

# Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN **SACHSEN**

ANZEIGE

Ergebnisse der  
ZFA-Umfrage

Neue Bestimmungen  
für Befund-Monitore

Analoge versus  
digitale  
Abformtechnik

Zusammenarbeit  
zwischen Zahnarzt  
und Zahntechniker



Die PVS Sachsen

## Honorarabrechnung für Zahnärzte

Die PVS Sachsen ist eine 100%-berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von inzwischen mehr als 1.800 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.

 **Die PVS**<sup>®</sup>  
Sachsen  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

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

Tel.: 0351 89813-64 • [service@pvs-sachsen.de](mailto:service@pvs-sachsen.de)

**03**  
**15** 

## IDS-RABATTE!

### Brandneue IDS-Highlights bei der GERL. Hausmesse mit Barbecue

08.05.2015, 13:00 – 19:00 Uhr

Es erwarten Sie:

- IDS-Highlights 2015 aller namhaften Hersteller
- Präsentation und Live-Demos der Produktneuheiten
- Workshops zu aktuellen Themen
- Attraktive IDS-Rabatte und Aktionen
- Buntes Rahmenprogramm von Kinderschminken bis Barbecue u. v. m.



*Nutzen Sie unsere  
IDS-Rabatt-Aktionen!*

je Workshop

Workshops – Präsentationen

Fortbildungs-  
Punkt

1

nach Punkten der BZÄK und DGZMK.

Weber-Aktion

Live-Demos

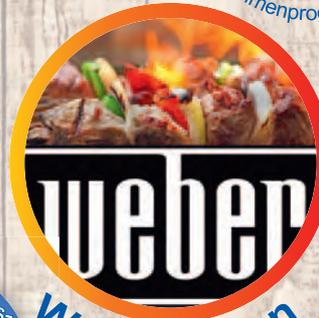
IDS-Neuheiten 2015



Gutschein-Aktionen



Rahmenprogramm



Catering

## 20 % Rabatt auf „alles“.

Rabatt direkt an den Ständen der teilnehmenden Hersteller.\*  
20 % gilt auf Herstellerlistenpreise (ausgenommen: Aktionen, Bücher,  
Edelmetall-Legierungen, Ersatzteile, Arzneimittel, Reisen, Kursgebühren  
und Hard- und Software)



## Europa – Ein Ü-Ei mit ständig wechselnder Füllung



**Dr. Mathias Wunsch**

**Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die EU hat ja schon viele Überraschungen für uns bereitgehalten. Ich erinnere nur an die Abschaffung der Glühlampen, die Leistungsbegrenzung bei Staubsaugern oder die Einführung der IBAN und BIC.

Im vorigen Jahr erfreute uns Brüssel mit der Absicht nach Deregulierung im Bereich der geregelten Berufe. Es wurden erste Schritte dazu eingeleitet. Ziel ist es, durch den Abbau beruflicher Zugangsregelungen neue Wachstumsimpulse für den gemeinsamen Binnenmarkt zu erschließen. Aus dem Gesundheitssektor wurde ausgerechnet die Dentalhygienikerin zum Vergleich auserkoren. Begründet wird die Auswahl damit, dass in 14 EU-Staaten diese Ausbildung reguliert wird und in 14 EU-Staaten dies nicht der Fall ist, auch, weil es das Berufsbild dort gar nicht gibt.

Wir kennen seit Langem die Bestrebungen verschiedener Heilhilfsberufe, einschließlich der DH, die Anerkennung von Diplomen als Instrument zur Ausweitung des Tätigkeitsbereiches zu nutzen. Um sich nun die Auswirkungen, die eine Regulierung auf EU-Ebene mit sich bringen würde, zu verdeutlichen, muss man sich das Tätigkeitsspektrum der DH in den einzelnen Ländern anschauen. In einigen Ländern dürfen DH nur unter Aufsicht eines Zahnarztes tätig werden. Dazu zählt auch Deutschland. Ohne Aufsichtspflicht können die DH in Finnland, Großbritannien, Litauen und Italien arbeiten. Besonders weitreichende Kompetenzen haben sie in den Niederlanden und in Schweden. Hier dürfen sie Diagnosen stellen, Anästhetika verabreichen, kleine Füllungen legen und Milchzähne extrahieren.

In Belgien, Bulgarien, Frankreich, Griechenland, Kroatien, Luxemburg, Österreich und Zypern ist die DH kein offiziell anerkannter Beruf.

Folgt die EU dem Ziel, berufliche Zugangsregelungen zu vereinheitlichen, gehen die Bestrebungen eindeutig dahin, eine Substitution von Leistungen aus dem zahnärztlichen Bereich zu erreichen. Statt Aufstiegsfortbildung wäre für Deutschland die Schaffung eines eigenen anerkannten Berufsbildes die Folge. Damit verbunden wäre mindestens eine Neubewertung der prophylaktischen Leistungen, die unsere Praxen zu spüren bekämen.

Die Einführung des Bachelorstudienganges DH an der Praxishochschule Köln mit dem Titel „Dentalhygiene und Präventionsmanagement B.Sc.“ ist ein erster Schritt in diese Richtung. Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass die Privat-Uni Krems ebenso eine Bachelor DH-Ausbildung anbietet, obwohl der Beruf in Österreich gar nicht anerkannt ist.

Wenn wir die Hoheit über unser Fachgebiet behalten möchten, müssen wir sehr aufmerksam diese Entwicklungen verfolgen. Dazu zählt auch, dass wir bei unseren kammer eigenen Fortbildungen den Delegationsrahmen beachten und diesen auf keinen Fall verlassen dürfen. Es ist Aufgabe des Zahnarztes, für die Zahn- und Mundgesundheit zu sorgen.

Ach, und im Übrigen könnte sich die EU auch mit wirklich wichtigen Themen, wie z. B. der Stabilisierung des EURO, beschäftigen.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Mitarbeitern ein schönes Frühjahr, schöpfen wir Kraft für die Aufgaben des Jahres.

Ihr Mathias Wunsch

## Inhalt

### Leitartikel

Europa – Ü-Ei mit ständig wechselnder Füllung **3**

### Aktuell

Ergebnisse der ZFA-Umfrage zum Thema Arbeitsplatz **5**

Der Arzt – ein freier Beruf oder ein Freiberufler? **8**

www.zahnaerzte-in-sachsen.de –  
Ihre Highlights des Jahres 2014 **9**

Altersdurchschnitt im zahnärztlichen Berufsstand steigt an **10**

Neuzulassungen, Praxisausschreibung **10**

Im europäischen Systemvergleich Zahnmedizin liegt  
die Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau **18**

Für alle sächsischen Zahnärzte  
Umfrage zur Patientenzeitschrift ZahnRat **21**

### Fortbildung

Die Abformung als Bindeglied zwischen zahnärztlicher  
und zahntechnischer Arbeit **24**

3. Endodontie-Symposium Sachsen – Neue Akzente **26**

Mitgliederversammlung des BDO-Landesverbandes  
Mitteldeutschland 2015 **27**

### Termine

Stammtische **10**

ZMV-Tag **10**

Kurse im März/April/Mai 2015 **12**

### Praxisführung

Röntgenstelle der BZÄK informiert – Neue  
Bestimmungen für die Prüfung von Befundmonitoren **14**

Röntgenbescheinigung für Praxispersonal noch gültig? **15**

Identische Erneuerung und Wiederherstellung an  
implantatgetragenen Zahnersatz (Teil 4) **16**

GOZ-Telegramm **19**

Medizingeräteprüfung **20**

### Recht

Werbung ohne aufklärenden Hinweis unzulässig **19**

Behandlung auf der Station – Abrechnung von  
zahnärztlichen Leistungen im Krankenhaus **20**

Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und  
Zahntechniker **23**

### Personalien

Geburtstage **28**

### Kultur

Leonore Adler – tempora mutante **31**

Redaktionsschluss für die Ausgabe Mai  
ist der 15. April 2015

#### Impressum

#### Zahnärzteblatt SACHSEN

##### Herausgeber

Informationszentrum Zahngesundheit Sachsen

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

##### Schriftleitung

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

##### Redaktion

Gundula Feucker, Beate Riehme

##### Mitarbeiterin

Ines Maasberg

##### Redaktionsanschrift

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

##### Verlag

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

##### Anzeigen, Satz, Repro und Versand Gesamtherstellung

Satztechnik Meißen GmbH  
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz  
Telefon 03525 718-600, Fax 718-610  
www.satztechnik-meissen.de

##### 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

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

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



##### Auflage

5.330 Druckauflage, IV. Quartal 2014

##### Vertrieb

Das Zahnärzteblatt 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 unauf-  
gefordert eingesandte Beiträge sinngemäß gekürzt zu veröffent-  
lichen.

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

© 2015 Satztechnik Meißen GmbH

ISSN 0938-8486

## Ergebnisse der ZFA-Umfrage zum Thema Arbeitsplatz

Zum Fortbildungstag der sächsischen Zahnärzte und Praxisteams im Oktober 2014 baten wir die teilnehmenden Praxismitarbeiterinnen, an einer Umfrage für Praxismitarbeiter/-innen teilzunehmen. In dieser Umfrage ging es erstmals darum, mehr über die Schwerpunkte und Probleme in der täglichen Praxisarbeit derjenigen zu erfahren, die in den rund 3.100 sächsischen Zahnarztpraxen und Kliniken der Universitäten die Behandlungsassistenz, die Patientenbetreuung, die Praxisorganisation leisten und mitverantwortlich sind für die Praxisverwaltung sowie für die Ausbildung künftiger Zahnmedizinischer Fachangestellter.

Doch nicht nur um Schwerpunkte und Probleme ging es dem Vorstand der Kammer bei diesem Projekt. Wichtig war auch, ein Stimmungsbild zu erhalten. Immerhin bestimmen wir Zahnärzte den Ausbildungsinhalt dieses Assistenzberufes mit. In unseren Kleinunternehmen beeinflussen wir nicht nur die Arbeitsaufgaben, sondern auch die Arbeitsbedingungen eines Berufes. Dass es keine unwichtige Sache ist, unser sehr gut ausgebildetes Fachpersonal in den sächsischen Zahnarztpraxen zu halten, zeigen seit vielen Jahren die Stellenofferten von westdeutschen Zahnarztpraxen in den Anzeigenseiten der sächsischen Tageszeitungen.

An der Umfrage haben sich 395 Praxismitarbeiterinnen beteiligt. Auf die **Frage 1** „Haben sich die Ansprüche der Patienten in den letzten Jahren verändert?“ antworteten 93 % mit Ja und hatten sehr zahlreiche Beispiele parat.

Neben einem gewachsenen Kostenbewusstsein und einem hohen Grad Vorinformiertheit wurden u. a. auch genannt:

- ein gestiegenes Anspruchsverhalten
- großes Interesse an Zusatzwissen über Therapiealternativen
- Wunsch nach PZR
- Nachfrage nach Ratenzahlungsmöglichkeiten
- Einfordern von Terminvorstellungen und leider auch eine sinkende Anerkennung für das Praxispersonal.

In **Frage 2** „Wie beurteilen Sie Ihren Arbeitsplatz generell?“ vergaben die Umfrageteilnehmerinnen Schulnoten von 1 bis 6. Die Durchschnittsnote 2 für Praxisräumlichkeiten, Arbeitstechnische Ausstattung, Einrichtung/Gestaltung der Pra-

xisräume, Team-Klima und Fortbildungsmöglichkeiten schließen aber auch verteilte Noten 4, 5 und 6 mit ein. Diese Noten wurden von rund 9 % der Umfrageteilnehmerinnen vergeben. Die schlechtesten Noten bei der Arbeitsplatzbewertung wurden von denen vergeben, die auch als Stressfaktoren räumliche Bedingungen und Kommunikation nannten. Für die Benotung spielte der Praxisstandort keine Rolle, eher nahm die kritische Sicht auf das Arbeitsumfeld mit den Berufsjahren zu.

Die Antworten zu **Frage 3** „Welche Fortbildungsmöglichkeiten nutzen Sie?“ und **Frage 4** „Woher erhalten Sie Infos über Fortbildungsmöglichkeiten der LZKS?“ spiegeln den hohen Bekanntheitsgrad der Fortbildungsakademie und der zweimal jährlich erscheinenden Kurs-Hefte wider, aber auch das große Interesse der Praxisinhaber daran, dass sich ihre Mitarbeiterinnen fortbilden.

91 % der ZFA nutzen die Fortbildungskurse, 31 % das Internet, 68 % nutzen Zeitschriften für die Fortbildung, nur 3 % nutzen keine dieser Fortbildungsmöglichkeiten. Die Informationen über die Fortbildungsmöglichkeiten der Kammer erhalten die ZFA zu

- 81 % aus den Fortbildungsheften
- 57 % vom Praxisinhaber
- 25 % aus dem Internet
- 8 % von der Fachdental
- 6 % aus dem ZBS.

Unterschiede in der Nutzung bzw. Recherche zu Fortbildungsmöglichkeiten ergaben sich nicht darin, ob sich die Praxis in einer Großstadt, Kleinstadt oder im ländlichen Bereich befindet, sondern vor allem in den Berufsjahre-Gruppen „bis 5 Jahre“, „5 bis 10 Jahre“ und „über

### Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick

1. Räumlichkeiten, Teamklima und Ausstattung erhielten bei der Bewertung des Arbeitsplatzes die Note 2.
2. 90 % der befragten Zahnmedizinischen Fachangestellten nutzen die Angebote der Fortbildungsakademie der LZKS.
3. 56 % des Praxispersonals erhalten Fortbildungsinformationen vom Praxisinhaber.
4. 73 % geben Zeit und Praxisorganisation als Stressfaktor an.
5. 31 % der Befragten leisten Überstunden, die für ein Drittel mit Freizeit abgegolten werden.
6. Rund 2.000 Euro beträgt das durchschnittliche Monatswunschgehalt bei einer 40-Stunden-Woche.
7. Das Praxispersonal wünscht sich Unterstützung von der LZKS bei praktischen Fortbildungsthemen, QM und ergonomischen Arbeitsmethoden.

10 Jahre“. Die Berufsjahre sind auch entscheidend für die Nutzung des Internets.

In **Frage 5** wurde nach der Häufigkeit von Fortbildungen in den zurückliegenden 5 Jahren gefragt. 37 % der Befragten nutzten das Angebot der Fortbildungsakademie 1- bis 2-mal, 57 % mehr als 2-mal und nur 6 % gar nicht.

Nur 12 % der Befragten empfanden in ihrer beruflichen Situation zum Fragezeitpunkt keine Notwendigkeit, sich fortzubilden (**Frage 6**).

„Gibt es Anregung oder Motivation zur Fortbildung im Praxisteam“ lautete **Frage 7**.

**Aktuell**

Zu 63 % kommen Anregung/Motivation zur Fortbildung von den Befragten selbst, zu 75 % von den Praxisinhabern und zu 25 % von den Kolleginnen (Mehrfachnennung möglich).

Dem Belastungsfaktor Stress war die **Frage 8** gewidmet. Keine Stressbelastung zu haben, gaben nur 5 % der Befragten an, 61 % haben ab und zu Stress und 35 % arbeiten oft unter Stress. Von den stressbelasteten Umfrageteilnehmerinnen nannten

- 73 % Zeit- und Praxisorganisation
- 32 % Kommunikation
- 19 % fachlichen Anspruch
- und 13 % räumliche Bedingungen als Stressfaktoren.

In einer Zusammenstellung der Frage 8 zu Stressbelastung und Stressfaktoren mit der **Frage 11** „Fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit gesundheitlich belastet?“, der **Frage 10** „Wird Ihre Leistung bei der Arbeit vom Praxisinhaber anerkannt?“ und **Frage 9** „Empfinden Sie Ausbildung in der Praxis als Belastung oder als Bereicherung?“ ergab sich, dass das Belastungsbild für die Gruppe 5 bis 10 Berufsjahre am höchsten ausfiel. Von 19 möglichen Bewertungen in diesen Fragen entfielen acht negative Spitzenwerte auf diese „Altersgruppe“ und kein einziger positiver Wert.

Die Gruppe 5 bis 10 Berufsjahre erlebt altersmäßig meistens zugleich auch die größte familiäre Belastungsphase.

Regional betrachtet, geht es am entspanntesten und „gesündesten“ in den Praxen im ländlichen Bereich zu.

Dennoch ist klar ersichtlich, dass die gesundheitliche Belastung durch die Arbeit mit steigendem Lebensalter zunimmt. Ein Achtungszeichen setzt die psychologische Belastung, die in der Gruppe „bis 5 Berufsjahre“ 18 % der Befragten empfanden, in der Gruppe „5 bis 10 Berufsjahre“ 31 % und in der Gruppe „über 10 Berufsjahre“ 28 % der Befragten. Den Stressfaktor „fachlicher Anspruch“ nannten 27 % derjenigen, die bis 5 Jahre im Beruf arbeiten. Aber auch 18 % von den befragten ZFA, die bis 10 Jahre und länger im Beruf arbeiten, gaben den fachlichen Anspruch als Stressfaktor an.

Die Kommunikation im Team verläuft auf recht hohem Stresslevel, wenn 27 % der „jüngsten“ Berufsjahresgruppe die Kommunikation als Stressfaktor ansehen und jeweils 31 % der beiden anderen Berufsjahresgruppen das genauso erleben.

Wer psychologische Belastung angegeben hatte, gehörte auch zu denen, die vom Praxisinhaber selten (49 % aller Befragten) oder gar nicht (8 % aller Befragten) Anerkennung für ihre Leistungen bei der Arbeit erfahren. 40 % aller Befragten erhalten ausreichend Anerkennung. Das

ist nicht einmal die Hälfte der Teilnehmerinnen.

Mit **Frage 12** „Wie lange arbeiten Sie schon im Beruf?“ fragten wir nach dem beruflichen Erfahrungszeitraum. **Frage 13** „Wie schätzen Sie den zeitlichen Umfang der Verwaltungsarbeit in Ihrer Praxis im Vergleich zum Beginn Ihrer Berufstätigkeit ein?“ Darauf antworteten lediglich 2 % der Befragten mit „weniger Aufwand“, 18 % mit „unverändert“, 5 % mit „leicht gestiegen“ und 75, % mit „stark gestiegen“.

Nur vereinzelt kam die Ergänzung, dass die Online-Abrechnung jetzt Zeit spare.

Ein breiteres Therapiespektrum als noch vor zehn Jahren muss natürlich auch differenziertere Abrechnung und erweiterte Dokumentation zur Folge haben. Ein enormer Wandel hat sich in der geräte-technischen Ausstattung innerhalb eines Jahrzehnts in den Praxen vollzogen und damit den Tätigkeitsbereich für das zahnmedizinische Fachpersonal enorm erweitert. Das gewachsene Informationsbedürfnis der Patienten nimmt Zeit in Anspruch. Es ist aber die wichtigste vertrauensbildende Arbeit, um ein gutes und haltbares Verhältnis zum Patienten zu schaffen.

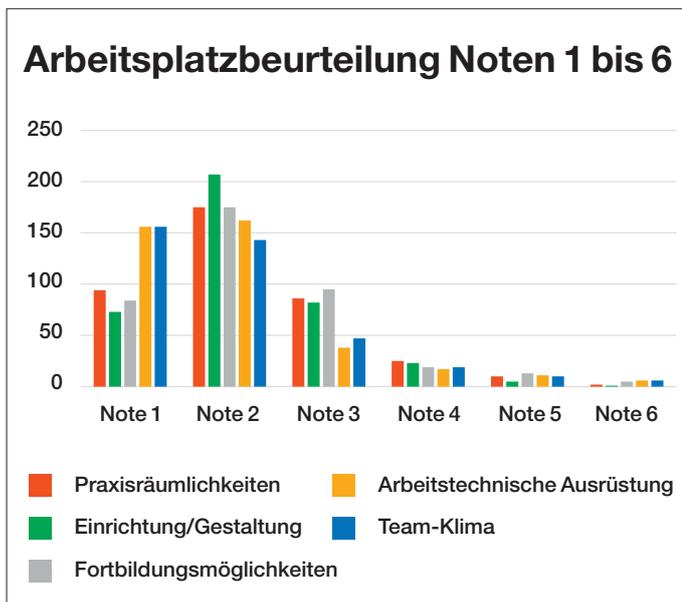


Abb. 1 – Arbeitsplatzbeurteilung

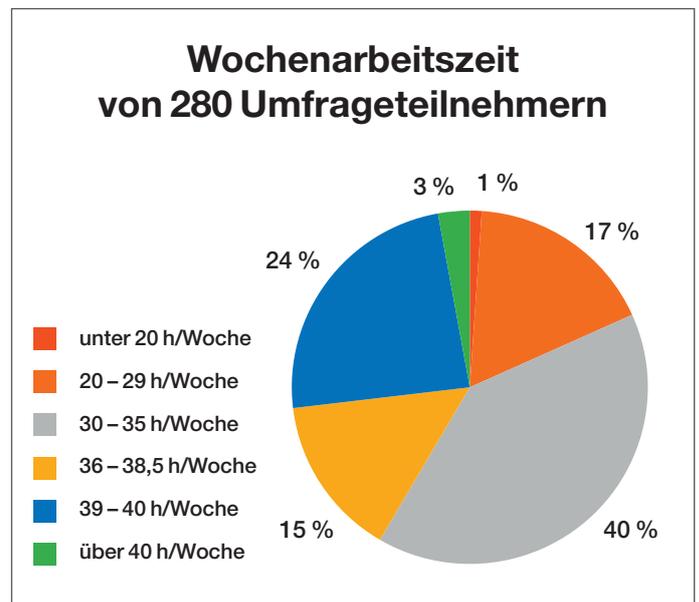


Abb. 2 – Wochenarbeitszeit

Praxisinhaber und die Teams werden sich immer mit der Frage konfrontiert sehen: Wo endet die normale Verwaltungsarbeit, wo beginnt Bürokratie?

Wir haben in **Frage 14** nicht gefragt, wofür die anfallenden Überstunden notwendig sind. Aber allein für Behandlungsassistenz sicher nicht und auch nicht für Praxishygiene-Maßnahmen, weil die ja sofort zwischen den Behandlungen erfolgen müssen. Was bleibt also liegen und wird ein Fall für Überstunden? 8 % aller Befragten leisten nie Überstunden, 60 % leisten selten Überstunden und für 31 % fallen oft Überstunden an. Oft Überstunden heißt nichts anderes als regelmäßig Überstunden. Dafür bekommen 13 % der Überstunden Leisten diese vergütet und 81 % erhalten Freizeit.

Dass 13 % der Befragten, die Überstunden leisten, gar keine Abgeltung erleben, ist weder mit dem Arbeitsrecht noch mit dem Leitbild der Zahnärzte vereinbar.

Ob Überstunden geleistet werden, hängt nicht vom Praxisstandort Großstadt, Kleinstadt oder ländlicher Bereich ab. Es ist auch nicht relevant, ob das derzeitige Arbeitsstundenvolumen pro Woche 40 Stunden beträgt oder besonders niedrig liegt, zum Beispiel 8 Wochenstunden. Ebenso spielt die Entlohnung keine Rolle für das Leisten von Überstunden, sie kamen in der Gruppe der „Spitzenverdiener“ genauso vor wie in den Gruppen mit geringeren Verdiensten. Augenfälliges zeigt die Querverbindung Überstunden zum Stressfaktor Zeit. Von den 71 % Befragten, die den Stressfaktor Zeit angaben, leisten 56 % selten Überstunden und 38 % oft Überstunden. Auch bei der Entlohnung (alle Lohnangaben wurden zum Vergleich in Stundensätze umgerechnet) gibt es keine Übereinstimmung mit anderen äußeren Faktoren wie Berufserfahrung (Berufsjahre-Gruppen), Praxisstandort, Voll- oder Teilzeitbeschäftigung. Entlohnung und Überstunden scheinen allein am Praxisinhaber festgemacht zu sein.

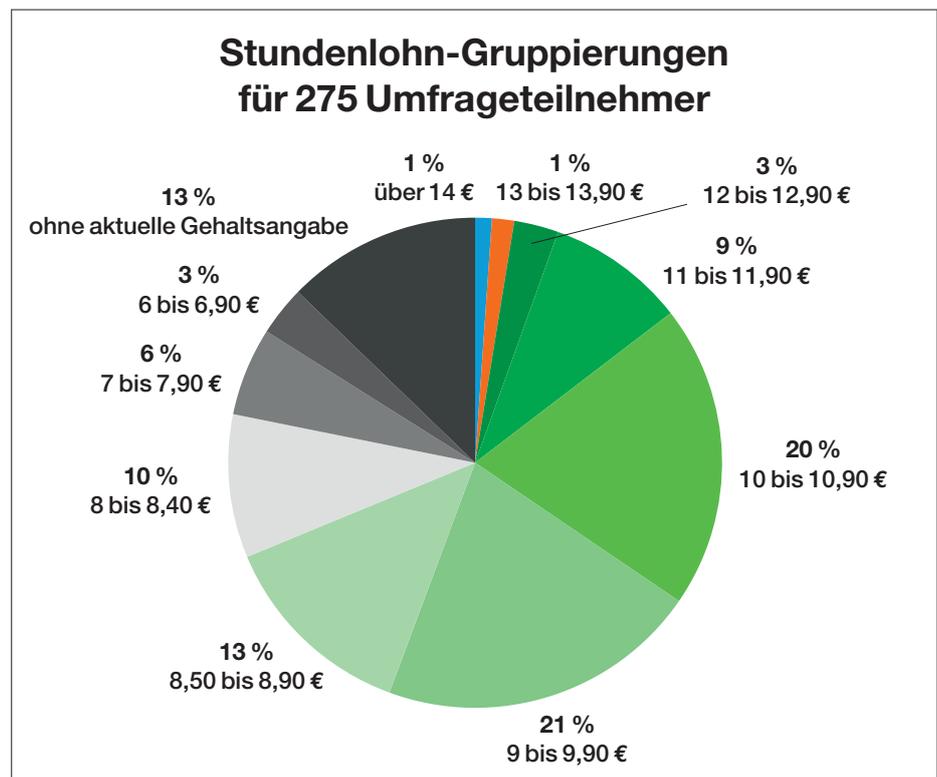
Zum Zeitpunkt der Umfrage am 22. Oktober 2014 war bekannt, dass 11 Wochen später das Gesetz zum Mindestlohn von 8,50 Euro/h in Kraft treten wird. Das Ergebnis der **Frage 15** zeigte: 11 Wochen vor Einführung dieses Mindestlohnes erhielten 19 % derjenigen, die die Frage nach ihrem derzeitigen Bruttoverdienst (mit Angabe der Arbeitsstundenzahl) beantworteten, noch keine 8,50 Euro/h. Weitere 13 Prozent machten zwar Angaben zur derzeitigen Wochenarbeitszeit (**Frage 16**) und zur Wunschvorstellung eines Monatsgehaltes bei 40 h/Woche Vollbeschäftigung (**Frage 17**), strichen aber die Antwort zum damaligen Bruttoverdienst aus. Logischerweise bewegte dieser sich unterhalb des gewünschten Gehalts. Der niedrigste Stundenlohn betrug zum Befragungszeitpunkt 6,25 Euro, der höchste betrug 15,80 Euro. Die durchschnittliche Wochenarbeitsstundenzahl beziffert sich auf 33,6 h/Woche, der Durchschnittsverdienst zum Befragungszeitpunkt lag bei 9,70 Euro. Um das „Wunsch-Bruttogehalt“ von rund 2.000 Euro bei Vollbeschäftigung zu erhalten, müsste ein Stundenlohn von 12,50 Euro gezahlt werden.

Dass es den sächsischen Zahnmedizinischen Fachangestellten, Helferinnen und Stomat. Schwestern nicht nur um mehr Geld geht, dass sie sich sehr wohl Gedanken machen um ihren Arbeitsplatz, zeigen die Antworten auf unsere **Schlussfrage**: „Wobei könnte die LZKS die Arbeit des zahnmedizinischen Praxispersonals unterstützen/stärken?“

Genannt wurden da Organisationswünsche für Fortbildungskurse, noch mehr praktische Kurse, Motivationsangebote, Unterstützung beim QM, mehr KFO-Fortbildung, allgemein Unterstützung berufstätiger Frauen mit Klein-/Kindern, eine Fachzeitschrift speziell für ZFA, Fitness-Angebote für die ergonomische Gesundheit, und ja, natürlich auch Unterstützung bei arbeitsrechtlichen Fragen.

*Dr. Christoph Meißner,  
G. Feucker*

*Die Umfrageergebnisse als kompletten Zahlenspiegel finden Sie auch auf der Homepage unter Praxisteam.*



**Abb. 3 – Stundenlohn-Gruppierungen**

## Der Arzt – ein freier Beruf oder ein Freiberufler?

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe – fast 150 Jahre ist es nun her, dass sich Ärzteschaft und Zahnärzteschaft endgültig als freier Stand etablierten.

Bis heute werden – beispielsweise von Helge Sodan in einem aktuellen Artikel – dem freien Arztberuf folgende Merkmale zugeschrieben: Das Erfordernis einer qualifizierten Ausbildung, die Erbringung ideeller Leistungen, das sind „Leistungen höherer Art“, die „zugleich der Verwirklichung ideeller Werte im gesellschaftlichen Leben dienen“, die Erwartung einer altruistischen Berufseinstellung, der persönliche und eigenverantwortliche Einsatz bei der Berufsausübung, die vertrauensvolle Beziehung zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger und – last but not least – die wirtschaftliche Unabhängigkeit<sup>1</sup>.

Im Unterschied zur einhelligen Auffassung der Juristen über die Wesensmerkmale des freien Arztberufs sind die diesbezüglichen Meinungen innerhalb der Ärzteschaft – und im Folgenden sind ausschließlich die Humanmediziner ohne die Zahnärzte gemeint – keineswegs einheitlich. Zwar wird angesichts des hohen Wirtschaftlichkeitsdrucks und der um sich greifenden Rationalisierungs-, wenn nicht gar Rationierungszwänge in der Medizin die Verteidigung der ärztlichen Weisungsunabhängigkeit in medizinischen Belangen durchgängig betont, insbesondere auch von Vertretern der Krankenhausärzte. Der Arzt ist zu allererst seinem Patienten verpflichtet. Dass die Realität inzwischen leider häufig anders aussieht, hat unter anderem dazu geführt, dass Krankenhäuser ab dem Berichtsjahr 2013 Angaben darüber machen müssen, ob sie leistungsbezogene Zielvereinbarungen mit ihren leitenden Ärztinnen und Ärzten, so genannte „Chefarztverträge“, abgeschlossen haben.

Die wirtschaftliche Unabhängigkeit des freien Arztberufs, zumindest in Gestalt der Option, wirtschaftlich selbstständig tätig zu werden, wird innerhalb der Ärzteschaft hingegen nur halbherzig unterstützt. Die einen sehen grundsätzlich eine Unvereinbarkeit von ärztlicher und unternehmerischer Tätigkeit, die anderen meinen, ein sinkendes Interesse der nach-

wachsenden Ärztegeneration an der Niederlassung in eigener Praxis zu sehen, wofür die so genannte Feminisierung der Medizin als Kronzeugin dient. Ärztliche Solidarität in Sachen Verteidigung des ärztlichen Freiberuflers ist vor allem dann zu beobachten, wenn es um die drohenden Kollateralschäden einer zunehmenden „Verangestaltung“ der Ärzteschaft im Hinblick auf die ärztlichen Versorgungswerke geht.

Diese Reflexe auf die Anfechtungen des freien Arztberufs im Allgemeinen und auf die Infragestellung der wirtschaftlichen Selbstständigkeit im Besonderen greifen zu kurz und basieren zum Teil auf falschen Annahmen. Bereits heute wird zum Beispiel die hausärztliche Versorgung überwiegend von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern in eigener Praxis gestemmt. Die Bereitschaft der nachwachsenden Ärztegeneration, sich in eigener Praxis niederzulassen, hängt von der Planungssicherheit und den Kooperationsmöglichkeiten ab, nicht vom Geschlecht. Ohne engagierte Freiberufler wird die Grundversorgung in ländlichen Regionen nicht aufrecht zu erhalten sein, zumindest nicht in der Qualität, wie es den immer älter werdenden, chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten zu wünschen wäre: Als kontinuierlich begleitende, auf Basis einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung koordinierte Versorgung. Es ist illusorisch zu glauben und gleichzeitig irreführend, die Funktion des Landarztes könnte durch eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser ersetzt werden.

In der stationären Versorgung imponiert der Arzt inzwischen als streikrechtbewehrter Arbeitnehmer. Da zur Mangelware geworden, hat sich der Marktwert des Krankenhausarztes in den vergangenen Jahren zwar gesteigert, aber nur und insofern er sich in die Unternehmensstrategie des Krankenhausträgers einfügt. Getrieben von Europa, erkennbar an den Normierungsbestrebungen im Hinblick auf die Gesundheitsdienstleistungen,

schreitet die Umwandlung unseres Gesundheitswesens in einen Gesundheitsmarkt unaufhaltsam voran. Um diesen Prozess im Interesse einer qualitativ möglichst hochwertigen Patientenversorgung mitsteuern zu können, ist eine breite Allianz von Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, Pflegeberufen und den weiteren Gesundheitsberufen erforderlich. Innerhalb der Ärzteschaft wäre ein sektorenübergreifender Konsens, was die Alleinstellungsmerkmale des freien Arztberufs im Interesse der Patientenversorgung sind, eine noch zu erfüllende Minimalvoraussetzung für eine patientenorientierte Strategie.

*Dr. Regina Klakow-Franck*

<sup>1</sup> Sodan, Helge; Schaks, Nils  
Streikrecht für Vertragsärzte?:  
Eine Studie zur Zulässigkeit kollektiver  
Maßnahmen von Vertragsärzten;  
Vierteljahresschrift für Sozialrecht  
32 (2014) 2

aus: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein,  
Ausgabe 11/2014

*Wir danken für die freundliche Nachdruckgenehmigung.*

### Zitat des Monats

**Die Zeit ist kein Geld.  
Aber den einen nimmt das Geld  
die Zeit und den anderen die Zeit  
das Geld.**

*Ron Kritzfeld  
(Pseudonym von Fritz Kornfeld,  
Chemiker, geb. 1921 in Ostpreußen)*

## www.zahnaerzte-in-sachsen.de – Ihre Highlights des Jahres 2014

Der Blick auf die Zugriffsstatistik macht deutlich: Die Webseiten der sächsischen Zahnärzte erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Gab es im Jahr 2012 knapp 668.000 Zugriffe auf die Startseite, lag diese Zahl ein Jahr später bei etwa 750.000 und im Jahr 2014 bereits bei mehr als 785.000.

Dieser Trend bestätigt sich, wenn man die Zugriffe auf die Hauptseiten „Zahnärzte“, „Praxisteam“ sowie „Patienten“ von 2012 bis 2014 betrachtet. Auch hier steigerten sich die Zugriffszahlen.

### Von Jobbörse bis Abrechnung

Schaut man im Detail, welche Angebote besonders häufig angeklickt wurden, gehören zu den Top Ten des Jahres 2014 folgende Angebote (siehe auch Grafik):

- Mehr als 100.000 Zugriffe verzeichneten die **Mitarbeiterangebote** in der Praxis-/Stellenbörse, die Seite zum Hochladen der **Online-Abrechnung** sowie die Beantwortung der **Fragenkomplexe im QM** der sächsischen Körperschaften.
- Des Weiteren zu nennen sind der **Notfalldienst**, das **persönliche Dokumentencenter** sowie die **Zahnarztsuche** mit jeweils mehr als 50.000 Besuchern.
- Mehr als 20.000 Zugriffe gab es auf die **Suchfunktion**, die **Assistentenangebote** und die **Mitarbeitergesuche** in der Pra-

xis-/Stellenbörse als auch auf den Bereich **Abrechnung**.

Viele Klicks erhielten ebenfalls der Downloadbereich, die Landes Zahnärztekammer Sachsen, Praxisangebote in der Praxis-/Stellenbörse, das Zahnärzteblatt Sachsen sowie die Bereiche Fortbildung und Ausbildung Zahnmedizinische Fachangestellte.

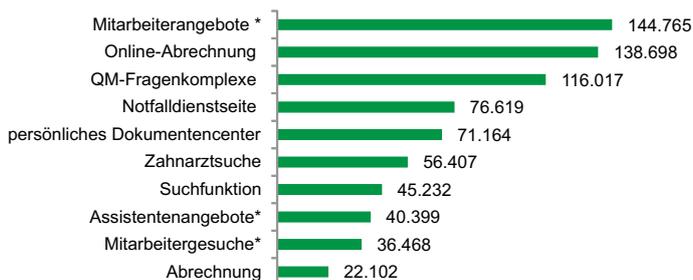
### Nutzung ist ausbaufähig

Auch wenn sich eine qualitative Bewertung der angebotenen Inhalte bzw. Dienstleistungen aus den Zugriffszahlen nicht ableiten lässt – der Bedarf an diesen Angeboten für Zahnärzte, Praxisteam und Patienten wird ersichtlich.

Bei einer Umfrage der KZV Sachsen Ende des vergangenen Jahres hatte von 552 Zahnärztinnen und Zahnärzten allerdings nur jeder Zweite angegeben, die Webseite [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de) auch als standespolitische Informationsquelle zu nutzen. Hier werden sich Landes Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung als gemeinsame Betreiber Gedanken machen, damit dieses Medium in Zukunft noch stärker als bisher zur grundlegenden Informationsplattform im zahnärztlichen Praxisalltag wird.

Beate Riehme

Anzahl der Zugriffe im Jahr 2014 auf Angebote unter [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)



\* in der Praxis-/Stellenbörse

Quelle: Webserver der KZV Sachsen

Die aufgeführten Bereiche sind im Jahr 2014 am häufigsten angeklickt worden



Unsere Kompetenz für Ihren Erfolg: Ausgezeichnete Steuerberatung für Ärzte!

Erfolgreich seit über 80 Jahren



**BUST Niederlassung Dresden:**

Jägerstraße 6  
01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0

Telefax: 0351 828 17-50

E-Mail: [dresden@BUST.de](mailto:dresden@BUST.de)

[www.BUST.de](http://www.BUST.de)

## Altersdurchschnitt im zahnärztlichen Berufsstand steigt an

Auch bei den Zahnmedizinern zeigt sich der demografische Wandel. Die Altersverteilung ist besonders in den neuen Bundesländern auffällig: 54 Prozent der niedergelassenen Zahnärzte sind 50- bis 60-Jährige. In den alten Ländern liegt ihr Anteil mit 38 Prozent deutlich darunter, weist das aktuelle Statistische Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) aus. „Weil diese Generation in einigen Jahren in den Ruhestand gehen wird, ist der Blick frühzeitig auf diese Entwicklungen zu richten, um insbesondere im ländli-

chen Raum einem Zahnärztemangel entgegenzuwirken“, erklärt der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel. „Hier ist die Bundeszahnärztekammer gemeinsam mit den (Landes-)Zahnärztekammern und weiteren Partnern aktiv, um im Interesse der Patienten die Niederlassung flächendeckend zu sichern.“

Insgesamt lag das Durchschnittsalter aller Zahnmediziner Ende 2013 bei 48 Jahren. Niedergelassene Zahnärzte waren im Durchschnitt sogar 51 Jahre alt.

*Statistisches Jahrbuch der BZÄK 2014*

## Krankenversicherer Ziel von Hackern

Bei einem Hacker-Angriff sind der zweitgrößten amerikanischen Krankenversicherung Patienten- und Mitarbeiterdaten wie Namen, Adressen, Geburtstage oder E-Mail-Adressen und auch sensible Daten wie Sozialversicherungsnummern, Infor-

mationen über Arbeitsverhältnisse und Einkommen gestohlen worden. Während der Krankenversicherer Anthem Inc. keine Angaben über die Menge der gestohlenen Daten machte, berichteten die Medien von 80 Millionen Daten.

## Neuzulassungen im KZV-Bereich Sachsen

**Folgenden Zahnärzten wurde im Februar 2015 die Zulassung als Vertragszahnarzt ausgesprochen:**

Dr. med. dent. **Hannes Brückner** Dresden  
 Dr. med. dent. **Martin Brückner** Dresden  
**Marco Däberitz** Tharandt  
**Robin Eichhorn** Radebeul  
 Dr. med. dent. **Lars Hansen** Dresden  
 Dr. med. dent. **Olaf Luck** Dresden

Dr. med. dent. **Mandy Maier** Leipzig  
 MD Dr. **Toni Pietz** Chemnitz  
 Dr. med. dent. **Matthias Reiß** Dresden  
**Danny Rieck** Leipzig  
**Verena Schneider** Dresden

## Sächsischer ZMV-Tag

Für alle ZMV und ZFA

18. April 2015, Beginn 9 Uhr  
 Fortbildungsakademie der LZK Sachsen  
 Zahnärzthehaus Dresden  
 Informationen: Frau Nitsche  
 Telefon 0351 8066-113  
 E-Mail: [fortbildung@lzk-sachsen.de](mailto:fortbildung@lzk-sachsen.de)

## Praxisausschreibung

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

**Kennziffer** 2016/0791  
**Planungsbereich** Bautzen  
**Übergabetermin** 01.07.2015  
**Fachrichtung** Allgemein  
**Praxisart** Einzelpraxis/  
 Praxisgemeinschaft

## Stammtische

### Freiberg

Datum: Mittwoch, 25. März 2015, 19 Uhr; Ort: Gaststätte „Goldener Stern“, Frankenstein; Thema: Validierung des Aufbereitungsprozesses und Eckpunkte möglicher Praxisbegehung; Information: Dr. med. Dietmar Jolie, Telefon 037293 506

### Leipzig

Datum: Dienstag, 31. März 2015, 20 Uhr; Ort: Gaststätte „Apels Garten“; Leipzig; Information: Dr. med. Angela Echtermeyer-Bodamer, Telefon 0341 4612012

### Radeberg

Datum: Mittwoch, 1. April 2015, 19 Uhr; Ort: Hotel „Kaiserhof“, Radeberg; Thema: Informationen zur Zahnärzteversorgung; Information: Dr. med. Simone Pasternok, Telefon 03528 442846

### Dresden-West

Datum: Donnerstag, 9. April 2015, 19:30 Uhr; Ort: Gasthof „Herrenhaus“, Dresden; Information: Dipl.-Stom. Steffen Laubner, Telefon 0351 4125254

### Bautzen

Datum: Mittwoch, 22. April 2015, 19 Uhr; Ort: „Best Western Plus Hotel“, Bautzen; Themen: Hygienerichtlinien: Vorbereitung und Erfahrung mit Praxisbegehung, Voraussetzung Qualifikation des Personals; Information: Dipl.-Stom. Andreas Mühlmann, Telefon 03591 44176

### Löbau-Zittau

Datum: Mittwoch, 29. April 2015, 19 Uhr; Ort: Hotel Stadt Löbau, Löbau; Thema: Aktuelles aus der KZV; Referent Dr. Holger Weißig; Information: Dr. Angela Grundmann, Telefon: 03585 862012

### FVDZ-Landesversammlung in Leipzig

Datum: Sonnabend, 18. April 2015, 9:30 Uhr; Ort: Mercure Hotel Leipzig, Leipzig, Stephanstraße 6; Thema: „Liberales Vakuum? Linksruck, Populismus und die Risiken des Zeitgeists“; Referent: Prof. Dr. Werner Patzelt, Wahlen des Landesvorstandes; Information: Lgst. des FVDZ: Frau Fischer, Telefon 0341 9602139

# Bleaching nicht immer umsatzsteuerpflichtig

## Zahnaufhellung kann Teil einer umsatzsteuerfreien Heilbehandlung sein

Bleaching-Behandlungen gehören gemeinhin zu den zahnärztlichen Leistungen, die der Umsatzsteuer unterliegen. Dies meint zumindest die Finanzverwaltung. Doch Bleaching ist nur dann umsatzsteuerpflichtig, wenn es aus rein kosmetischen Gründen erbracht wird. Dies ist der Fall, wenn ein Bleaching auf den individuellen Wunsch eines Patienten durchgeführt wird, um seinen gesunden Zähnen ein helleres Erscheinungsbild zu verschaffen, das vom natürlichen Aussehen seiner Zähne abweicht. Oftmals soll aber auch Verfärbungen der Zähne durch Rotwein, Tee oder Nikotin entgegengewirkt werden.

Es ist sicher nicht abzustreiten, dass jedes Bleaching auch eine kosmetische Komponente hat. Doch diese ist nicht immer ausschlaggebend. Wird mit einer Zahnaufhellung ein therapeutisches Ziel verfolgt, so kann es sich um eine umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistung handeln. Entscheidend ist zwar, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist und darauf abzielt, einen Zahn wiederherzustellen.

### Dunkelfärbung von Zähnen kann krankheitsbedingt sein

Zähne können durch eine Erkrankung, aber auch im Zuge der Behandlung einer Zahnerkrankung dunkler werden. So kann es nach einer Wurzelbehandlung infolge eines nicht mehr umkehrbaren entzündlichen Prozesses zu einer sehr deutlichen Dunkelfärbung des Zahnes kommen. Das Bleaching hat in diesen Fällen ein unmittelbares therapeutisches Ziel, nämlich dem ursprünglichen, gesunden Zustand möglichst nahezukommen. In einem vom Finanzgericht Schleswig-Holstein zu entscheidenden Fall hatte ein Zahnarzt einige Monate nach dem erfolgreichen Abschluss einer Wurzelbehandlung eine Zahnaufhellung an den nervtoten Zähnen durch Einbringen eines Bleichmittels durchgeführt und die Entgelte als umsatzsteuerfrei behandelt.

### Bleaching kann umsatzsteuerfrei sein

Das Bleichen entfaltet zwar auch bei einem erkrankten und nach erfolgreicher Wurzelbehandlung nachgedunkelten Zahn keine über das Aufhellen des Zahnes hinausgehende therapeutische Wirkung, wie z. B. den Schutz gegen (erneute) Zahnerkrankungen. Auch konnte in dem entschiedenen Fall die vorangegangene Zahnbehandlung ohne das

Bleaching durchgeführt und abgeschlossen werden. Dennoch behandelten die Finanzrichter das Bleaching als umsatzsteuerfrei. Sie betonten, dass eine umsatzsteuerfreie Heilbehandlung auch dann vorliegen kann, wenn durch sie die (optischen) Folgen einer Krankheit oder einer medizinisch indizierten Heilungsmaßnahme beseitigt werden. Die Behandlung muss also einen Teil einer gegebenenfalls auch zeitlich gestreckten Gesamtbehandlung der Gesundheitsstörung bilden, mit der – soweit möglich – der Status quo ante des behandelten Körperteils wiederhergestellt wird.

### Hinweis:

Die Voraussetzungen für eine medizinische Indikation im umsatzsteuerrechtlichen Sinne sind also nicht nur dann erfüllt, wenn eine Behandlung die Ursache einer Gesundheitsstörung beseitigt. Sie sind auch dann erfüllt, wenn deren Folgen beseitigt werden. Dies gilt zwar selbst dann, wenn diese in einer optischen Beeinträchtigung wie dem Dunkel färben der Zähne zu sehen sind. Ob auch die obersten Finanzrichter diese Auffassung teilen werden, bleibt jedoch abzuwarten. Bis zu einer Entscheidung des Bundesfinanzhofes empfehlen wir Zahnärzten, sich auf das anhängige Revisionsverfahren zu berufen und Zahnaufhellungen im Nachgang zu erfolgreich abgeschlossenen Wurzelbehandlungen als umsatzsteuerfrei zu behandeln.



### Kontakt:

Fachberater für  
den Heilberufebereich  
(IFU/ISM gGmbH)  
Daniel Lüdtko  
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

## Fortbildungsakademie: Kurse im März/April/Mai 2015

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

**Petra Kokel (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 unseren Fortbildungsprogrammen für das 1. Halbjahr 2015 oder dem Internet [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

### für Zahnärzte

#### Dresden

Arbeitsrecht für die Zahnarztpraxis – Notwendige Kenntnisse und Möglichkeiten der Vertragsgestaltung	<b>D 25/15</b>	RA Michael Goebel	25.03.2015, 14:00-18:00 Uhr
Ernährung und Mundgesundheit	<b>D 26/15</b>	Dr. Andrea Diehl	27.03.2015, 14:00-18:00 Uhr
Grundsätze der kieferorthopädischen Diagnostik, interdisziplinäre Behandlungsplanung und KFO-Therapie beim Spaltträger	<b>D 27/15</b>	Prof. Dr. med. habil. Karl-Heinz Dannhauer	27.03.2015, 14:00-20:00 Uhr
Aus der craniomandibulären Dysfunktion zurück in die craniomandibuläre Funktion	<b>D 28/15</b>	Dr. Andrea Diehl	28.03.2015, 09:00-17:00 Uhr
Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach BEMA und die Mehrkostenvereinbarung in der Kieferorthopädie (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>D 30/15</b>	Dipl.-Stom. Steffen Laubner	17.04.2015, 13:00-19:00 Uhr
Stärkenmanagement: Stärken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erkennen, fördern und effizient einsetzen	<b>D 31/15</b>	Petra C. Erdmann	24.04.2015, 09:00-16:00 Uhr
Somatoforme Störungen – ein Update	<b>D 33/15</b>	PD Dr. Anne Wolowski	25.04.2015, 09:00-15:00 Uhr
Endodontische und prothetische Maßnahmen in der Kinderzahnheilkunde – ein Kompaktkurs	<b>D 34/15</b>	Dr. Katrin Bekes	25.04.2015, 09:00-16:00 Uhr
Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation	<b>D 35/15</b>	Dr. Solveig Becker	25.04.2015, 09:00-17:00 Uhr
Planungsseminar – kombinierter feststehend/ herausnehmbarer Zahnersatz	<b>D 36/15</b>	Prof. Dr. Klaus Böning	06.05.2015, 14:00-18:00 Uhr
Das Erosions-/Attritionsgebiss – Strategien für die indirekte Full-arch-Rekonstruktion	<b>D 38/15</b>	Dr. Guido Sterzenbach	08.05.2015, 14:00-18:00 Uhr
Kritische Wertung neuer und bewährter Füllungsmaterialien	<b>D 39/15</b>	Prof. Dr. Dr.h.c. Georg Meyer	08.05.2015, 15:00-19:00 Uhr
Auf dem Weg zum mündigen Patienten <i>Teenager in der Gruppen- und Individualprophylaxe (auch für Praxismitarbeiterinnen)</i>	<b>D 40/15</b>	Sybille van Os-Fingberg	09.05.2015, 9:00-15:00 Uhr
Voll-Keramik	<b>D 41/15</b>	Dr. Guido Sterzenbach	09.05.2015, 09:00-16:00 Uhr

Wie viel Okklusion braucht der Mensch – und wie erreichen wir dies effektiv in der täglichen Praxis?	<b>D 42/15</b>	Dr. Ulrich Wegmann	09.05.2015, 09:00-16:00 Uhr
Das ABC der Schienentherapie	<b>D 43/15</b>	Prof. Dr. Dr.h.c. Georg Meyer	09.05.2015, 09:00-17:00 Uhr
<b>Leipzig</b>			
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>L 03/15</b>	Dr. Tobias Gehre, Simona Günzler	17.04.2015, 14:00-19:00 Uhr
<b>Chemnitz</b>			
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	<b>C 01/15</b>	Dr. Tobias Gehre, Simona Günzler	27.03.2015, 14:00-19:00 Uhr
<b>für Praxismitarbeiterinnen</b>			
<b>Dresden</b>			
Empathie – Einfühlsame Kommunikation – nicht nur in der Zahnarztpraxis	<b>D 123/15</b>	Dipl.-Germ. Karin Namianowski	15.04.2015, 14:00-19:00 Uhr
Mythos Motivationsgespräche – Coaching statt Beratung für PZR- und PAR-Patienten <i>Kommunikationstraining für Prophylaxe-Profis</i>	<b>D 124/15</b>	Dipl.-Germ. Karin Namianowski	17.04.2015, 09:00-16:00 Uhr
Zahntechnische Abrechnung nach BEL II und BEB – Aktuelles Basiswissen	<b>D 125/15</b>	Ingrid Honold	17.04.2015, 14:00-18:00 Uhr
Dentiküre: Fit für die Erwachsenen-Prophylaxe ..., weil Zähne nicht nachwachsen!	<b>D 131/15</b>	Annette Schmidt	25.04.2015, 09:00-15:00 Uhr
Ganz nah am Kind – <i>Handpuppen mit pädagogischem Auftrag in der Zahnarzt- praxis und in der Gruppenprophylaxe</i>	<b>D 132/15</b>	Sybille van Os-Fingberg	08.05.2015, 13:00-18:00 Uhr

## LZKS-Fortbildungsreihe „Fit für die eigene Praxis“

Start 17./18.04.2015 • Noch freie Plätze!

		Termine	Kursgebühr
<b>Kurs 1</b>	<b>Gründung einer Zahnarztpraxis</b>	17./18.04.2015	100 Euro
<b>Kurs 2</b>	<b>Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH bis ZE – ein Update</b>	08.05.2015	50 Euro
<b>Kurs 3</b>	<b>GOZ 2012 – konkret</b>	20.05.2015	50 Euro
<b>Kurs 4</b>	<b>Der Vertragszahnarzt</b>	03.06.2015	50 Euro

Diese Kursreihe richtet sich an Assistenzzahnärzte sowie angestellte Zahnärzte. Die angebotenen Kurse können einzeln oder im Paket gebucht werden. Der Kurs 1 „Gründung einer Zahnarztpraxis“ ist aber Voraussetzung für die Teilnahme an den weiteren Kursen.

Nähere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de) oder telefonisch bei Frau Kokel, Telefon 0351 8066-102

Anmeldung: Post: Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden  
E-Mail: [fortbildung@lzk-sachsen.de](mailto:fortbildung@lzk-sachsen.de)



## Röntgenstelle der BZÄK informiert – Neue Bestimmungen für die Prüfung von Befundungsmonitoren

Durch Beschluss des Länderausschusses Röntgenverordnung (LA RöV) vom 4. November 2014 wurden drei Abschnitte der Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL), die bundeseinheitlich die Durchführung und Bewertung der Abnahmeprüfungen und Konstanzprüfungen von Röntgeneinrichtungen regelt, geändert. Diese auf den ersten Blick geringfügigen Änderungen sind in ihren Auswirkungen auf die zahnärztliche Röntgendiagnostik jedoch nicht zu unterschätzen.

Eingefügt wurde der Passus, dass die Abnahme- und Konstanzprüfung von Bildwiedergabesystemen (BWS) zur Befundung (Befundungsmonitor) nach der im Jahre 2014 erschienenen DIN 6868-157 für alle Neugeräte ab dem 1. Mai 2015 durchzuführen ist.

Diese Norm wurde vom Normenausschuss Radiologie erstellt und gegen die Stimme des Normenausschusses Dental verabschiedet. Trotz der fachlichen Kritik der Zahnärzteschaft an der in einem überaus intransparenten Verfahren entstandenen Norm, wurde diese nun von den Behörden in das staatliche Regelwerk übernommen.

### Was sind die konkreten Neuerungen für die Zahnheilkunde?

In der Norm wurde ein Konzept der Raumklassen (RK) eingeführt. Für die Befundung zahnärztlicher Röntgenbilder relevant sind die Raumklasse 5 – zahnärztlicher Befundungsarbeitsplatz und die Raumklasse 6 – zahnärztlicher Behandlungsplatz. Diese werden durch eine maximale Beleuchtungsstärke von  $\leq 100 \text{ lx}$  (RK 5) bzw.  $\leq 1000 \text{ lx}$  (RK 6) charakterisiert.

Die eingesetzten Bildwiedergabegeräte müssen eine Auflösung von  $\geq 1024 \times \geq 768$  Pixeln und eine maximale Display-Leucht-Dichte von  $200 \text{ cd/m}^2$  (RK 5) bzw.  $300 \text{ cd/m}^2$  (RK 6) haben.

Zur visuellen Prüfung der Monitore wurden neue Testbilder eingeführt, die unter dem Link

[www.nar.din.de](http://www.nar.din.de)

Suchbegriff:

Testbilder DIN 6868-157 abrufbar sind.

Gänzlich neu ist die Verpflichtung, die Leuchtdichte der Befundungsmonitore jährlich messtechnisch zu bestimmen. Für Zahnarztpraxen ergeben sich nach der Änderung der Richtlinie folgende Konsequenzen:

Das Procedere für die Abnahme- und Konstanzprüfung von Befundungsmonitoren, die **vor dem 1. Mai 2015** in Betrieb genommen wurden, **ändert sich nicht**.

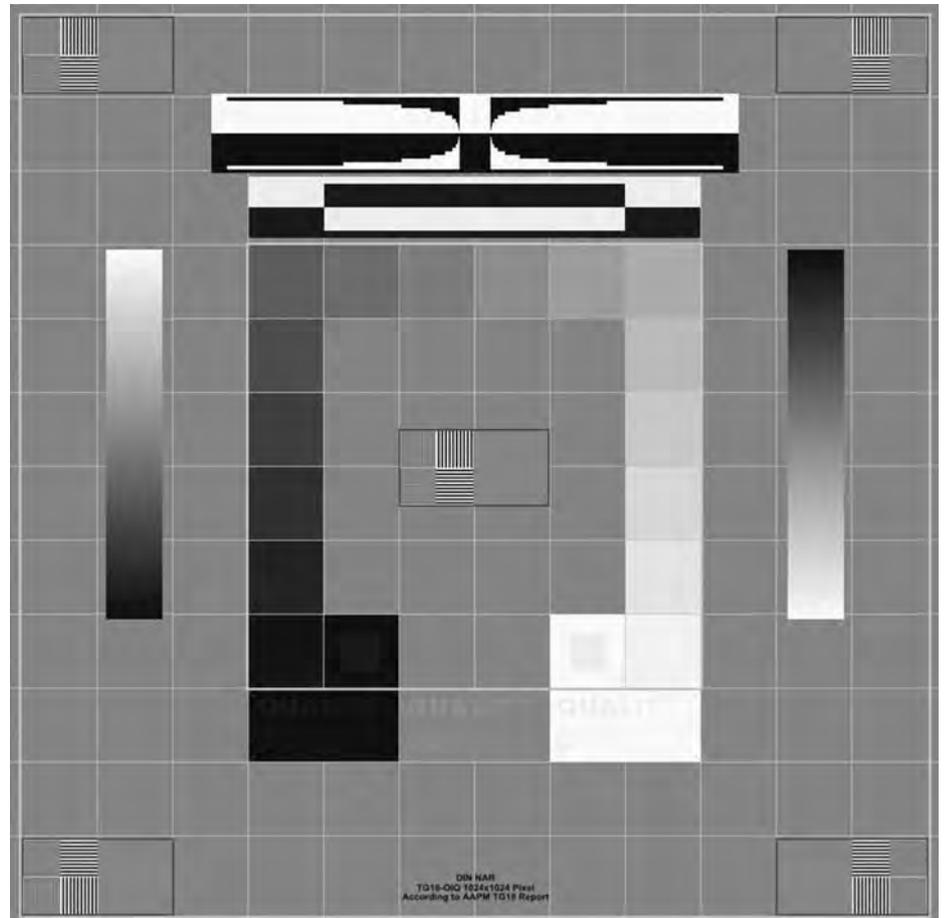
Das heißt, Teil- oder Abnahmeprüfungen dürfen nach Anhang C.1.1 der QS-Richtlinie durchgeführt werden.

Die Konstanzprüfungen erfolgen in die-

sen Fällen weiterhin nach Anhang B dieser Richtlinie. Diese Systeme dürfen bis zum **1. Januar 2025** betrieben werden. Bei allen Befundungsmonitoren die **ab dem 1. Mai 2015** in Betrieb genommen werden, sind die Abnahme- und Konstanzprüfung nach den Vorgaben der **DIN 6868-157** durchzuführen.

Befundungsmonitore, die am zahnärztlichen Behandlungsplatz betrieben werden sollen, müssen dann konstant eine minimale Display-Leucht-Dichte von  $300 \text{ cd/m}^2$  aufweisen. Die Leuchtdichte der derzeit gelieferten Monitore liegt zwischen  $200$  und  $300 \text{ cd/m}^2$ .

Für die jährliche Messung der Leuchtdichte muss entweder ein externes Messgerät oder ein Monitor mit einem integrierten Messgerät erworben bzw. ein



Das Testbild TG18-OIQ dient der Prüfung der Gesamtbildqualität

Dienstleister beauftragt werden. Einen Nachweis für die Verbesserung der Befundungsqualität zahnärztlicher Hochkontrastaufnahmen durch diese Maßnahmen gibt es nicht. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden sie jedoch zu einer Kostensteigerung führen, die letztlich durch die Zahnärzteschaft zu tragen ist.

Bei der geplanten Neuanschaffung eines Befundungsmonitors gilt es deshalb zu erwägen, ob die Inbetriebnahme noch vor dem 01. Mai 2015 erfolgen kann.

*Röntgenstelle der BZÄK  
Berlin, Dezember 2014*

## Röntgenbescheinigung für Praxispersonal noch gültig?

Die Durchführung der Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für die Praxismitarbeiterinnen hat, wie gesetzlich vorgeschrieben, maximal fünf Jahre nach der letzten Aktualisierung bzw. nach dem Ersterwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz zu erfolgen.

Checken Sie die Gültigkeit der entsprechenden Bescheinigungen Ihres Praxispersonals auf die Einhaltung der Fristen. Denken Sie dabei auch an Mitarbeiterinnen, die temporär (Mutterschutz) nicht in Ihrer Praxis tätig sind.

Kurse zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz werden als Selbstlernpaket (Schulungs-CD) mit anschließender

Prüfung über den BuS-Dienst der Landes-zahnärztekammer Sachsen bzw. über zentrale Prüfungstermine der Fortbildungsakademie (Termine siehe Fortbildungsprogramm Praxismitarbeiterinnen) angeboten. In dieser Terminübersicht sind auch Kurstermine für eine Aktualisierung ohne vorheriges Selbststudium ersichtlich.

*Zahnärztliche Stelle*

Anzeigen

### Dresdner Arbeitskreis für Zahnärztliche Implantologie

*Vorankündigung zur 14. Veranstaltung*

**Termin: 22. April 2015 · 15.00 – 20.00 Uhr**

Tagungsort: Quality Hotel Plaza

Königsbrücker Straße 121 a · 01099 Dresden

#### Themen:

- **Retrospektive Studie über 20 Jahre an mehr als 10.000 Implantaten bei 3.092 Patienten**  
Dr. med. habil. W. Knöfler / Leipzig
- **Aktuelle Aspekte der medikamentös bedingten Antiaggregation und Antikoagulation – Konsequenzen für die zahnärztliche Praxis**  
Doz. Dr. M. Fröhlich / Dresden
- **Die implantologische Pfeilervermehrung – eine effektive Alternative?**  
Dr. M. Brückner / Dresden
- **Versorgungsmöglichkeiten des zahnlosen Unterkiefers**  
Dr. T. Pilling / Dresden

Anmeldung: <https://events.colada.biz/DAZI-2015>  
Formular für Fax-Anmeldung: Tel. 089 / 189046-0

### Praxiseinrichtungen

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



**Klaus Jerosch GmbH**  
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24  
Mo - Fr: 07.00 - 18.00 Uhr  
[www.jerosch.com](http://www.jerosch.com)

**terre des  
hommes**  
Hilfe für Kinder in Not

**Kinder haben  
Rechte.**

**Überall.**



terre des hommes engagiert sich für Kinder in Not. Helfen auch Sie, damit Kinder zu ihrem Recht kommen. Überall.

[www.tdh.de/kinderrechte](http://www.tdh.de/kinderrechte)

# Identische Erneuerung und Wiederherstellung an implantatgetragendem Zahnersatz (Teil 4)

## © -Fortbildung

Zu diesem Beitrag können Sie Fortbildungspunkte erhalten.  
[www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

Der Festzuschuss-Befund 7.4 kommt alleine zum Ansatz, wenn zum Beispiel eine implantatgetragene Krone ohne Wiederherstellungsmaßnahme erneut eingegliedert wird.

Er ist auch dann ansatzfähig, wenn die Erstversorgung mit implantatgetragendem Zahnersatz nicht vom Kostenträger bezuschusst wurde.

**Prüfung der Plausibilität (Beispiel 1)** – adhäsives Wiedereinsetzen der Keramikkrone auf Implantat regio 32

FZ-Befund	GOZ
1 x 7.4	2310

### Hinweise zum Beispiel 1:

Es liegt keine Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie Nr. 36 a vor, so dass es sich um eine andersartige Wiederherstellungsmaßnahme handelt. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Patienten.

Da die Eingliederung unter Anwendung der Adhäsivtechnik erfolgt, kann zusätzlich die GOZ-Position 2197 berechnet werden – Auszug GOZ-Kommentar der BZÄK vom 1.10.2014:

„Die adhäsive Befestigung wird erreicht durch die physikalisch-chemische Vorbereitung der Kontaktflächen und die Anwendung des Adhäsivsystems im Munde des Patienten (... **Mesostrukturen an Implantaten** etc.).“

Beispiel 1 – Bemerkungen:

**Adhäsives Wiedereinsetzen der Keramikkrone auf Implantat regio 32**

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B										i	k	b	k				B
R																	R
TP																	TP

Hinweis: Das Ausfüllen des Zahnschemas ist bei Wiederherstellungen nicht erforderlich. Es dient lediglich der besseren Beispieldarstellung (gilt für alle Beispiele).

Festzuschuss 1 x 7.4  
 GOZ 1 x 2310, 1 x 2197

Beispiel 2 – Bemerkungen:

**Adhäsives Wiedereinsetzen der keramisch voll verblendeten Krone auf Implantat regio 32**

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B										i							B
R																	R
TP																	TP

Festzuschuss 1 x 7.4  
 BEMA 1 x 24 ai  
 GOZ 1 x 2197

**Prüfung der Plausibilität (Beispiel 2)** – Adhäsives Wiedereinsetzen der keramisch voll verblendeten Krone auf Implantat regio 32

FZ-Befund	BEMA
1 x 7.4	24 ai

### Hinweise zum Beispiel 2:

Hier liegt die Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie Nr. 36 a vor. Diese gilt auch, obwohl es sich um eine voll verblendete Krone handelt. Das Eingliedern der Krone wird nun mit der BEMA-Nr. 24 ai berechnet. Da auch diese Krone adhäsiv wiederbefestigt wird, ist die GOZ-Position 2197 zuzüglich berechnungsfähig.

Die Berechnung der GOZ-Position 2197 führt zur Einstufung als gleichartige Versorgung. Dies führt aber nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, hier das Wiedereingliedern der Krone, anstatt nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können. Die Abrechnung erfolgt über die zuständige KZV.

**Prüfung der Plausibilität (Beispiel 3)** – Wiedereinsetzen der vestibulär verblenden Krone auf Implantat regio 32 durch Verschrauben

FZ-Befund	BEMA
1 x 7.4	24 ai

**Hinweise zum Beispiel 3:**

Hier liegt wiederum die Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie Nr. 36 a vor. Das Eingliedern der Krone wird mit der BEMA-Nr. 24 ai berechnet, obwohl die Krone durch Verschrauben wiedereingliedert wird.

Dies ist im Festzuschuss-Befund 7.4 als Regelversorgung aufgeführt „Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezentmentierbarer **oder zu verschraubender Zahnersatz**, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker“.

Die Abrechnung erfolgt über die zuständige KZV.

**Besonderer Hinweis:** Die Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 a liegt auch vor, wenn neben der vorhandenen Suprakonstruktion ein Lückenschluss durch einen natürlichen Zahn entstanden ist. Dieser darf weder überkront noch überkronungsbedürftig sein.

**Hinweise zum Beispiel 4:**

Das Wiedereingliedern von Brücken auf Implantaten stellt immer eine andersartige Versorgung dar. Der Festzuschuss-Befund 7.4 ist je implantatgetragenen Brückenanker ansatzfähig und in der Anzahl nicht beschränkt. Die Berechnung des Honorars erfolgt nach GOZ. Die Wiedereingliederung, gegebenenfalls nach Wiederherstellung der Brücke, wird nach der GOZ-Pos. 5110 berechnet.

Sollte die Reparatur von Aufbauelementen auf den Implantaten erforderlich sein, wird zusätzlich je Implantatpfosten die GOZ-Pos. 9060 berechnet. Materialkosten für Aufbauelemente sind gesondert berechnungsfähig.

**Hinweise zum Beispiel 5:**

Der Festzuschuss-Befund 7.4 kommt auch zum Ansatz, wenn Primärteleskopkronen auf Implantaten wiedereingliedert werden.

Beispiel 3 – Bemerkungen:

**Wiedereinsetzen der vestibulär verblenden Krone auf Implantat regio 32 durch Verschrauben**

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B									)	i							B
R																	R
TP																	TP

Festzuschuss 1 x 7.4  
BEMA 1 x 24 ai

Beispiel 4 – Bemerkungen:

**Wiedereinsetzen der Vollkeramikbrücke auf Implantaten regio 44–46 durch Rezentmentieren**

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B			i	b	i												B
R																	R
TP																	TP

Festzuschuss 2 x 7.4  
GOZ 1 x 5110, 2 x 2320

**Prüfung der Plausibilität (Beispiel 4)** – Wiedereinsetzen der Vollkeramikbrücke auf Implantaten regio 44–46

FZ-Befund	GOZ
2 x 7.4	1 x 5110, 2 x 2320

Beispiel 5 – Bemerkungen:

**Wiedereinsetzen der Primärteleskopkronen auf Implantaten regio 33 und 43 – es liegt keine Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b vor – atrophiertes zahnloser Kiefer**

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B	e	e	e	e	e	i	e	e	e	e	i	e	e	e	e	e	B
R																	R
TP																	TP

Festzuschuss 2 x 7.4  
GOZ 2 x 2310

**Prüfung der Plausibilität (Beispiel 5)** – Wiedereinsetzen der Primärteleskopkronen auf Implantaten regio 33 und 43

FZ-Befund	GOZ
2 x 7.4	2 x 2310

## Im europäischen Systemvergleich Zahnmedizin liegt die Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau

Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz stellten am 4. März Vertreter der BZÄK, KZBV und des IDZ die nach 1999 zweite Studie zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z-II) vor. Analysiert wurden die konzeptionell unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme von sieben Ländern in Europa. Dazu zählen das klassische bismarcksche Sozialversicherungssystem Westeuropas, das steuerfinanzierte, sogenannte Beveridge-System Nord- und Südeuropas sowie die jungen Sozialversicherungssysteme Mittel- und Osteuropas in Anlehnung an das sogenannte Semashko-Modell.

Die Preisgestaltung zahnärztlicher Leistungen hat einen Einfluss auf die zahnärztliche Versorgung, die Leistungsmöglichkeiten der Praxen, die Kosten der Versorgung und die Patientennachfrage. Preisunterschiede bei zahnärztlichen Leistungen sind zudem angesichts eines gemeinsamen europäischen Marktes im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit der Systeme von Interesse.

Vor diesem Hintergrund hat das IDZ gemeinsam mit BASYS die Thematik der Vergütung zahnärztlicher Leistungen wieder aufgegriffen, um einen aktuellen Überblick über die zahnärztliche Vergütungssituation in den Ländern **Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlanden, Schweiz und Ungarn im Vergleich zu Deutschland** zu gewinnen.

Ausgangspunkt für die Preiserhebung ist die Behandlung eines „Durchschnittspatienten“.

Die methodische Herausforderung eines länderübergreifenden Preisvergleiches liegt in der Sicherung der Vergleichbarkeit. Das bedeutet erstens die Vergleichbarkeit von zahnärztlichen Leistungen und zweitens die Vergleichbarkeit der Preise.

**Leistungen vergleichbar machen:** Um eine Vergleichbarkeit der elf ausgewählten zahnärztlichen Behandlungsanlässe zu gewährleisten, wurden diese durch die verbindliche Vorgabe der zu versorgenden Zähne und der zu verwendenden Materialien konkretisiert. Darüber hinaus wurden im Fragebogen die Behandlungseckpunkte für die jeweiligen Behandlungsanlässe vorgegeben (strukturierte Abfrage).

### Konservierend chirurgische Leistungen (BA1 bis BA6)

1. Eingehende Untersuchung und Beratung eines neuen Patienten (01)

2. Individualprophylaktische Versorgung von Kindern (IP)
  3. Zweiflächige direkte Füllung an Zahn 45 (F2)
  4. Subgingivale Kürettage (P200)
  5. Wurzelkanalbehandlung an Zahn 46 (WK/F)
  6. Extraktion des Zahnes 31 (X)
- Prothetische Leistungen (BA7 bis BA11)**
7. Verblendete Krone auf Zahn 21 (KM)
  8. Implantatsetzung regio 11 (I)
  9. Voll verblendete Brücke von Zahn 45 bis Zahn 47 (BM)
  10. Modellgussprothese (MoGu)
  11. Totalprothetische Versorgung im Ober- und Unterkiefer (TO/U)

**Preise vergleichbar machen:** Als Preis der zahnärztlichen Leistungen wird die Summe aus zahnärztlichem Honorar und Material- und Laborkosten für einen genau definierten Behandlungsanlass erfasst. Erfragt wurde der Preis des zahnmedizinischen Leistungskomplexes in der jeweils gültigen Landeswährung. Gleichzeitig wurde erfragt, wer diese Kosten in der Regel trägt. Die erhobenen nationalen Preise wurden im Folgenden mittels Kaufkraftparitäten (KKP) in Euro-Beträge umgerechnet.

Aussagen zur Qualität der zahnärztlichen Leistungen sind anhand der Ergebnisse des Preisvergleichs übrigens nicht möglich.

### Ergebnisse

Das zentrale Anliegen der Erhebung ist es, einen systematischen Einblick in die aktuelle zahnmedizinische Vergütungssituation in Deutschland sowie in sechs europäischen Nachbarländern zu erhalten. Im Ergebnis zeigt sich, dass im Bereich der konservierenden und chirurgischen Leistungen das deutsche Preisniveau des

Jahres 2013 generell unter den Werten von Dänemark und den Niederlanden und zumeist auch unter den Werten der Schweiz liegt.

Im Bereich der Prothetik zeichnet sich hingegen ein anderes Bild ab. Hier ist das Preisniveau in der Schweiz höher als in Deutschland, während die Niederlande, Dänemark und Frankreich beinahe dasselbe Preisniveau wie Deutschland aufweisen. Lediglich in Ungarn und Großbritannien ist das Preisniveau im Prothetikbereich im Vergleich zu Deutschland deutlich geringer.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse der Studie die Vermutung widerlegen, Deutschland sei hinsichtlich des Preisniveaus der zahnärztlichen Versorgung ein Hochpreisland. Im Jahr 2013 liegt Deutschland vielmehr – wie auch schon im Jahr 1999 – im Vergleich zu den europäischen Nachbarn im Mittelfeld. Verantwortlich für die Preisunterschiede zwischen den Ländern sind vielfältige Faktoren. Die Preise für die zahnärztlichen Leistungen sind jeweils in die einzelnen Gesundheitssysteme eingebettet, deren komplexe Strukturen über lange Zeiträume gewachsen sind.

Die Ergebnisse des Preisvergleichs sind immer auch unter den Rahmenbedingungen unterschiedlicher Honorierungssysteme zu interpretieren. Fünf der sieben Länder erstatten die Leistungen des Zahnarztes in der Grundversorgung nach Einzelleistungen. In Großbritannien gibt es seit 2006 Komplexpauschalen. In Ungarn ist die Pauschalvergütung für Leistungen der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen nach dem Alter gestaffelt. In Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz erfolgt die Bezahlung nach Einzelleistungen und teilweise nach Leistungskomplexen. Der

Schweizer Tarif unterscheidet für jede Leistungsposition zwischen dem Preis für die Sozialversicherung und dem Preis für die privat Versicherten. Bei den privat Versicherten ist der Taxpunktwert auf Praxisebene frei vereinbar. In Dänemark beziehen die bei den Gemeinden angestellten Zahnärzte für die Zahnversorgung von Kindern und Jugendlichen ein Gehalt. Die niedergelassenen Zahnärzte rechnen nach Einzelleistungsvergütung ab.

Ein Schwerpunkt der Untersuchung ist der Vergleich der Eigenbeteiligung der Patienten in den verschiedenen Gesundheitssystemen. Die einzelnen Länder verfolgen in der Ausgestaltung der Selbstbeteiligung unterschiedliche Konzepte. Manche Länder setzen auf einen umfangreichen Leistungskatalog, verlangen dafür jedoch für viele Leistungen eine Selbstbeteiligung. Andere Länder konzentrieren sich hingegen bei den öffentlich finanzierten Leistungen auf einen „schlanken“ Katalog mit einer geringen Selbstbeteiligung. Während in der Schweiz und in den Niederlanden der Patient bei praktisch allen zahnmedizinischen Leistungen die Kosten vollständig selber zu tragen hat, trifft dies in Deutschland nur auf die Implantatversorgung zu. Die Implantatversorgung ist in keinem der Vergleichsländer

Bestandteil des Leistungskataloges. Die Individualprophylaktische Versorgung von Kindern wird in sechs Ländern zuzahlungsfrei angeboten, lediglich in Frankreich wird eine Eigenbeteiligung in Höhe von 30 Prozent fällig. Etwas bunter fällt das Bild bei den konservierend-chirurgischen Behandlungen (Behandlungsanlässe 1 bis 6) aus. Diese sind lediglich in Deutschland sowie in Ungarn generell zuzahlungsfrei, während in Dänemark, Frankreich und Großbritannien eine anteilige Eigenbeteiligung der Patienten gefordert wird, die je nach Behandlungsanlass zwischen 20 und 90 Prozent der Behandlungskosten betragen kann. Zusammenfassend kann man sagen, dass der in Deutschland über die GKV gegen Krankheitsrisiken abgesicherte Patient im Verhältnis zu den Versicherten anderer Länder mit vergleichsweise niedrigen Selbstbehalten belastet wird. Im europäischen Ausland gehören viele der untersuchten zahnmedizinischen Behandlungsanlässe, vor allem im Bereich der Prothetik, nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen bzw. der nationalen Gesundheitsdienste, das heißt, die Patienten müssen die Behandlung vollständig selbst bezahlen.

Dr. David Klingenberg, IDZ

## Werbung ohne aufklärenden Hinweis unzulässig

Das LG Itzehoe hat entschieden, dass die Aussage „50,00 € Preisnachlass auf Ihren Eigenanteil für Zahnersatz“ ohne klarstellenden Hinweis irreführend ist (Urteil v. 08.07.2014, Az. 5 O 144/13). Ein Zahnarzt hatte mit der oben genannten Aussage geworben, die über einen Sternchenhinweis die Klarstellung „Der Nachlass von 50,00 € brutto gilt für eine Zahnersatzversorgung von No. ab einem Wert von 500,00 € brutto und wird von der Laborrechnung abgezogen. Der Preisnachlass bezieht sich nicht auf das Zahnarzhonorar. ...“ erhielt. Dies hielt das Landgericht für irreführend (§ 5 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 UWG).

Die Werbung lasse nicht eindeutig erkennen, ob sie sich an gesetzlich Versicherte oder privat versicherte Patienten oder beide Patientengruppen richte.

Wettbewerbszentrale  
Infobrief Nr. 51-52/2014

Anzeige



**16**  
Fortbildungspunkte

## KÜRZER, DÜNNER, SCHNELLER, WEISSER

Trends oder Paradigmenwechsel in der Implantologie



**22. Sommersymposium  
des MVZI im DGI e.V.**

**Präsident: Dr. Thomas Barth**  
19. | 20. Juni 2015 in Halle (Saale)  
DORMERO Kongress & Kulturzentrum

**MVZI PARTY  
mit BELL BOOK + CANDLE**

**Tagungspräsident:**  
Priv.-Doz. Dr. Arne Boeckler

**Referenten u. a.:** B. Al-Nawas · F. Beuer · N. Enkling · S. Fickl · M. Gahlert · T. Gerlach · R. Haas · T. Joda · W. Knöfler · R.-J. Kohal · E. Ludwig · S. Mansour · A. Michler · T. Mundt · S. Nahles · K. Nelson · R. Nölken · F. P. Strietzel · I. Wälter-Bergob · P. Weigl

Anmeldung: youvivo GmbH · Karlstr. 60 · 80333 München · Tel. 089 5505209-17 · Fax. 089 5505209-2 · info@youvivo.com

**ONLINE ANMELDEN UNTER: [WWW.DGINET.DE/HALLE](http://WWW.DGINET.DE/HALLE)**

**Nutzen Sie noch den  
Frühbucherrabatt!**

## GOZ-Telegramm

<b>Frage</b>	Wie wird die intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung berechnet?
<b>Antwort</b>	Die Leistung der intrakanalären Stiftverankerung einer Füllung ist in der GOZ 2012 nicht beschrieben. Werden entsprechende Maßnahmen erbracht, ist eine Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ in Analogie vorzunehmen.
<b>Theorie</b>	§ 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.“
<b>Fundstelle</b>	GOZ – § 6 GOZ-Infosystem

## Medizingeräteprüfung

Der BuS-Dienst der Kammer führt wieder die vorgeschriebene Prüfung von Hochfrequenz-/Elektrochirurgiegeräten („Elektrotome“) durch.

**Ort:** Dresden, Zahnärztehaus, Schützenhöhe 11; **Termin:** 01.04.2015, 9 bis 16 Uhr  
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, sodass die geprüften Geräte umgehend wieder mitgenommen werden können. **Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.**

*Dr. Bernd Behrens*

## Behandlung auf der Station – Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen im Krankenhaus

Gründe für eine notwendige zahnärztliche Behandlung während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus können Verletzungen der Zähne während einer Operation, prothetische Reparaturen oder auch einfach nur Zahnschmerzen sein. Die Vergütung der zahnärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus ist in der Bundespflege-satzverordnung – BpflV – geregelt. Im § 2 Abs. 2 der Bundespflege-satzverordnung ist festgelegt, dass zu den allgemeinen Krankenhauskosten auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, z. B. Zahnarzt, gehören und dadurch mit dem Pflegesatz abgegolten werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nur unaufschiebbare zahnärztliche Leistungen zur Leistungspflicht des Krankenhauses gehören; demzufolge nur eine Akutbehandlung, wie die Schmerzbeseitigung oder Prothesenreparatur, um die Kaufunktion wiederherzustellen, erfolgen kann. Für die Abrechnung ist nunmehr entscheidend, wer den Zahnarzt mit der Behand-

lung beauftragt hat. Ein Auftrag des Krankenhauses liegt immer dann vor, wenn das Krankenhaus zahnärztliche Leistungen veranlasst hat. Dies kann beispielsweise eine Überweisung, eine schriftliche Bitte des Krankenhauses zur Behandlung oder zur konsiliarischen Mithilfe sein. Der Behandlungsauftrag kann sich zum einen auf eine Behandlung des Patienten in den Praxisräumen des Zahnarztes beziehen, aber auch die Behandlung des Patienten im Krankenhaus erfordern.

Die Abrechnung der sodann erbrachten zahnärztlichen Leistungen unterscheidet sich hierbei nicht. Die notwendigen zahnärztlichen Behandlungen sind dann mit dem Pflegesatz des Krankenhauses abgegolten, da das Krankenhaus in diesen Fällen der Auftraggeber ist. Ein Vergütungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht hier nicht. Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt direkt zwischen dem Zahnarzt und dem Krankenhaus auf Basis der GOZ. Für die Rechnungslegung gegenüber dem Krankenhaus

kann das KBR-Formular genutzt werden oder eine formlose Abrechnung erfolgen. Es kommt aber auch häufig vor, dass der Hauszahnarzt vom Patienten selbst oder von den Angehörigen eines Patienten gebeten/beauftragt wird, eine Behandlung im Krankenhaus vorzunehmen, da sich der Patient gerade in stationärer Behandlung befindet. In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten, da kein Behandlungsauftrag durch das Krankenhaus vorliegt und somit die zahnärztliche Behandlung nicht mit dem Pflegesatz abgegolten ist.

Befindet sich der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung in stationärer Betreuung einer Reha- oder Suchttherapieeinrichtung, erfolgt die Abrechnung der zahnärztlichen Behandlung ebenfalls über die elektronische Gesundheitskarte des Patienten.

*Andrea Mauritz*

Wir danken für die freundliche Nachdruckgenehmigung aus dem 11/2014.

# Für alle sächsischen Zahnärzte

## Umfrage zur Patientenzeitschrift ZahnRat

Die Herausgeber des ZahnRates möchten die Patientenzeitschrift fit für die Zukunft machen und bitten deshalb um Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen bei der Nutzung dieses Mediums. Bitte senden Sie uns den Umfragebogen bis zum 20. April 2015 per Fax zurück: 0351 8066-279.

Die Umfrage findet zeitgleich als Online-Umfrage ab Montag, 23. März 2015, auf der Homepage der sächsischen Zahnärzte statt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Die Auswertung der Umfrage wird im Zahnärzteblatt/auf der Homepage veröffentlicht.

### 1. Nutzen Sie die Patientenzeitschrift ZahnRat in Ihrer Praxis?

Ja

Nein

Auslage im Wartezimmer

Nutze ZahnRat für Patientengespräche

Gebe den ZahnRat ausgewählten Patienten mit (Mehrfachnennung möglich)

Gibt es einen Grund dafür?

---

---

### 2. Finden Sie das Verbreiten von Wissen über Mund- und Zahngesundheit wichtig?

Ja

Nicht so wichtig

Nein, gar nicht wichtig

### 3. Finden Sie das Verbreiten von Wissen über das zahnärztliche Therapie- und Behandlungsspektrum in Zahnarztpraxen wichtig?

Ja

Nicht so wichtig

Nein, gar nicht wichtig

### 4. Ist der ZahnRat als Patientenzeitschrift Ihrer Meinung nach für die Wissensverbreitung ein gutes Medium?

Ja

Nein

Weiß nicht

### 5. Finden Sie es richtig und wichtig, dass der ZahnRat von Zahnärzten herausgegeben wird?

Ja

Nicht so wichtig

### 6. Hebt sich der ZahnRat von anderen Info-Zeitschriften für Patienten Ihrer Meinung nach genügend ab?

Ja

habe ich noch nicht beobachtet

nein, hebt sich nicht genug ab

### 7. Jede ZahnRat-Ausgabe ist jeweils einem Thema gewidmet.

Wie werden Ihrer Meinung nach Wissen, Fakten und Abbildungen zu den Einzelthemen vermittelt:

#### Texte

Texte zu umfangreich

Textumfänge genau richtig

Es müsste noch mehr Wissen vermittelt werden

#### Bilder und Illustrationen

Sollten „blutige“ Bilder abgedruckt werden?

Ja

Nein

Sollten nur grafische Darstellungen eingesetzt werden?

Ja

Nein



## Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker

Die Ausübung der Zahnheilkunde bedarf der Approbation als Zahnarzt, § 1 Zahnheilkundengesetz (ZHG). Wer ohne Erlaubnis Zahnheilkunde ausübt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, § 18 ZHG. Der Gesetzgeber erachtet also die Ausübung der Zahnheilkunde als ein so hohes Schutzgut, dass jede Tätigkeit ohne entsprechende Approbation oder Genehmigung zur Strafbarkeit führt, nicht etwa einer Ordnungswidrigkeit. Dies erfordert bereits eine klare Abgrenzung zwischen der Tätigkeit des Zahnarztes und des Zahntechnikers. Ein Vertragsverhältnis besteht ausschließlich zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten und zwischen dem Zahnarzt und dem Zahntechniker.

Nun wird in der zahnärztlichen Praxis bei schwierigen Fällen von einzelnen Zahnärzten der Zahntechniker in die Behandlung einbezogen, z. B. um eine Schraubenkontrolle durchzuführen, Abdrücke am Patienten vorzunehmen, Provisorien herzustellen oder Bissregistrierungen durchzuführen.

Können solche Arbeiten von einem Zahntechniker vorgenommen werden? Ist eine Delegation an den Zahntechniker möglich? Zunächst ist festzustellen, ob es sich um Zahnheilkunde handelt.

Zahnheilkunde ist nach § 1 Abs. 3 ZHG die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist dabei jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.

Da alle Maßnahmen im unmittelbaren Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung stehen, ist angesichts der weiten Definition davon auszugehen, dass jede „Arbeit“ am Patienten selbst der Zahnheilkunde unterfällt. Damit ist die Strafbarkeit des Zahntechnikers bereits gegeben.

Etwas anderes würde allenfalls dann gelten, wenn der Zahnarzt derartige Leistungen wirksam delegieren könnte. Die einzelnen Leistungen, die von dem Zahnarzt delegiert werden können, sind in § 1 Abs. 5 ZHG aufgeführt.

Eine Auflistung der einzelnen Leistungen bedarf es jedoch nicht, da der Zahntechniker nach der Vorschrift bereits nicht zu dem entsprechend qualifizierten Personal gehört, das solche Leistungen ausdrücklich gegenüber dem Patienten erbringen darf. Dies ist lt. Gesetz nur dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung, wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzhelferin, Prophylaxe-Helferin oder Dental-Hygienikerin. Der Gesetzgeber hält den Zahntechniker also nicht für ausreichend qualifiziert, irgendwelche Leistungen am Patienten durchzuführen. Der Einwand der Delegation einer Leistung greift also niemals. Im Hinblick auf die Strafbarkeit muss dem Zahnarzt bewusst sein, dass für ihn selbst eine Strafbarkeit aus dem Gesichtspunkt der Anstiftung oder Beihilfe in Betracht kommt. Die Bitte an einen Zahntechniker, sich doch mal die prothetische Versorgung bei einem Patienten anzuschauen und eventuelle Nachbesserungen gemeinsam im Munde des Patienten vorzunehmen, dürfte wohl die Voraussetzungen der Anstiftung zu einer Straftat erfüllen.

Zwischen dem Patienten und dem Zahntechniker besteht kein Vertragsverhältnis. Sämtliche Haftungsansprüche folgen aus dem Dienstvertrag, der zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt besteht. Der BGH hat bereits am 09.12.1974 (VII ZR 182/73) entschieden, dass der auf eine zahnprothetische Behandlung gerichtete Vertrag ein Dienstvertrag ist. Dagegen ist die Anfertigung der Prothese durch den Zahntechniker ein Werkvertrag, mit den entsprechenden rechtlichen Folgen. Der Zahntechniker hat gegenüber dem Zahnarzt also ein mangelhaftes Werk herzustellen, der Zahnarzt nimmt das Werk in der Regel mit dem Einfügen bei dem Patienten ab.

Wenn der Zahnarzt nun aber den Zahntechniker in die Behandlung unerlaubt mit einbezieht, ist ihm ein mögliches Verschulden des Zahntechnikers zuzurechnen, § 278 BGB. Dem Zahnarzt muss also auch bewusst sein, dass er seine mögliche Haftung gegenüber dem Patienten erweitert, da er im Rahmen des bestehenden Dienstverhältnisses auch für das Verhalten seines

Erfüllungsgehilfen gem. § 278 BGB haftet. Unabhängig ist ausnahmsweise auch eine Haftung des Zahntechnikers gegenüber dem Patienten möglich, wenn ein deliktischer Anspruch gem. § 823 BGB gegeben ist, also durch das Verhalten des Zahntechnikers unmittelbar eine Körperverletzung eingetreten ist.

In der Literatur wird auch diskutiert, dass der Werkvertrag zwischen Zahnarzt und Zahntechniker ein Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten des Patienten ist. Diese Annahme rechtfertigt es, dass der Patient mangelhafte Leistungen des Zahntechnikers auch im Rahmen des Behandlungsvertrages mit dem Zahnarzt geltend machen kann. Eine Einbeziehung des Zahntechnikers in die zahnmedizinische Behandlung würde diese Argumentation stark stützen, da dann ein entsprechendes Schutzbedürfnis des Patienten auch bezogen auf die Werkleistung des Zahntechnikers gesehen werden könnte.

Der Zahnarzt erweitert auch hier seine denkbare Haftung gegenüber dem Patienten. Auch muss dem Zahnarzt bei der Behandlung gesetzlich Versicherter immer bewusst sein, dass er gem. § 137 Abs. 4 SGB V für die Versorgung mit Zahnersatz eine Gewährleistung für zwei Jahre übernimmt. Innerhalb dieser Zeit besteht eine Verpflichtung zu kostenloser Erneuerung/Wiederherstellung. Auch hier haftet der Zahnarzt letztlich für Fehler, die möglicherweise durch die „Arbeit im Mund“ durch einen Zahntechniker entstanden sind. Eine klare Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche bleibt notwendig, um strafrechtliche oder berufsrechtliche Verfahren zu vermeiden. Der Zahntechniker ist ein Handwerker (VG Ansbach, Urteil vom 01.07.2003, Az. 4 K 02.01779), der Zahnarzt übt die Zahnheilkunde aus. Damit ist eine sinnvolle Zusammenarbeit aber nicht ausgeschlossen. Diese ist im Einzelfall notwendig und auch möglich, z. B. bei der Anfertigung von Abdrücken, bei der Beurteilung von möglichen Mängeln und Nachbesserungsarbeiten oder dem Einsatz der Zahnprothetik. Wichtig bleibt nur, dass dabei nicht doch Zahnheilkunde ausgeübt wird, was durch den Zahnarzt im eigenen Interesse zu verhindern ist.

RA Matthias Herberg

## Die Abformung als Bindeglied zwischen zahnärztlicher und zahntechnischer Arbeit

Der Abformung kommt im Rahmen einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung eine entscheidende Bedeutung zu. Sie ist „Informationstransport und -medium“ von der zahnärztlichen Praxis in das zahntechnische Labor. Die Abformung wird so innerhalb der Prozesskette zur Fertigung von Zahnersatz zum eigentlichen Bindeglied zwischen zahnärztlicher und zahntechnischer Arbeit. Dabei hat nun seit einiger Zeit ein verstärkter Trend von konventionellen Abformverfahren hin zu optischen Abformsystemen eingesetzt.

Die konventionelle Abformung mit Abformmaterialien wird in der Zahnmedizin seit mehr als 150 Jahren durchgeführt. In dieser Zeit unterlagen die verwendeten Materialien und Techniken einer stetigen Weiterentwicklung und Verbesserung, so dass dem Zahnarzt heute zahlreiche, sehr gut funktionierende Abformsysteme zur Verfügung stehen. Dennoch kommt es trotz aller Fortschritte bei der Fertigung prothetischer Restaurationen durch Fehler in der Prozesskette immer wieder zu Misserfolgen, deren Beseitigung meist für alle Beteiligten mit deutlichen Unannehmlichkeiten verbunden ist [6, 8]. Dabei haben sich zwei der wichtigsten Behandlungsschritte in den vergangenen Jahrzehnten kaum verändert – die Abformung und die Modellherstellung.

Die Abformung als klassischer Übertragungsweg der klinischen Mundsituation auf die Modellsituation hängt von zahlreichen Einflussgrößen ab, von denen jede das klinische Ergebnis der Arbeit beeinflussen kann. Neben der Wahl des Abformmaterials und dem Mischungsverhältnis der einzelnen Komponenten können unter anderem Mundverweildauer, endogene Spannungen, Fließfalten und Temperaturunterschiede die Qualität der Abformung herabsetzen [5, 8].

Auch bei der Modellherstellung können sich aufgrund der Wahl des Gipses, des Modellsystems, des Mischungsverhältnisses Gips/Wasser sowie verarbeitungstechnischer Unregelmäßigkeiten zum Teil beträchtliche Ungenauigkeiten ergeben [5]. Eine Verbesserung der Ergebnisse ist beim heutigen Stand der dentalen Technologie und Werkstoffkunde aber vor allem durch eine Standardisierung der Arbeitsabläufe möglich [3, 10].

In dieser Hinsicht hat mit der Einführung optischer Abformsysteme ein weiterer

entscheidender Schritt stattgefunden. Der primäre Vorteil liegt hierbei in der direkten Übertragung der Mundsituation auf die weiteren Arbeitsschritte im Labor, wodurch die erwähnten Probleme und Schwierigkeiten beseitigt werden können.

### Optische Abformung

Gegenwärtig sind im deutschsprachigen Raum vier Systeme besonders bekannt: Der cara TRIOS von Heraeus Kulzer, der LAVA C.O.S. (Chairside Oral Scanner) von 3M ESPE, das CEREC Connect-System (Sirona) sowie der iTero-Scanner von Cadent/USA, welcher allerdings nur bis Ende 2012 von Straumann in Deutschland vertrieben wurde. Weitere erhältliche Intraoralscanner sind z. B. der Zfx IntraScan (Zfx GmbH) und der E4D Dentist (D4D Technologies), der momentan allerdings nur in Amerika verfügbar ist. In den vergangenen zwei Jahren sind bereits wieder zahlreiche Neuentwicklungen

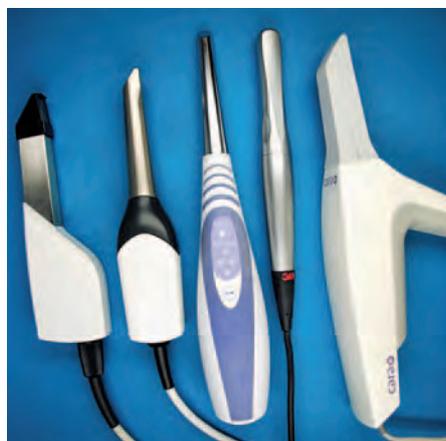
auf dem Markt erschienen. Die wesentlichen Neuerungen sind die CEREC Omnicam (Sirona), der 3M True Definition Scanner (3M ESPE) sowie das Cara Trios True Color System (Heraeus Kulzer/3Shape). Die Systeme (Abb. 1) sind sich in ihrer Handhabung sehr ähnlich, beruhen allerdings auf unterschiedlichen Funktionsprinzipien.

Die bereits 2012 eingeführte CEREC Omnicam arbeitet wie ihr Vorgänger, die CEREC Bluecam, mit der optischen Triangulation. Erstmals werden die Daten aber nicht mehr anhand von Einzelbildern, sondern in einer kontinuierlichen Videosequenz generiert und zudem entfällt die Bestäubung mit einem speziellen Scanpuder. Außerdem ist es nun möglich, in Farbe (Abb. 2) zu scannen [2].

Der True Definition Scanner von 3M ESPE ist der direkte Nachfolger des LAVA C.O.S. (Abb. 3). Das System nutzt die sogenannte 3D-In-Motion Technologie und basiert auf dem Active Wavefront Sampling, das ebenfalls kontinuierlich Daten generiert. Außerdem wurde ein neues Handstück eingeführt, das insgesamt leichter und grazier gestaltet ist, und der Aufnahmemodus des Scan Kopfes wurde optimiert. Der Scanprozess ist jedoch weiterhin auf geringfügige Applikation von Scanpuder angewiesen [2].

Das Cara Trios True Color System wurde analog zur CEREC Omnicam um einen Farbmodus erweitert (Abb. 4). Darüber hinaus ist der Scanner nun auch in einer Laptopversion erhältlich, sodass künftig auf ein Cart verzichtet werden kann. Technisch basiert das System auf der konfokalen Mikroskopie [2].

Alle modernen optischen Abformsysteme zeichnen sich nach unseren bisherigen Untersuchungen durch eine hohe Scanpräzision aus: Im Rahmen einer In-vitro-



**Abb. 1 – Kamerasysteme, von links nach rechts: CEREC Bluecam; CEREC Omnicam; LAVA C.O.S.; True Definition Scanner; Cara Trios True Color System**

Studie wurden mithilfe des LAVA C.O.S.-Systems auf einem idealisierten Zahnstumpf hergestellte Zirkonoxydkronen mit konservativ auf Basis von Korrekturabformungen hergestellten Kronen verglichen. Bei den mit LAVA C.O.S. hergestellten Kronen wies die Gesamtheit der gemessenen Randspalten einen

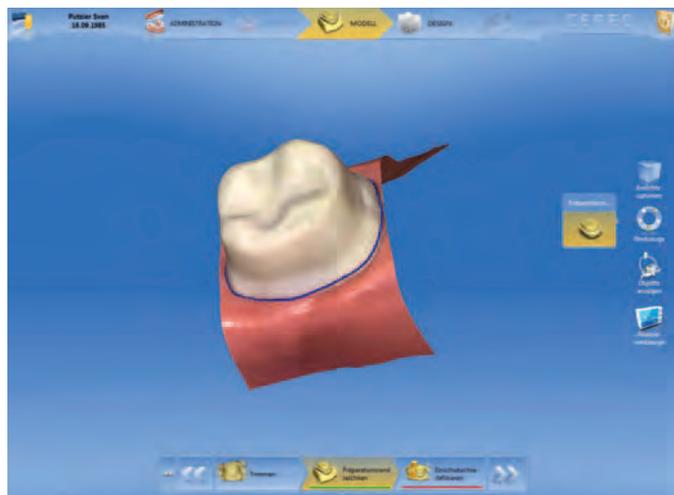


Abb. 2 – Scanansicht bei der CEREC Ominicam

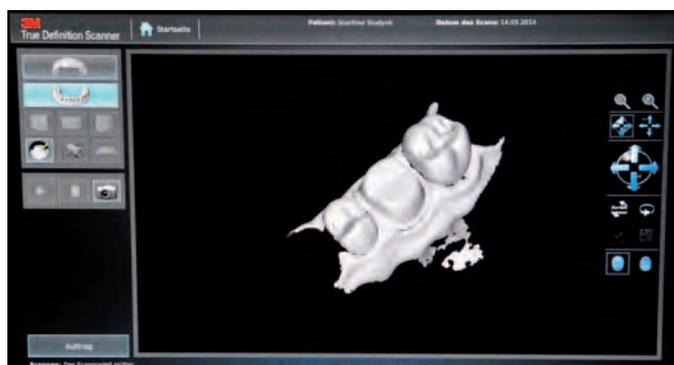


Abb. 3 – Scanansicht beim True Definition Scanner

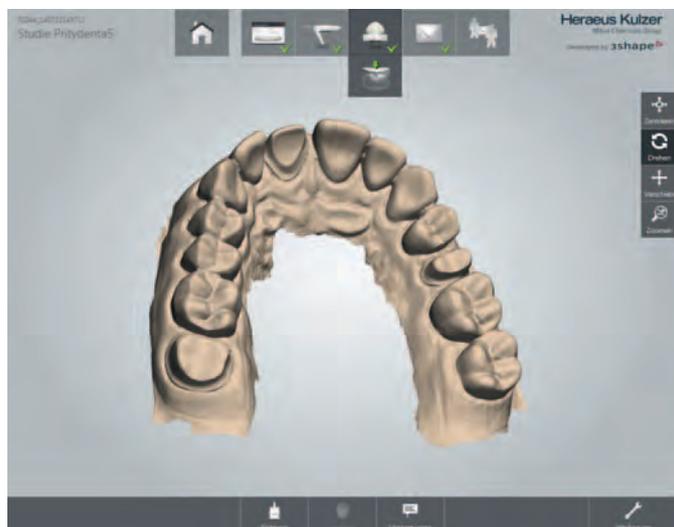


Abb. 4 – Scanansicht beim Cara Trios True Color System

Mittelwert von  $33 (\pm 16) \mu\text{m}$  auf. Bei den konventionell hergestellten Kappchen betrug der mittlere Randspalt  $69 (\pm 25) \mu\text{m}$  [4, 5, 6]. Auch Syrek et al. kamen in einer im Jahre 2010 veröffentlichten Studie zu ähnlichen Ergebnissen. Hierbei wurde die Passgenauigkeit von LAVA Zirkonoxydkronen, hergestellt jeweils auf Basis einer digitalen Abformung mit LAVA C.O.S. sowie auf Basis einer herkömmlichen Korrekturabformung, miteinander verglichen. Der mittlere marginale Randspalt der konventionell hergestellten Kronen betrug  $71 \mu\text{m}$  gegenüber einem Durchschnittswert von  $49 \mu\text{m}$  der mit LAVA C.O.S. hergestellten Kronen [7]. Betrachtet man die erzielten Ergebnisse unter klinischen Gesichtspunkten, so zeigt sich, dass die gemessenen Werte im Bereich der marginalen Diskrepanz die Anforderungen an die erreichbare Genauigkeit absolut erfüllen bzw. sogar übertreffen. Ob diese Ergebnisse allerdings auch unter klinischen Bedingungen (z. B. mit Sulkusblutungen oder subgingival gelegene Präparationsgrenzen) erzielbar sind, wird noch zu untersuchen sein. Von Vorteil ist auf jeden Fall, dass bei der digitalen Abformung die Aufnahmen am Bildschirm in Echtzeit mitverfolgt und Fehlstellen sofort korrigiert werden können [1, 4, 5]. Auch bieten die neuen Scanverfahren gerade für empfindliche Patienten einen deutlichen Gewinn an Behandlungskomfort. Würgereiz, schlechter Geschmack und eine gefühlte Behinderung der Atmung während der Abformung entfallen und stärken so das Vertrauensverhältnis zum Behandler [5, 6]. Zusätzlich geht die Einsparung mehrerer Arbeitsschritte mit einer Reduzierung möglicher Fehlerquellen und einer besseren Standardisierung einher [4]. Nachteilig ist allerdings die Einschränkung des Indikationsgebietes auf gut einsehbare Präparationsgrenzen [5]. In diesem Punkt offenbart sich in Bezug auf die Abformung die gesamte klinische Problematik: Zugängliche, einsehbare Stellen können ohne grundsätzliche Schwierigkeiten reproduziert werden [9]. Dies bedeutet für den intraoralen Scan, dass, wenn die Präparationsgrenze mit bloßem Auge vollständig erkennbar ist, sie auch vom System erfasst werden kann.

### Fazit

Besonders im Hinblick auf die marginale Genauigkeit sind die Ergebnisse optischer Abformsysteme vielversprechend. Weitere, vor allem klinische Studien müssen folgen, um das Potenzial der digitalen Abformung als Alternative zu den konventionellen Techniken hinreichend beurteilen zu können. Auf der anderen Seite darf man aber nicht übersehen, dass die heute bereits verfügbaren Abformsysteme – egal, ob konventionell oder digital – grundsätzlich Hervorragendes leisten. Wenn es gelingt, dieses hohe Potenzial in der täglichen Routine am Patienten umzusetzen, wäre im Bereich der Abformung das Wesentliche erreicht.

*Dr. Peter Rehmann,  
ZA Holger Kämpe,*

*Prof. Dr. med. dent. Bernd Wöstmann  
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik*

*Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Justus-Liebig-Universität Gießen*

*E-Mail: Bernd.Woestmann@dentist.med.uni-giessen.de*

Literaturverzeichnis: [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

### 3. Endodontie-Symposium Sachsen – Neue Akzente

Das diesjährige 3. Endodontie-Symposium des Arbeitskreises Endodontie und zahnärztliche Traumatologie Sachsen fand traditionell im „International Congress Center“ in der Nähe der historischen Dresdner Altstadt statt. Schwerpunkt der Tagung war die fachübergreifende Auseinandersetzung mit endodontologischen Fragestellungen. Am Freitagmorgen startete die Veranstaltung mit praktisch relevanten Kursen zur Anwendung von Feilensystemen unterschiedlicher Hersteller. Fehlervermeidung und Anwendererfahrungen wurden in den ausgebuchten Kursen von den Referenten des Arbeitskreises in Theorie und Praxis vermittelt. Mit dem Kurs „Fallselektion Vermeidung von Frustration“ wurden typische Einschätzungen von Behandlungsfällen trainiert und die genaue Auswertung von Röntgenbildern geübt. Empfohlen wurde die zusätzliche Anwendung der intrakoronaren Diagnostik (IKD) unter Nutzung einer optischen Vergrößerung, um Fehleinschätzungen zu vermeiden und die Therapieplanung und prognostische Beurteilung zu verbessern.

Die Tagung am Freitag wurde von Dr. Gäbler eröffnet. Über 270 Studenten, Praxismitarbeiterinnen, Zahnärzte und Vertreter der Leipziger und Dresdner Universitätskliniken folgten interessiert den Präsentationen, Vorträgen und beteiligten sich mit regen Diskussionen am Symposium. Neue Therapieansätze im Fall mikrobiell oder traumatisch bedingter Pulpanekrosen wurden von Dr. Galler aus Regensburg vorgestellt. Ziel

neuer Verfahren ist es, Pulpagewebe aus körpereigenen Stammzellen zu regenerieren. Erste positive Erfahrungen wurden bereits in einem speziellen Meeting diskutiert. In einem Beitrag von Herrn Stetten aus Stuttgart wurde die Bedeutung der Self Adjusting File (SAF) aus der aktuellen Studienlage und den eigenen praktischen Erfahrungen vorgestellt. Die Verbesserung der Desinfektion und Reinigung des Wurzelkanalsystems mit der SAF wurden in eindrucksvollen Falldemonstrationen und verkürzten Heilungsverläufen demonstriert. In einem parallelen Treffen der Zahnmedizinischen Fachangestellten unter Leitung von Dr. Garte fand ein lebhafter und interessierter Erfahrungsaustausch zu den Themen endodontische Nachkontrolle, Röntgentechnik und Abrechnung statt. Angeregt von den positiven Impulsen der Veranstaltung entstand der Wunsch nach einer zertifizierten Weiterbildung auf dem Gebiet der Endodontie für ZFA. Unter Leitung von Dipl.-Stom. Arnold setzte sich die Tagung fort mit Pilotergebnissen der aktuellen Dresdner Forschung zur Regeneration von Pulpagewebe. Prof. Dr. Hannig und Dr. Neunzehn wiesen auf der Grundlage eigener Forschungsergebnisse nach, dass funktionsfähiges Pulpagewebe regenerierbar ist.

Die Auswirkungen parodontaler und endodontischer Erkrankungen auf die Gesundheit der Patienten stellte Frau Dr. Noack aus der Poliklinik für Parodontologie vor. Insbesondere Risikopatienten erfordern ei-

ne optimale Qualität in der Diagnostik und Therapie und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, um Folgeschäden zu vermeiden. Vor allem die Wechselbeziehungen zwischen Parodont und Endodont wurden von Dr. Karbatai eindrucksvoll demonstriert. Erst wenn die Ursache einer Paro-Endo-Läsion korrekt diagnostiziert wurde, kann eine adäquate Therapie den Erhalt zum Teil extrem parodontal geschädigter Zähne ermöglichen.

Zum Abschluss wurde der Einfluss chirurgischer Interventionen auf den Erhalt von endodontisch geschädigten Zähnen diskutiert. Nach Ansicht von PD Dr. Dr. Schneider ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer im Einzelfall notwendigen Wurzelspitzenresektion die Revision einer insuffizienten Wurzelkanalbehandlung. Dr. Göbbels stellte die in seiner Praxis erhobenen Daten zum Erfolg der orthograden Revision nach fortbestehender endodontischer Erkrankung und erfolgloser Wurzelspitzenresektion vor. Die Mehrzahl der Fälle konnte erfolgreich korrigiert werden unter Anwendung eines Dentalmikroskops und Nutzung einer minimalinvasiven Ultraschalltechnik.

Neu gegründete Qualitätszirkel in den Städten Leipzig, Chemnitz, Bautzen, Hoyerswerda und Dresden sollen den Kollegen die Möglichkeit für eine kontinuierliche kollegiale Zusammenarbeit ermöglichen bis zum nächsten Symposium im Jahr 2017.

*Dipl.-Stom. Michael Arnold*



**Abb. 1 – Kurs zur Auswertung von DVT-Aufnahmen mit nur einem Programm**

Fotos: Garte

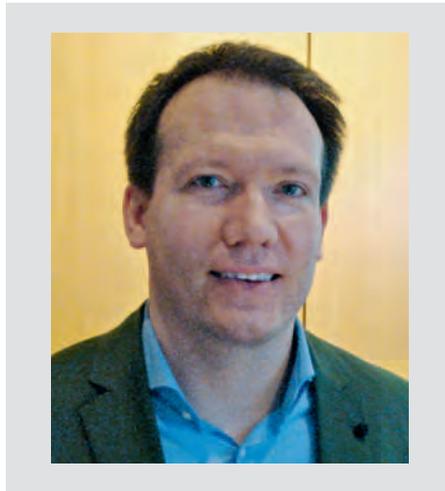


**Abb. 2 – Über 270 Teilnehmer erlebten Vorträge, studentische Fallpräsentationen und rege Diskussionen**

## Mitgliederversammlung des BDO Landesverbandes Mitteldeutschland 2015

Einer langjährigen Tradition folgend trafen sich am 31.01.2015 die Fachzahnärzte für Oralchirurgie aus Mitteldeutschland zu ihrer jährlich stattfindenden Landesversammlung im Zahnärzthehaus in Dresden. Der erste Tagesordnungspunkt bestand wie in jedem Jahr aus einem Weiterbildungsvortrag. Für dieses Referat war es uns gelungen, Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Marcus Gerressen aus Zwickau zu gewinnen. In der Muldestadt leitet er seit über zwei Jahren als Chefarzt die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Heinrich-Braun-Klinikum. In dem Vortrag wurden „Aktuelle Aspekte der Behandlung oraler Malignome“ beleuchtet. Der Referent, ein ausgewiesener Spezialist für plastische und ästhetische Operationen, absolvierte seine Weiterbildung in der Aachener Klinik bei Prof. Riediger. Besondere Berücksichtigung in seinen Ausführungen fand die Rekonstruktion von großen Defekten im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, entstanden durch Tumoren, Entzündungen und Traumata, sowie die Therapie von hereditären Gesichtasymmetrien mit freien gefäßgestielten Transplantaten. Nach einem kurzen Exkurs in die Geschichte und die theoretischen Grundlagen wurden die Voraussetzungen für einen erfolgreichen mikrochirurgischen Lappen-transfer erörtert. In diesem Zusammenhang lobte der Chefarzt die gute Infrastruktur im Heinrich-Braun-Klinikum, wie Anästhesie/Intensivtherapie, Personal im OP und Pflegebereich sowie räumliche und apparative Voraussetzungen. Viele ausdrucksstarke klinische Bilder vermittelten dem Zuhörer einen Einblick in die Defektdeckung mittels freiem Radialislappen, mit osteomyokutanen Fibulatransplantaten oder mit osteomuskulärem Beckenkamm. In der Zusammenfassung wurden Vor- und Nachteile dieser Operationsmethode noch einmal eindrucksvoll dargestellt. Nach angeregter Diskussion wurde Privatdozent Gerressen unter großem Beifall verabschiedet.

Nach einer kurzen Kaffeepause eröffnete Dr. Wolfgang Seifert den standespolitischen Teil der Mitgliederversammlung.

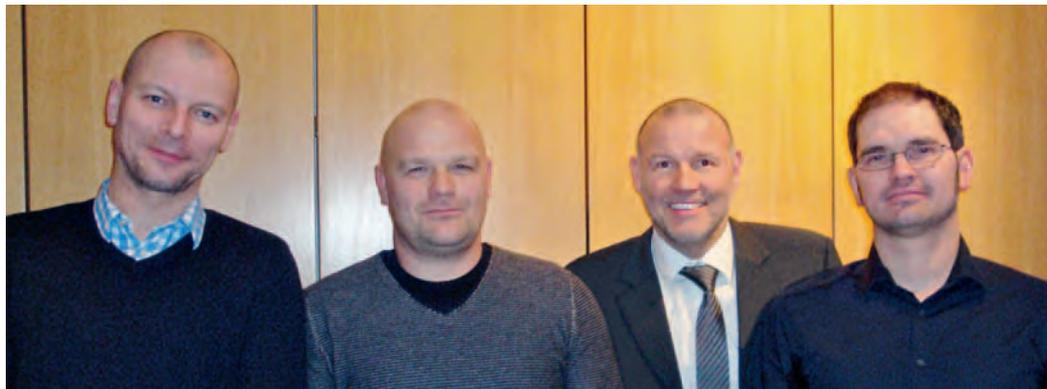


**Referent des Weiterbildungsvortrags war PD Dr. Dr. Marcus Gerressen**

Zunächst gab es von Dr. Ferenc Steidl Informationen aus der erweiterten Vorstandssitzung, die im Mai am Rande des standespolitischen Forums in Hamburg stattfand. Des Weiteren informierte Kollege Seifert über den EFOSS/IADH-Kongress in Berlin und die anschließende Mitgliederversammlung, in der auch der neue Bundesvorstand gewählt wurde. Ein Schwerpunktthema war hier die Sicherung der Oralchirurgie in der Zukunft. Dies kann nur durch eine Angleichung der Approbationsordnungen und Vernetzung der Fachgebiete durch „Common trunk“ auf Augenhöhe erreicht werden. Einen breiten Raum in der Diskussion nahm der neue Gesetz-

entwurf der Bundesregierung zur „Stärkung der Versorgung in der GKV“ ein. Nach der Information aus dem Bundesvorstand folgten Details aus dem Landesverband: Der Landesvorsitzende berichtete von der Entwicklung in Sachsen-Anhalt. Dort hat der Landtag ein neues Kammerheilberufesgesetz verabschiedet. Die Entwicklungen und Konsequenzen für die Fachzahnärzte sind derzeit noch nicht abzusehen, werden jedoch vom Landesvorstand Mitteldeutschland in Zukunft genau beobachtet werden. Wissenswertes aus der KZVS folgte. Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf berichtete aus der Kammerarbeit, insbesondere vom Stand der Weiterbildungsordnung. Der letzte und wichtigste Tagesordnungspunkt war die Wahl des neuen Landesvorstandes des BDO Landesverbandes Mitteldeutschland. Wiedergewählt in den Landesvorstand wurden Dr. Wolfgang Seifert (Vorsitzender), Dr. Frank Hofmann (1. Stellvertreter), Dr. Ferenc Steidl (2. Stellvertreter) und Dr. Ulrich Zirkler (Beisitzer). Neu gewählt in den Landesvorstand wurde Dr. Falk Nagel (Sekretär). Frau Dr. Goldbecher schied aus dem Vorstand aus. Wir danken ihr für die geleistete Arbeit. Nach vierstündiger Mitgliederversammlung traf sich der neu gewählte Vorstand zu einer kurzen konstituierenden Sitzung, in der unter anderem eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern Mitteldeutschlands vereinbart wurde.

*Dr. med. Wolfgang Seifert*



**Der neu gewählte Landesvorstand Dr. Nagel (Dresden), Dr. Steidl (Sömmerda), Dr. Seifert (Markneukirchen) Dr. Hofmann (Wolfen) (v.l.n.r.)**

## Geburtstage im April 2015

<b>60</b>	03.04.1955	Dr. med. <b>Jürgen Knepper</b> 01796 Pirna	17.04.1950	<b>Wolfgang Schuffenhauer</b> 09496 Marienberg OT Rübenau
	03.04.1955	Dipl.-Stom. <b>Roswitha Weise</b> 08066 Zwickau	<b>70</b>	22.04.1945 Dipl.-Stom. <b>Peter Fischer-Schäfer</b> 09355 Gersdorf
	04.04.1955	Dipl.-Stom. <b>Wolfgang Baetge</b> 09217 Burgstädt	<b>75</b>	01.04.1940 Dr. med. dent. <b>Uta Frank</b> 01589 Riesa
	04.04.1955	Dr. med. <b>Gundel Erhard</b> 01809 Dohna OT Borthen		03.04.1940 Dr. med. dent. <b>Lutz Reiche</b> 01855 Sebnitz
	05.04.1955	Dr. med. <b>Jörg Hölzer</b> 01239 Dresden		05.04.1940 Prof. Dr. med. habil. <b>Gisela Hetzer</b> 01309 Dresden
	06.04.1955	Dr. med. <b>Steffen Focke</b> 09599 Freiberg		10.04.1940 Dr. med. dent. <b>Gabriele Solyom</b> 09127 Chemnitz
	14.04.1955	Dr. med. <b>Stephan Loth</b> 08147 Obercrinitz		11.04.1940 Dr. med. <b>Eva-Maria Naumann</b> 04103 Leipzig
	14.04.1955	Dipl.-Med. <b>Hans-Jürgen Sorgalla</b> 08529 Plauen		27.04.1940 SR Dr. med. <b>Eva Hahn</b> 04435 Schkeuditz
	17.04.1955	Dipl.-Stom. <b>Petra Kirch</b> 01326 Dresden	<b>81</b>	07.04.1934 MR Dr. med. dent. <b>Hans-Dieter Thor</b> 01917 Kamenz
	20.04.1955	<b>Ingolf Martinetz</b> 04315 Leipzig	<b>82</b>	02.04.1933 MR Dr. med. dent. <b>Ilse Martini</b> 09116 Chemnitz
	21.04.1955	Dipl.-Stom. <b>Leonore Karpowitsch</b> 01445 Radebeul		18.04.1933 MR Dr. med. dent. <b>Dieter Meinel</b> 09116 Chemnitz
	25.04.1955	Dipl.-Stom. <b>Horst Faikosch</b> 09126 Chemnitz		27.04.1933 Dr. med. dent. <b>Käthe Pierer</b> 04416 Markkleeberg
	28.04.1955	Dr. med. <b>Karin Bliedung</b> 09113 Chemnitz	<b>84</b>	10.04.1931 SR Dr. med. dent. <b>Günter Dorsch</b> 09126 Chemnitz
	28.04.1955	Dr. Dr. sc. med. <b>Jürgen Pleul</b> 08056 Zwickau	<b>85</b>	04.04.1930 MR <b>Karl-Heinz Pohle</b> 04103 Leipzig
	29.04.1955	Dr. med. <b>Birgit Stroisch</b> 04758 Oschatz		19.04.1930 <b>Rolf Bellmann</b> 01309 Dresden
	30.04.1955	Dr. med. <b>Thomas Gross</b> 01471 Radeburg	<b>90</b>	13.04.1925 Dr. med. dent. <b>Lisette Gäbler</b> 02943 Weißwasser
<b>65</b>	03.04.1950	Dipl.-Med. <b>Beate Katzfuß</b> 08352 Raschau-Markersbach	<b>Wir gratulieren!</b>	
	05.04.1950	Dipl.-Med. <b>Christine Nitzsche</b> 04299 Leipzig	Jubilare, die keine Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Sachsen wünschen, informieren bitte die Redaktion.	
	06.04.1950	<b>Gudrun Bergmann</b> 04105 Leipzig		
	06.04.1950	Dr. med. <b>Hans-Helmut Sczesny</b> 02977 Hoyerswerda		
	09.04.1950	Dr. med. <b>Gerald Kühn</b> 04821 Brandis		

## Für den täglichen Einsatz in der Praxis und zu Hause

Die Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH steht in der Zahnmedizin für Kompetenz in der topischen Schmerzstillung und Entzündungshemmung. Dem zahnärztlichen Team ist das Unternehmen durch die Präparate mit den Markennamen Dynexan und Reccasan ein Begriff. Dazu zählen das topische Lokalanästhetikum Dynexan Mundgel (Wirkstoff Lidocain) und die Chlorhexidin-Präparate Dynexan Proaktiv 0,2 % CHX. Als weiterer zahnmedizinischer Eckpfeiler ist Dequonal bekannt. Das topische Lokalanästhetikum überzeugt schon seit vielen Jahren bei der zeitweiligen und symptomatischen Behandlung von Schmerzen an Mundschleimhaut, Zahnfleisch und Lippen. In zahlreichen klinischen Studien konnten die schnelle Wirksamkeit und gute Ver-

träglichkeit nachgewiesen und auch bei Kindern und Jugendlichen bestätigt werden. Speziell für die Applikation in Zahnfleischtaschen und dort besonders zur Begleitung der PA-Behandlung und PZR steht es zur Verfügung. Neben der Schmerzlinderung bietet der Hersteller ein antiseptisches Mund- und Rachentherapeutikum mit dem Goldstandard Chlorhexidin an. Die Lösung wirkt in der Mundhöhle vor und nach der Behandlung keimabtötend, reduziert dadurch Entzündungen und eignet sich hervorragend auch als unterstützende Maßnahme zur mechanischen Mundhygiene.

Damit bietet das Unternehmen ein Portfolio von Produkten, die in der Praxis und für den Patienten auch zu Hause spürbare Vorteile bieten.



Weitere Informationen:  
**Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH**  
**Telefon: 0611 92710**  
**[www.kreussler-pharma.de](http://www.kreussler-pharma.de)**

## Erstes Nanohybrid-ORMOCER® Füllungsmaterial

Mit *Admira Fusion* präsentiert VOCO das weltweit erste rein keramisch basierte Universal-Füllungsmaterial. Ermöglicht wird dies durch die innovative Verbindung der bewährten Nanohybrid- mit der gemeinsam mit dem Fraunhofer-Institut für Silicidforschung entwickelten ORMOCER-Technologie. Sowohl für die Füllstoffe als auch für die Harzmatrix bildet Siliziumoxid die chemische Basis. Diese einzigartige „Pure Silicate Technology“ bringt gleich mehrere bemerkenswerte Vorteile mit sich: So weist das Präparat die mit Abstand niedrigste Polymerisations-schrumpfung von 1,25 Vol.-% und einen damit verbundenen extrem niedrigen Schrumpfstress auf. Die eingesetzten ORMOCER („Organically Modified Ceramics“) sind hoch biokompatibel, da keine klassischen Monomere enthalten sind und somit nach der Polymerisation auch nicht wieder freigesetzt werden können. Das lichthärtende, röntgenopake Nanohybrid enthält 84 Gew.% anorganische Füllstoffe und deckt ein breites



Indikationsspektrum ab. Dazu gehören u. a. Füllungen der Klassen I bis V, Rekonstruktionen von traumatisch beschädigten Frontzähnen, die Verblockung oder Schienung von gelockerten Zähnen, Stumpfaufbauten und die Anfertigung von Composite-Inlays. Das Material besticht außerdem durch seine besonders hohe Farbstabilität und ist somit universell einsetzbar – für höchste Ansprüche im Front- und Seitenzahnbereich. Das sehr homogene Material bietet ein hervorragendes Handling und ist mit allen kon-

ventionellen Bondings kompatibel. Ergänzt wird das Füllsystem durch *Admira Fusion x-tra*, das bei absolut identischen physikalischen Werten Inkrementstärken von bis zu 4 mm erlaubt. Die Fast-Track-Variante überzeugt ebenfalls

**Fortsetzung auf nächster Seite**

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



## Leonore Adler – tempora mutante

Die 1953 im vogtländischen Plauen geborene Künstlerin Leonore Adler ist bisher als Malerin und Grafikerin, als Schöpferin von Objekten und Installationen sowie als Performerin hervorgetreten. Sie ist zudem Autorin schöner Gedichte und kluger Texte. In den 1980er Jahren stand Leonore Adler den DDR-„Neuen Wilden“ nahe, etwa Kolleginnen wie Angela Hampel. Dieser nicht zuletzt feministisch geprägte künstlerische Aufbruch gegen die fest gestanzten Verhältnisse mündete schließlich in der Dresdner Sezession '89, deren Gründungsmitglied Adler war. Und auch bis heute bilden für sie aktuelle Fragen, wie die der Selbstbestimmung, der Ökologie und der Geschlechterbeziehungen, mit die Hintergrundfolie für ihr Schaffen.

Was ihre künstlerischen Medien betrifft, so nehmen im Werk der studierten Grafikerin (1973 – 1978 Hochschule für Grafik und Buchkunst Leipzig), deren innere Vorliebe immer der Malerei galt, seit Längerem Aquarelle und Mischtechniken einen besonderen Platz ein. Diese Arbeiten sind gleichermaßen hochartifizuell, inhaltlich prägnant und vielschichtig. Letzteres wird „technisch“ häufig auch durch das Mittel der (übermalten) Collage unterstrichen, wofür die Künstlerin feinste Seidenpapiere einsetzt.

Im Duktus ist an die Stelle des Neoexpressiven eine von asiatischen, mitunter auch surrealen Einflüssen geprägte „Beruhigung“ getreten. Die Formen sind fließender, erinnern in ihrer Farbtransparenz partiell an japanische Holzschnitte.

Vorausgegangen war die Beschäftigung mit asiatischer Kultur, Religion und Geisteshaltung. In diesem Sinn, gleichermaßen auch auf Inhaltliches bezogen, lässt sich durchaus das Motto der kommenden Ausstellung Leonore Adlers im Zahnärzthehaus verstehen: „tempora mutante – sich verändernde Zeit“.

In ihren Arbeiten sind Pflanzen, Tiere – die Künstlerin hatte in ihrer Kindheit den Wunsch, Biologin oder Tierärztin zu werden – und Menschen, vorzugsweise weibliche Wesen, teils Sagen und Mythen „entsprungen“, regelrecht miteinander verwoben. Die „Beruhigung“ im Aus-

druck ist wohl einer gewachsenen Gelassenheit und neuen Einsichten – auch in die Untauglichkeit gescheiterter Utopien – zu verdanken. Gleichwohl ist ein zivilisationskritischer und ökologischer Ansatz nach wie vor deutlich. Ebenso bleibt es dabei, dass die Künstlerin die Vernunft wohl eher bei der weiblichen Seite der Menschheit sieht. Daneben findet man keiner weiteren Analyse bedürftige Landschafts- und Naturstudien.

Bereichert wurde Leonore Adlers Kunst immer wieder durch Reiseerfahrungen, die sie in Kuba, Nord- und Ostafrika, im Mittelmeerraum, aber auch auf atlantischen Inseln oder im Norden Europas machte. So erfuhr sie etwas über göttliche Katzen und nördliche Feen, erlebte die Kargheit des Sinai, die feuchten Nebel La Gomeras oder die „ewige“ Sonne der Mittsommernacht und bezog dies alles in ihre Arbeit ein. Das künstlerische Ergeb-

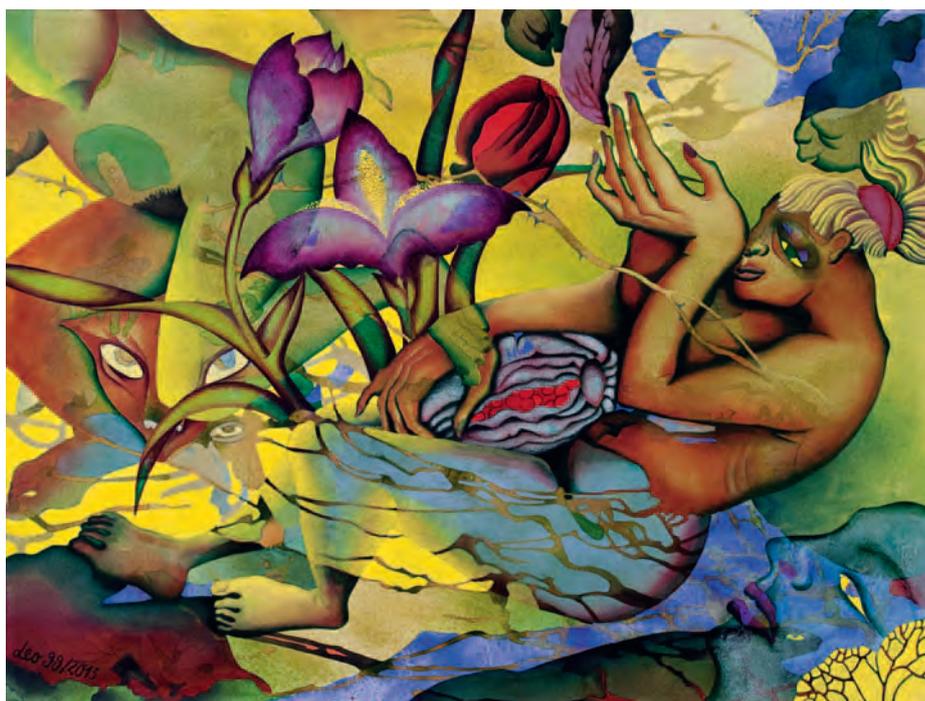


**Abb. 1 – Das Lied des Phönix, 2014, Mischtechnik auf Bütten, 47 x 33 cm**

nis – schön anzusehen – bedarf oft eines „zweiten Blicks“ und verträgt ihn auch, entdeckt man doch manch spöttischen, ja auch sarkastischen, ebenso ernsten „Kommentar“ zur „sich verändernde(n) Zeit“.

Ingrid Koch

Zur Eröffnung der Ausstellung von und mit Leonore Adler laden wir Sie und Ihre Freunde am Mittwoch, dem 8. April 2015, um 18:30 Uhr herzlich ins Dachgeschoss des Zahnärzthehauses Dresden ein.



**Abb. 2 – Drei Nymphen im Gras, 2013, Mischtechnik auf Bütten, 70 x 53 cm**

# Die wahre Evolution!



## DIE ERSTE KERAMIK ZUM FÜLLEN!

- Das weltweit erste rein keramisch basierte Füllungsmaterial
- Niedrigste Polymerisationsschrumpfung (1,25 Vol.-%) und besonders niedriger Schrumpfstress\*
- Inert, somit hoch biokompatibel und extrem farbstabil
- Für höchste Ansprüche im Front- und Seitenzahnbereich
- Oberflächenhärte garantieren erstklassige Langzeit-Resultate
- Mit allen konventionellen Bondings kompatibel

\*im Vergleich zu allen herkömmlichen Füllungscomposites

## Admira Fusion

