Alter an sich gilt aber nicht als Kontraindikation für eine Implantatversorgung. Allerdings sind verschiedene biologische, anatomische und medizinische Aspekte bei älteren Implantatpatienten zu beachten. Dazu gehören physiologische Altersveränderungen, Alterskrankheiten sowie verschiedene anatomische Veränderungen an den Kieferknochen, insbesondere bei Zahnlosigkeit.

Demografie und Alterszahnheilkunde

Die wichtigsten Ursachen der demografischen Alterung vor allem in den Industrienationen sind der Rückgang der Geburtenraten und die Zunahme der Lebenserwartung. In Deutschland werden in etwa 20 Jahren fast 40 % der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt sein. Im Bundesland Sachsen wird 2025 fast ein Drittel der Gesamtbevölkerung über 65, jeder zehnte Einwohner über 80 Jahre alt sein (24). Der dadurch bedingte steigende Anteil von Senioren wird zu einer deutlichen Zunahme der Zahl von Implantatversorgungen in dieser Altersklasse führen (90). Wie in der Allgemeinzahnmedizin, werden sich deshalb auch die implantologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen mit der Gerontostomatologie, also der Alterszahnheilkunde, auseinandersetzen müssen (19, 57, 61, 88). Dabei sind nicht nur Kenntnisse über altersspezifische therapeutische Vorgehensweisen, z. B. hinsichtlich der prothetischen Planung, wichtig, sondern auch biologische, anatomische und medizinische Aspekte, die sich insbesondere auf die präimplantologische Diagnostik, die chirurgischen Techniken und das allgemeine Risikomanagement auswirken können (65). Ein hoher Anteil älterer Patienten bedingt natürlich auch, dass eine Praxis unter alters- und behindertengerechten Aspekten gestaltet und geführt werden sollte (61, 62, 77). Einige Implantathersteller haben sich des Themas "Altersimplantologie" bereits angenommen und verweisen auf erfolgreiche Behandlungen bei Älteren, selbst bei über 100-Jährigen. Gegenwärtig ist der Anteil von mit Implantaten versorgten Menschen

über 65 Jahren jedoch noch gering. Für Europa liegt er etwa bei 1 %, in einigen Ländern, wie z. B. Schweden, höher (8 %; 71, 101). Für Deutschland liegen keine Zahlen vor.

Altern und Alterskrankheiten

In der heutigen Altersforschung wird zwischen Krankheit und Altern strikt getrennt und verschiedene Formen der Alterungsprozesse unterschieden: Im Rahmen des sogenannten normalen Alterns kommt es zu physiologischen Altersveränderungen an allen Organen und Geweben, die mit entsprechenden Funktionsverlusten einhergehen (53, 79, 99) und sich in ausgeprägter Form als Altersgebrechlichkeit (52, 85) darstellen (Gruppe der "slow go's"). Diese Veränderungen können sich auf alle Aspekte der Versorgung und Betreuung von Implantologie-Patienten auswirken (65): Beispielsweise können nachlassende neuromuskuläre Funktionen durch den altersbedingten Muskelmassenverlust und neurologische Veränderungen zu einer verminderten Fähigkeit zu Hygienemaßnahmen, z. B. an Implantatstegen, führen, nachlassende Sinnesleistungen (z. B. Altersschwerhörigkeit, Altersfehlsichtigkeit) erschweren möglicherweise die Kommunikation mit dem Patienten, z. B. im Beratungsgespräch. Diese Veränderungen sollten bei der Planung einer implantatgestützten Prothetik Berücksichtigung finden, wenn es z. B. um die Art der Verankerung geht. Der häufig vorkommende idiopathische Altersschwindel (Presbyvertigo), bei dem keine otologischen oder neurologischen Ursachen nachzuweisen sind, sollte zur besonderen Vorsicht bei der Lagerung der älteren Patienten Anlass geben (30). Obwohl in Deutschland laut der letzten Mundgesundheitsstudie die Zahl der Zahnlosen bis ca. 2020 konstant bleiben wird, haben eine verbesserte Mundhygiene in der Bevölkerung und die verstärkten zahnärztlichen Präventionsmaßnahmen der letzten Dekaden dazu geführt, dass ein immer höherer Prozentsatz Menschen bis ins höhere Alter vollbezahnt oder zumindest teilbezahnt bleibt. Deshalb wird das Einzelzahnimplantat als Therapieform bei Senioren an Bedeutung gewinnen (Abb. 1).

Das normale physiologische Altern an sich stellt jedoch keinen Risikofaktor für eine Implantatversorgung dar. Dies haben verschiedene Studien, auch mit sehr großen Patientenzahlen, gezeigt. Dabei gab es in diesen Studien keine signifikanten Unterschiede bezüglich der altersabhängigen Osseointegration, keine Hinweise auf vermehrtes Implantatversagen im Alter oder einen verstärkten periimplantären Knochenverlust (14-16, 28, 36, 66; Abb. 2). Erst wenn zum Alter noch Kofaktoren wie Rauchen, vorangegangene



Abb. 1 – Versorgung mit Einzelzahnimplantat nach Augmentation mit autogenem Transplantat, männlich, 60 J.







Abb. 2 (a–c) – Festsitzende Versorgung im Unterkiefer auf 2 Implantaten, männlich, 86 J.

Radiatio im Kopf-Hals-Bereich oder ein Diabetes dazukommen, steigt das Risiko des Implantatverlustes (26, 37). Eine besondere Form des Alterns stellt das sogenannte erfolgreiche Altern dar, bei dem die physiologischen Alterseinschränkungen kaum wahrgenommen oder kompensiert werden. Diese "jungen Alten", deren Zahl in den Industrienationen kontinuierlich zunimmt, empfinden auch im hohen Alter ein subjektives Gesundheitsgefühl ("go go's"). Sie haben durch ein aktives und gesundes Leben in jüngeren Jahren teilweise selbst dazu beigetragen und besitzen meist einen höheren sozioökonomischen Status. Vor allem diese Bevölkerungsgruppe wird in der Zukunft vermehrt eine hochwertige implantologische Versorgung nachfragen und dazu auch finanziell in der Lage sein. Ein Blick in die Kliniken und Heime in Deutschland zeigt uns aber auch viele Menschen, die eine sogenannte sekundäre Alterung durchlaufen, bei der Alterungsprozesse mit Alterskrankheiten korreliert sind (Gruppe der "no go's"). Bei den Alterskrankheiten handelt es sich um die typischen Zivilisationskrankheiten, wie kardiovaskuläre und metabolische Krankheiten, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates oder neuropsychiatrische Krankheiten wie Demenzen (95). Mit der zunehmenden Lebenserwartung wird es in der Bevölkerung zu einer Morbiditätsverdichtung im höheren Lebensalter mit einem Anstieg z. B. von Tumor- und Demenzerkrankungen kommen ("demografisches Gebirge", 50). Eine häufig bestehende Multimorbidität führt oft zu einer Vernachlässigung der Mundhöhle ("oral neglect") mit allen typischen Folgeerscheinungen für die Zahn- und Mundgesundheit. Wahrscheinlich haben alle systemischen Alterskrankheiten in irgendeiner Weise Auswirkungen auf die intraoralen Gewebe bzw. können zu Symptomen in der Mundhöhle führen (17, 65, 89). Sie berühren somit auch alle Aspekte einer implantologischen Risikoabschätzung, Planung, Behandlung und Prognose (11,26,48,60,65). Leider sind viele pathophysiologische Zusammenhänge noch wenig erforscht. Klar ist aber, dass z. B. ein Diabetes, wie in anderen Körperregionen auch, durch eine Mikroangiopathie zu einer Minderdurchblutung der Alveolarfortsätze oder der Mukosa oder zu Wundheilungsstörungen beitragen kann. Auch kann sich die Erkrankung negativ auf Knochenstoffwech-

sel und -struktur auswirken (2, 46, 51, 67, 80, 82). Sind Eingriffe unter Vollnarkose bei älteren Patienten vorgesehen, ist eine Risikoabschätzung hinsichtlich bestehender Alterskrankheiten immer notwendig. In der Tabelle 1 sind die Krankheiten aufgelistet, die nach aktueller Expertenmeinung eine Kontraindikation für die orale Implantologie darstellen.

Auch in der Mundhöhle gibt es Alterskrankheiten, also Erkrankungen, deren Inzidenz mit steigendem Lebensalter zunimmt. Dazu gehören die Mundtrockenheit (Xerostomie), bösartige Neubildungen und ihre Vorstadien sowie prothesenbedingte pathologische Veränderungen. Ob auch die Wurzelkaries oder entzündliche Veränderungen des Zahnhalteapparates dazugehören, ist umstritten (35). Atypische Gesichtsschmerzen und spezielle Schmerzkrankheiten (z. B. Trigeminusneuralgien, Arteriitis temporalis) sind ebenfalls im Alter häufiger. Zwar finden wir bei Menschen im höheren Alter auch eine hohe Prävalenz von Schmerzproblemen, oft mit Chronifizierung, aber die physiologische Schmerzempfindung ist nicht verändert. Schmerzrezeptoren, auch im Bereich der Mundhöhle, sind intakt. Allerdings sind Schmerzverarbeitung, subjektive Bewertung und die Kommunikation über Schmerzen oft verändert (5, 20). Eine Schmerztherapie beim älteren Implantatpatienten unterscheidet sich demnach nicht von der bei jüngeren. Ein Problem stellt allerdings oft die Medikamenteneinnahme bei älteren Pa-

Schlecht eingestellter und nicht kontrollierter Diabetes

Unbehandelte Parodontitis mit Taschentiefen über 5,5 mm

Radiatio

Bisphosphonat-Therapie mit Immunsuppression

Unfähigkeit zur oralen Hygiene

Herzinfarkt, der nicht länger als 6 Monate zurückliegt

(Krebserkrankung)

(kardiovaskuläre Erkrankungen)

(rheumatoide Arthritis)

Tabelle 1 – Liste der Kontraindikationen bzw. von Erkrankungen mit hohem Risiko (in Klammern) für orale Implantate (nach 26, 59)

tienten dar. Meist liegt eine Polypragmasie, d. h. eine Einnahme von mehreren Medikamenten, vor, unter denen auch oft nicht verschreibungspflichtige Pharmaka sind. Eine veränderte Pharmakodynamik und -kinetik im alternden Organismus kann zu ungewöhnlichen Medikamenteninteraktionen, z. B. auch im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, führen und ungewohnte Nebenwirkungen hervorrufen (8, 81, 83). Manche Lokalanästhetika werden vermindert in der Leber verstoffwechselt, sodass eventuell auf extrahepatisch metabolisierte Substanzen wie Articain zurückgegriffen werden sollte. Bei kardiovaskulären Problemen älterer Patienten sollten auch vasokonstriktive Zusätze mit Vorsicht verwendet werden (21). Die Dosierungen von Medikamenten, wie z. B. von Schmerzmitteln und Antibiotika, im Rahmen der Implantatchirurgie sind dem Alter anzupassen (3, 54). Häufige Nebenwirkungen betreffen auch die Mundhöhle und sollten primär nicht mit Implantaten oder der Implantatbehandlung in Zusammenhang gebracht werden. Hier sind vor allem eine Verminderung der Speichelsekretion und Geschmacksstörungen zu nennen. Es sind über 350 Stoffgruppen bekannt, bei denen als Nebenwirkung eine Hyposialie (Speichelmengen weniger als 0,1 ml/min) auftritt, die klinisch als Mundtrockenheit (Xerostomie) imponiert. Selbstverständlich kommen jedoch auch andere Ursachen infrage, wie z. B. eine generelle Austrocknung bei älteren Menschen durch mangelnde Trinkmengen, fieberhafte Erkrankungen oder eine vorausgegangene Radiatio (39, 55).

Orale Altersveränderungen und ihre Bedeutung in der Implantologie

Physiologische Altersveränderungen, die die Mundhöhle betreffen, sind auch für die Implantologie von Relevanz (23, 34, 59). Hier wären z. B. makroskopische Altersveränderungen der Zähne zu nennen, die auf strukturellen Veränderungen der Zahnhartsubstanzen beruhen. Es kommt dadurch mit dem Alter zu einer Gelbverfärbung, zum Verlust von Schneidekantenkonturen, Randwülsten und Wachstumsrillen. Die Oberflächen der

Kronen werden glatter, reflektieren weniger, die Transparenz nimmt ab. Diese Veränderungen können unter ästhetischen Aspekten für die prothetische Versorgung von Einzelzahnimplantaten, z. B. im Frontzahnbereich, wichtig sein, wenn ein älterer Patient eine "altersentsprechende" Versorgung wünscht (22). Beim sonst gesunden älteren Menschen zeigt die Mundschleimhaut klinisch keine Veränderungen. Allerdings kann die Wundheilung verzögert sein, was bei allen oralchirurgischen Eingriffen berücksichtigt werden sollte (29). Auch die Taktilität (Empfindung für Druck und Berührung) und Stereognosie (Fähigkeit zur Dimensions- und Formerkennung) der Mukosa nehmen ab, Veränderungen, die jedoch durch eine prothetische Rehabilitation durchaus wieder verbessert werden können (41, 44). Immer hat der implantologisch tätige Zahnarzt auch eine große Verantwortung bei der Entdeckung Malignom-verdächtiger Veränderungen bei älteren Patienten und deren Zuführung zu weiteren diagnostischen Maßnahmen (6, 78, 96). Geringfügige bis mäßige Zungenvergrößerungen (Makroglossien) sind ein häufiger Befund bei zahnlosen älteren Patienten und wahrscheinlich durch eine adaptative funktionelle Überbeanspruchung der Zungenmuskulatur bei veränderter oraler Motorik bedingt. Solche Vergrößerungen können bei der prothetischen Versorgung nach Implantation bei Älteren problematisch sein. Allerdings sollte bei Zungenvergrößerung differentialdiagnostisch auch an verschiedene Erkrankungen gedacht werden (neurologisch, Tumor, Hypothyreose, Akromegalie u. a.; 73). Trotz eines Verlustes von Geschmackspapillen mit dem Alter sind entgegen früherer Vorstellungen die Schmeckfähigkeit und die Unterscheidung unterschiedlicher Geschmacksqualitäten kaum verändert, und wenn, dann eher auf physiologische Verluste des Riechvermögens zurückzuführen. Geschmacksstörungen sollten immer als symptomatisch für verschiedene Erkrankungen (z. B. Demenzen) oder, wie bereits erwähnt, als Medikamentennebenwirkung angesehen werden (43). Es ist schon lange bekannt, dass im Alter sich auch das orale Keimspektrum verändern kann mit weniger Streptokokken und Actino-

myceten und mehr Lactobazillen und Porphyromonas (58). Bei Restbezahnung finden sich oft periopathogene Keime an Zähnen, aber auch an anderen Abschnitten der Mukosa, wie z. B. auf der Zunge. Eine vorhandene Restbezahnung erfordert eine gründliche parodontologische Diagnostik und ggf. Behandlung, um erhöhten Risiken für Periimplantitis, periimplantären Knochenverlust oder Implantatversagen zu begegnen. Selbst bei Zahnlosigkeit erhöht eine Parodontitis in der Anamnese, erst recht im Zusammenspiel mit Rauchen, diese Risiken (42, 84).

Obwohl im Rahmen der altersphysiologischen generellen Muskelatrophie (Sarkopenie) auch die Kiefermuskulatur an Muskelmasse verliert, zeigten neuro- und muskelphysiologische Untersuchungen der letzten Jahre, dass selbst bei Zahnlosigkeit im Alter ein Funktionserhalt der Kaumuskelaktivität (Kaukraft, Kaueffizienz) beobachtet werden kann. Die Kaueffizienz ist nicht vom Alter, sondern vom Zahnstatus abhängig. Im Vergleich zur Vollbezahnung oder zu Teilprothesen ist sie bei Totalprothesenträgern schlechter, jedoch bei implantatgestützter Versorgung immer noch besser als bei herausnehmbarer Versorgung (31, 75). Ältere Patienten mit implantatgestützter Totalprothetik können also durchaus verbesserte Kauleistungen erreichen (63, 64). Dass gute Kaufähigkeit sich positiv auf den Stoffwechsel des Gehirns auswirkt, ist schon lange bekannt. Mithilfe moderner funktioneller bildgebender Verfahren kann dies heutzutage detailliert für einzelne Gehirnareale sichtbar gemacht werden. Dabei zeigte sich, dass zwar im Alter bei Vollbezahnung die Durchblutung der sogenannte mastikatorischen Zentren der Hirnrinde beim Kauvorgang leicht abnimmt, dafür aber zusätzliche Hirnareale aktiviert werden, die kognitive Funktionen wie Lernen oder auch Gedächtnis repräsentieren. Diese kortikale Plastizität wird bei älteren Probanden, die mit einer implantatgetragenen prothetischen Versorgung kauen, sogar noch ausgeprägter (70, 97). Eine Verbesserung der Kaufähigkeit durch implantatgetragenen Zahnersatz könnte sich also positiv auf die Prävention kognitiver Dysfunktionen auswirken (69).

Der Kieferknochen im Alter

Physiologische Altersveränderungen der Knochenstruktur beginnen bereits in der vierten Lebensdekade. Etwa ab dem 35. Lebensjahr ist die sog. Spitzenknochenmasse überschritten, am gesamten Skelett kommt es zu einer Verminderung von Knochendichte und Knochenmasse mit entsprechendem strukturellen Umbau. Die Ursachen sind vielfältig. Hauptsächlich sind hormonelle Veränderungen verantwortlich, aber auch metabolische und zelluläre Faktoren spielen eine Rolle. Diese systemischen Knochenveränderungen betreffen auch den Kieferbereich (12, 49, 98). Die Knochendichte nimmt ab, die Spongiosa wird poröser, die Kortikalis dünnt aus, wobei die Maxilla stärker betroffen ist als die Mandibula (Abb. 3). Allerdings gibt es eine Reihe von Faktoren, die diese Knochenveränderungen am

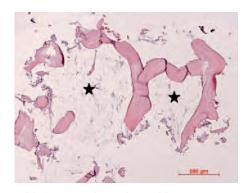


Abb. 3 – Histologisches Bild einer Knochenbiopsie aus der Maxilla; dünne Spongiosabälkchen, dazwischen Fettmark (Sternchen); männlich, 63 J.

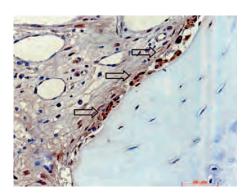


Abb. 4 – Histologie: Immunhistochemischer Nachweis von Knochenvorläuferzellen (braun gefärbt, Pfeile) auf der Oberfläche eines Spongiosatrabekels, Mandibula, weiblich, 67 J.

Kiefer modifiziert, wie z. B. Zahnstatus, funktionelle Aspekte der Okklusion, lokale topografische Faktoren u. a. Somit wird die Knochenqualität im Alter, wie sie in der Implantologie im Rahmen des "bone mapping" durch bildgebende Verfahren diagnostiziert wird, beim einzelnen Patienten von zahlreichen Parametern beeinflusst, unter denen das Alter nur einer von vielen ist (93). Von daher ist eine individuelle Röntgendiagnostik unabdingbar. Da ja bekannt ist, dass im Rahmen der frühen Osseointegration Knochenstammoder -vorläuferzellen notwendig sind, um die Implantatoberflächen zu besiedeln, könnte man befürchten, dass diese Zellen im Alter nicht mehr in genügender Menge zur Verfügung stehen. Aus der Stammzellforschung ist nämlich bekannt, dass Zahl und Funktionalität sogenannter adulter Stammzellen mit dem Alter abnehmen (7). Für den Kieferknochen gibt es bisher noch wenige Untersuchungen zu dieser Frage. Einzelbeobachtungen haben aber gezeigt, dass auch aus dem Knochenmark der Kiefer älterer Menschen Knochenstammzellen isoliert werden können (56; Abb. 4). Inwieweit die biologischen Vorgänge bei der Osseointegration im Kieferknochen älterer Menschen sich von denen jüngerer unterscheiden, ist ebenfalls wenig erforscht. Versuche in der Zellkultur haben allerdings gezeigt, dass Osteoblasten von älteren Menschen auf Titanoberflächen eine schlechtere Knochenbildung aufweisen (100). Auch in Tierversuchen war die Osseointegration experimenteller Implantate bei älteren Tieren reduziert (68).

Systemische Knochenerkrankungen können natürlich auch an den Kieferknochen manifest werden. Umstritten ist jedoch der Einfluss einer systemischen Osteoporose, die ja zu den häufigsten und sozioökonomisch wichtigsten Alterskrankheiten zählt. Pathophysiologische Faktoren dieser Erkrankung, wie die verminderte Zahl und die Verschlechterung der Funktion von Osteoblasten oder die erhöhte Zahl knochenabbauender Osteoklasten, prädeterminieren zu einer schlechten Osseointegration. Probleme bei der Einheilung von Implantaten bei Osteoporose-Patienten sind nach endoprothetischen Versorgungen in Orthopädie und Unfallchirurgie auch hinlänglich bekannt (4). In der oralen Implantologie jedoch zeigen verschiedene Studien, auch mit histologischen Untersuchungen, dass die Osteoporose keine Kontraindikation darstellt und kein erhöhtes Risiko für Implantatstabilität und -verlust gegeben ist. Es wird diskutiert, dass andere kieferspezifische Faktoren (Mastikation, embryologische Herkunft, Besonderheiten der Knochenstruktur u. a.) mögliche systemische Auswirkungen der Osteoporose auf die Knochenqualität der Kiefer überlagern (25, 33, 38, 72). Auch Zusammenhänge zwischen einem erhöhten Periimplantitis-Risiko nach Implantatversorgung und Osteoporose bei post-menopausalen Frauen sind wohl nicht nachweisbar (27). Zur Frage der oralen Bisphosphonat-Medikation bei Osteoporose-Patienten und damit zusammenhängenden möglichen Risiken für eine Kiefer-Osteonekrose sei auf aktuelle Übersichtsarbeiten (z. B. 1, 18, 26) sowie die AWMF-S3-Leitlinie "Bisphopshonat-assoziierte Kiefernekrose (BPONJ) und andere Medikamentenassoziierte Kiefernekrosen" und die DGZMK-Stellungnahme "Bisphopshonate und Implantate" verwiesen (9, 10). Ein bisher wenig untersuchtes Altersphänomen ist die veränderte Durchblutung der Kieferknochen, vor allem der Unterkiefer. Aus älteren Untersuchungen ist bekannt, dass sich durch Atherosklerose oder sogar Obliteration der A. alveolaris inferior (Abb. 5) eine Mangeldurchblutung entwickeln kann. Im Zusammenspiel mit der Atrophie des Alveolarkamms nach Zahnverlust kann so der Unterkiefer von innen her nicht mehr vollständig mit

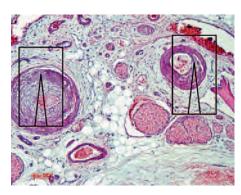


Abb. 5 – Histologie: Querschnitt durch Mandibularkanal; atherosklerotische Veränderungen in den Ästen der A. alveolaris inferior (Pfeile); männlich, 64 J.

Fortbildung

Blut versorgt werden, sodass periostale Gefäße von außen her die Versorgung übernehmen (13). Krestal entsteht dadurch eine avaskuläre Zone, die bei Implantatsetzung und -bohrung zwar wenig blutet, dafür aber auch ein Risiko für mögliche Nekrosen gegeben sein kann.

Anatomische Probleme bei älteren Patienten

Zahnverlust kann über die Jahre zu erheblichen anatomischen Veränderungen nicht nur der Kiefer, sondern des gesamten knöchernen Schädels und der fazialen Weichteile führen ("Greisengesicht"; 47, 86, 87, 92, 98; Abb. 6). Gute anatomische Kenntnisse sind in der oralen Implantologie bei der Behandlung älterer Patienten also eine wichtige Grundvoraussetzung. Viele anatomische Tücken und "Fallstricke" lassen sich durch die klinische Untersuchung und eine Diagnostik mit bildgebenden Verfahren, eventuell sogar mithilfe von Planungs-Software umgehen. Gegebenenfalls müssen auch mithilfe präimplantologischer chirurgischer Eingriffe diese anatomischen Probleme beseitigt werden, um im Sinne des "backward planning" auch dem älteren Patienten eine sichere Implantation und eine funktionell und ästhetisch befriedigende prothetische Versorgung angedeihen zu lassen (37, 59, 65). Zu den anatomischen Veränderungen am Unterkiefer gehören alle Folgeerscheinungen der Kammatrophie mit vermindertem



Abb. 6 – "Greisengesicht" mit perioralem Kollaps bei Zahnlosigkeit; 66 J.

Knochenangebot in allen Dimensionen (45, 76). Am Unterkiefer führt dies zu einer krestalen Lage des Mandibularkanals und des Foramen mentale. Lingual entwickelt sich die Crista mylohyoidea, eine unter sich gehende Vergrößerung der Linea mylohyoidea als paralingualer Kamm, der höher stehen kann als der Alveolarkamm (Abb. 7). An der Maxilla führt der oft massive Knochenabbau zu einer engen topografischen Nachbarschaft von Nasenboden und Boden der Kieferhöhle. Dazu trägt auch die Erweiterung des Sinus maxillaris bei, dessen Wände einer altersbedingten Resorption unterliegen. Das Foramen incisivum wandert nach krestal und ist bei älteren Patienten oft erweitert. Die Auswirkungen der Kammatrophie wirken sich auch auf die Weichteile aus: Eine fehlende dentale und alveoläre Abstützung kann zu Lippeninversion führen. Tritt bedingt durch eine Atrophie und einen Tonusverlust des M. orbicularis oris noch ein sog. perioraler Kollaps hinzu, resultieren daraus Wangeneinziehung und Vertikalverlust der Oberlippe als Teil des sogenannten Greisengesichtes (Abb. 6). Zunehmende periorale Faltenbildung und Altersveränderungen der Lippe verstärken diese ästhetisch ungünstigen Gesichtsveränderungen (32). Eine Implantatversorgung des älteren zahnlosen Patienten kann somit auch zur Verbesserung der Alterserscheinungen des Gesichts führen. Auch für den Gesichtsbereich besteht für den Implantologen eine ärztliche Verantwortung für den älteren Patienten: Eine gründliche Inspektion der perioralen Region kann zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten, insbesondere bösartiger Neubildungen der Lippen und der Haut beitragen.

Ausblick

Neben den medizinischen und biologischen Aspekten werden in der Zukunft aber vermehrt Fragen nach der Lebensqualität durch Implantatversorgung im Alter, auch im Zusammenhang bei möglicher Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder Pflegebedürftigkeit, nach langfristigen Risiken, wie z. B. für Periimplantitis, sowie gesundheitsökonomischen Aspekten wie der Finanzierbarkeit, eine immer größere Rolle spielen (40, 57, 74, 91, 94). Dagegen sollte man aber

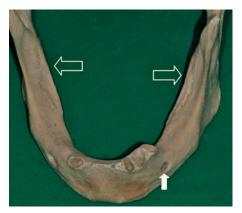


Abb. 7 – Unterkiefer eines älteren Menschen, anatomisches Präparat; Atrophie nach Zahnverlust im Seitenzahnbereich, deutlich ausgebildete Crista mylohyoidea bds. (offene weiße Pfeile), links Foramen mentale nach krestal gewandert (geschlossener weißer Pfeil)

auch die Vorteile einer implantatgestützten Prothetik bei Senioren, wie z.B. Verbesserung von Knochenerhalt, Muskelkraft, Kaueffizienz, Kaukraft oder psychosozialer Situation (63, 64), abwägen. Abbildungen 1, 2 und 6: Prof. Dr. med. dent. Rolf Vollmer (Wissen)

Prof. Dr. med. Werner Götz Rheinische F.-Wilhelms-Universität Bonn Zentrum für ZMK, Poliklinik für KFO Oralbiologische Grundlagenforschung

Literaturliste abrufbar unter: www.zahnaerzte-in-sachsen.de



Berichtigung zum Fachbeitrag 2/2014:

Im Fachbeitrag von Dr. Bensel "Infektionsgefahren durch wenig beachtete Infektionswege in der ZAP" muss der Zahlenwert auf S. 28, mittlere Spalte, Zeile 16 richtig heißen:

1 x 108 KBE/ml

Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen.

Spezielles Silica-System entfernt Verfärbungen noch effektiver

Seitdem die Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT Zahncreme-Linie auf der Internationalen Dental-Schau 2013 in Köln zum ersten Mal einem breiten Publikum vorgestellt wurde, hat sie bereits eine große Zahl von Praxisteams und Patienten überzeugt. Denn dank ihrer einzigartigen Formulierung macht sie die Vorteile des Zinnfluorids endlich kompromisslos nutzbar. Dieser besondere Wirkkomplex aus stabilisiertem Zinnfluorid und Natriumhexametaphosphat stärkt die Zähne gegen Karies, bietet eine zuverlässige Plaquekontrolle, einen effektiven Zahnfleischschutz und bildet einen Schutzschild gegen säurebedingte Erosionen. Des Weiteren sorgt er für eine schnelle chemische Blockierung der Dentinkanälchen und beugt dadurch Hypersensibilitäten vor. Das in Form von Mikroaktivkügelchen enthaltene Natriumhexametaphosphat bildet zudem auf nicht-abrasive Weise eine Schutzschicht, die vor Plaque-



neubildung, Zahnstein und Verfärbungen schützt.

Nach der erfolgreichen Einführung der drei Varianten Tiefenreinigung, Zahnschmelz Regeneration und Sensitiv + Sanftes Weiß im März 2013 wird die Produktfamilie jetzt um ein weiteres Mitglied erweitert. Denn seit Januar 2014 ist nun auch die Variante Gesundes Weiß im Handel erhältlich. Zusätzlich zu den bekannten Vorteilen verfügt sie über ein spezielles Silica-System, welches noch effektiver gegen oberflächliche Verfärbungen wirkt. Ihr anregender Geschmack nach grüner Minze und Limette sorgt darüber hinaus für einen angenehm frischen Atem.

Weitere Informationen: Procter & Gamble Germany GmbH Professional Oral Health Telefon 06196 8901 www.dentalcare.com

Einladung zu einer dentalen Fachveranstaltung

JUVORA ist die metallfreie Alternative für die CAD/CAM-gestützte Herstellung von Zahnersatz. Dank der digitalen Fertigung arbeitet das Labor Duo-Dental mit dem Material effizienter und kann dem Patienten einen perfekt passenden Zahnersatz bieten und somit dazu beitragen seine Lebensqualität zu verbessern. Seit 2012 ist das Labor "JUVORA TM Certified Partner" und erlaubt es, seinen Zahnärzten, Patienten sowie anderen Dentallaboren eine Vorreitertechnologie für die Herstellung von Teilprothesen und abnehmbaren Zahnersatz anzubieten. Das Zahntechnik-Team lädt Sie ein zu einer besonderen Fachveranstaltung: Am 16. April um 15.00 Uhr im Gebäude der BARMER GEK in Zwickau. Erfahren Sie, wie PEEK bei der Fertigung



Kleinanzeigen/Herstellerinformation

Stellenangebote/ -gesuch

Zahnmedizinische Fachangestellte, Vollz. mit Abrechnungskenntnissen ab Aug./Sept. in Leipzig gesucht. Chiffre 0993

Junge engagierte Absolventin mit Staatsexamen 10/2013 sucht Assistenzstelle im Raum Dresden, **Tel. 0172 4054144**

Chirurgisch-implantologisch erfahrener Zahnarzt bietet Verstärkung Ihres Teams. Jede Form der Zusammenarbeit möglich. Chiffre 0998

Praxisabgabe/ -vermietung

Umsatzstarke Zahnarztpraxis am Leipziger Stadtrand (700 – 1000 Scheine) sucht Nachfolger/in. Tel. 0151 20683158

Freiberg – Etabl. Praxis, Allg. Stom. im Ärztehaus eines Wohngebietes aus Altersgründen abzugeben. Übergangssozietät möglich. Chiffre 0994

Umzugsbedingt freiwerdende Praxisräume (114 m², 2 BHZ) in bester Stadtlage ab sofort in Delitzsch (Nordsachsen) zu vermieten. Chiffre 0992

Markt



Verkaufe

- Flex-Integral Behandlungseinheit, 1992, demontiert
- Flex-Integral Behandlungseinheit in Funktion mit Zahnfilmröntgengerät Oralix, 1982
- Zahnfilmröntgengerät einzeln Siemens Heliodent, 1993
- OPG Orthophos 3, 1996Chiffre 0963





Keine Kinderheirat!



In Indien werden jedes Jahr tausende kleiner Mädchen mit erwachsenen Männern zwangsverheiratet. Dies bedeutet oft absoluten Gehorsam und Gewalt. terre des hommes bietet Mädchen mit Ausbildungsprogrammen Schutz vor Kinderheirat. Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit.

www.tdh.de



Praxiseinrichtungen

- 3D-Praxisplanung
- objektbezogene Einrichtung
- Behandlungszeilen
- Um- und Ausbau

Klaus Jerosch GmbH Info-Tel. (0800) 5 37 67 24 Mo - Fr von 07.00 - 18.00 Uhr

www.jerosch.com



Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Beilagen zum **6. Fränkischen Zahnärztetag** sowie der Firma **Rainer & Partner** bei. Einem Teil dieser Ausgabe liegen Beilagen der **Geilert GmbH** und der Firma **ID.MED Software & Consulting** bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.

von Zahnersatz eingesetzt wird und was dieses Material für die kommende Generation – für Sie als Zahnarzt und für Ihre Patienten – bedeutet. Für die Veranstaltung haben wir ein interessantes Programm zusammengestellt. Wir stellen Ihnen dieses Material als metallfreie Alternative vor und präsentieren die hervorragenden Eigenschaften, welches PEEK für den Einsatz in der prothetischen Zahnmedizin prädestiniert. Zudem erfahren Sie, wie es seit mehr als einem Jahrzehnt weltweit in vielen medizini-

schen Fachbereichen eingesetzt wird. Als Referenten konnten wir Dr. Bernd Siewert von der Clinica Somosaguas (Madrid) gewinnen. Er wird klinische Ergebnisse vorstellen, Indikationen aufzeigen und Patientenfälle demonstrieren, die er realisiert hat. Der erfahrene Zahnmediziner berichtet über seine mehr als fünfjährige Erfah-

rung mit diesem Material in der prothetischen Zahnmedizin.

Weitere Informationen: Duo-Dental Zahntechnik GmbH Telefon 03745 74430-0 www.duozahntechnik.de oder www.juvoradental.de

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



ALL YOU NEED IS "U"

- Dualhärtendes Universal-Adhäsiv
- Self-Etch, Selective-Etch oder Total-Etch Sie als Anwender haben die freie Wahl
- Herausragende Anwendungsvielfalt
 - für direkte und indirekte Restaurationen
 - uneingeschränkt kompatibel mit allen licht-, dual- und selbsthärtenden Composites ohne zusätzlichen Aktivator
 - sichere Haftung an diversen Materialien wie Metall, Zirkon- und Aluminiumoxid sowie Silikatkeramik ohne zusätzlichen Primer
- In einer Schicht aufzutragen gesamte Verarbeitungszeit nur 35 Sekunden



*Alle aktuellen Angebote finden Sie unter www.voco.de

Futurabond® U





