27. AUGUST 2015, 26. JAHRGANG, 5,50 €, F 45733, ISSN 0938-8486

Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN SACHSEN

Obleute-Treffen und VV der KZV Sachsen

Treffen mit tschechischer Zahnärztekammer

Orale Gesundheit und „Fast Food“

Gibt es Indikationen für Devitalisations-pasten?

Beilage zur Fachdental mit Hallenplan

ANZEIGE

Sächsischer Fortbildungstag
für Zahnärzte und Praxisteam

Die Ganze Zahnmedizin
– Update 2015 –

25./26.09.2015
Stadthalle Chemnitz

Workshops
Vorträge
Dentalausstellung

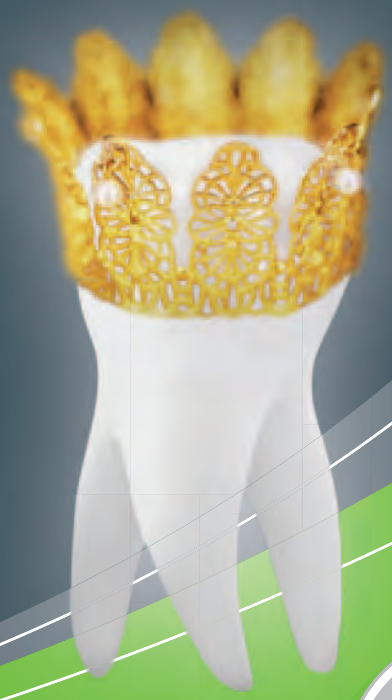
Landeszahnärztekammer Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
LZKS

7+8
15

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und Praxisteam

Die Ganze Zahnmedizin – Update 2015

26. September 2015
Stadthalle Chemnitz



Schon angemeldet?

Gemeinsamer Festvortrag:
Das bewegte Gehirn – über den Einfluss von Sport auf unsere Gesundheit, unser Wachstum und unser Denken
PD Dr. Volker Busch, Regensburg

Programm Zahnärzte

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Klaus Böning, Dresden

CMD-Therapie mittels Okklusionsschiene – Wie effektiv ist unsere Behandlung?
Prof. Dr. Olaf Bernhardt, Greifswald

Vollkeramische Implantate
Prof. Dr. Ralf J. Kohal, Freiburg

Dentale lokale Anästhesie
Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Speicher

Kariesinfiltration
Prof. Dr. Hendrik Meyer-Lückel, Aachen

Ernährung und stomatognathes System
Dr. Andrea Diehl, Berlin

Toxikologie und Allergologie von Zahn-Kunststoff-materialien
Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl, München

Programm Praxismitarbeiterinnen

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. René Tzscheutschler, Schwarzenberg

Rund um die Ernährung
Dr. Andrea Diehl, Berlin

Gelebte Ergonomie in der täglichen Praxis
Jens-Christian Katzschner, Hamburg

Infektionsgefahren durch wenig beachtete Infektionswege in der Zahnarztpraxis
Dr. Tobias Bensel, Leipzig

Gekonnt assistieren bei adhäsiven Technologien
Dr. Stephan T. Jacoby, Zabeltitz

Mundhygiene – Update 2015
Dr. Steffen Richter, Dresden

Moderne Umgangsformen in der Zahnarztpraxis
Betül Hanisch, Freiburg

Update zur richtigen Berechnung von Endodontie- und Restaurationsverfahren für Versicherte der GKV und PKV
Sylvia Wuttig, Heidelberg

Tagungsgebühren:

Zahnärzte	130 €
Studenten	25 €
Praxismitarbeiterinnen	60 €
Auszubildende	25 €

Landeszahnärztekammer Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Information: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Frau Kokel, Telefon 0351 8066-102
Anmeldungen bitte schriftlich per Fax 0351 8066-106; per E-Mail fortbildung@lzk.sachsen.de

Digitalisierung, Praxisketten, DH – Entscheidend ist, was der Berufsstand will

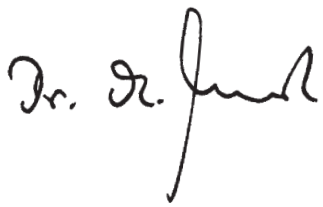
Dr. Mathias Wunsch

Präsident der Landeszahnärztekammer Sachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wenn Sie diese Doppelausgabe Ihres ZBS in der Hand halten, haben die meisten von uns ihren wohlverdienten Jahresurlaub hinter sich. Ich hoffe, Sie hatten alle das richtige Ziel gewählt und sind gut erholt zurückgekommen, um den Jahresendspurt mit Lust und guter Laune zu meistern.
Die Standespolitik hat in diesem Jahr gar kein so richtiges Sommerloch erlebt. Viele Themen haben unsere Aufmerksamkeit gefordert.
Nehmen wir das Transatlantische Freihandelsabkommen, kurz TTIP. Jetzt könnte man ja meinen, was geht uns die Wirtschaft an. Weit gefehlt, das TTIP kann auch ganz schnell in unserem Sektor zu massiven Veränderungen führen. Das beginnt damit, dass Freie Berufe mit ihren Besonderheiten dem Gewerbe angepasst dereguliert und Standards im Berufszugang herabgesetzt werden sollen. Ein weiterer Knackpunkt des TTIP ist die Möglichkeit, dass Fremdkapitalfirmen auch im Gesundheitswesen Zutritt bekommen. Wer Geld hat, hält sich dann eben einen Zahnarzt.
Auch entstehen dann noch mehr Kettenpraxen mit jeder Menge „Bohrknechten". Einfangen kann man die Zahnärzte damit, dass man regelmäßige feste Gehälter verspricht, Verantwortung abnimmt und die Investitionskosten für Praxisübernahmen oder Neugründungen wegfallen. Gerade in der heutigen Zeit, wo doch für viele die Work-Life-Balance wichtiger ist als Selbstständigkeit, sehe ich hier einen klaren Angriff auf die Freiberuflichkeit.
Der Dentalindustrie selbst würde diese Entwicklung auch in die Hände spielen. Uns wird erklärt, dass das Allheilmittel der modernen Zahnmedizin die Digitalisierung in allen Bereichen ist. Amortisation und technische Entwicklung stehen aber in der Einzelpraxis zunehmend in keinem Verhältnis. Der Einsatz von Fremdkapital in den Großpraxen könnte da ganz schnell Abhilfe schaffen.
Vor Kurzem habe ich mich auch zur DH in Deutschland geäußert. Der Vorstand der BZÄK wird im August zu diesem Thema eine Sondersitzung durchführen. Nicht nur die Schaffung von reinen Prophylaxe-Praxisketten durch Fremdkapitalgeber, sondern auch die Selbstständigkeit der Berufsausübung der DH wird diskutiert werden. Entscheidend ist nicht zuletzt, was unser Berufsstand wirklich will. Sind die zur Delegation von Leistungen aufgestellten berufsrechtlichen Regelungen noch zeitgemäß oder werden wir, wie die Ärzte, Teile unserer Berufsausübung anderen überlassen?
Das Bundesgesundheitsministerium will unter allen Umständen im Jahr 2016 den Start der elektronischen Gesundheitskarte mit definiertem (ggf. erweiterbarem) Funktionsumfang. Trotz der Schwierigkeiten z. B. mit den Lesegeräten der Karte – keines der im Feld befindlichen Kartenterminals ist gegenwärtig zum eHealth-Kartenterminal updatebar und damit zertifizierbar – wird am Konzept festgehalten. Der Datenabgleich mit den Krankenkassen wird ein spannendes Experiment. Auf unsere Kosten haben wir das Problem, dass entsprechend der technischen Entwicklung in Zukunft aller 4 bis 5 Jahre der Computer erneuert werden muss.
Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich will Ihnen für die Berufsausübung nicht den Mut nehmen, Sie sollen nur sehen, mit welchen vielschichtigen Problemen jenseits der direkten Patientenbehandlung wir es zu tun haben. In der Klausurtagung des Vorstandes der Kammer im August wird es deshalb auch um die Zukunftsvisionen für die Kammer in den nächsten zehn Jahren gehen. Dabei haben Entscheidungen für die Kollegenschaft und der Erhalt der Freiberuflichkeit oberste Priorität. Dafür steht Ihr Vorstand der LZKS.

Mit kollegialen Grüßen und allen guten Wünschen für den Rest des Jahres

Ihr Dr. Mathias Wunsch



Inhalt

Leitartikel

Digitalisierung, Praxisketten, DH – Entscheidend ist, was der Berufsstand will 3

Aktuell

Generation Y und die zahnärztliche Berufsausübung von morgen 5
KZV-Vertreter diskutieren Notfalldienstordnung 6
Damit Komplikationen nicht in Behandlungsfehler münden 8
Erfahrungsaustausch zu Berufsausübung der tschechischen und sächsischen Kammern 10
Aktuelle ZBS-Leserfrage 11
Spitzentreffen der Kammer mit Zahntechniker-innungen 11
Bestellung ehrenamtlicher Richter 12
Studententreffen 12
Erik Bodendieck neuer Präsident der Sächsischen Landesärztekammer 14
„www.zahnaerzte-in-sachsen.de“ auf dem Prüfstand 14
GEMA-Gebühren für Radiomusik in Praxen entfallen 14
Praxisausschreibung 15
Neuzulassungen im KZV-Bereich Sachsen 15

Redaktionsschluss für die Ausgabe Oktober ist der 16. September 2015

Fortbildung

Frühjahrstagung der Gesellschaft für ZMK Dresden e. V. 24
Orale Gesundheit und „Fast Food“ 26
Gibt es Indikationen für Devitalisierungspasten? 31

Termine

Patientenakademie 15
Stammtische 15
Kurse im September/Oktober 2015 16

Praxisführung

Identische Erneuerung und Wiederherstellung an implantatgetragenem Zahnersatz (Teil 8) 18
Aktuell mit dem GOZ-Infobrief 20
Wie geht das mit der Analogie? 20
GOZ-Telegramm 21
Das Wohnortprinzip – gültig für alle gesetzlichen Kassen 22

Recht

Dokumentation und Aufklärung – schon verloren, wenn die Dokumentation fehlt? 23

Personalien

Nachrufe, Nachruf für Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch 9
Geburtstage 35

Impressum

Zahnärzteblatt SACHSEN

Herausgeber
Informationszentrum Zahngesundheit Sachsen

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

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

Redaktion
Gundula Feuker, Beate Riehme

Mitarbeiterin
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
5.365 Druckauflage, II. Quartal 2015

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

© 2015 Satztechnik Meißen GmbH

ISSN 0938-8486

Generation Y und die zahnärztliche Berufsausübung von morgen

Die Obleute und Vertreter der KZV Sachsen versuchten beim diesjährigen Obleutetreffen am 26. Juni 2015 in Dresden, gemeinsam mit dem Trendforscher Dr. Jörg Wallner einen Blick in die Zukunft zu werfen. Eine steigende Lebenserwartung sowie die neue Zahnarztgeneration – Generation Y – sollen dann wohl die Praxistätigkeit bestimmen.

Dr. Thomas Breyer moderierte die Podiumsdiskussion mit Dr. Jörg Wallner, Juliane von Hoyningen-Huene, Dr. Volker Ulrici sowie Jens Leutloff (v.l.n.r.)

Trends in der ambulanten Zahnmedizin

Im ersten Vortrag illustrierte Jens Leutloff, Prokurist, Bereich Gesundheitsmärkte und -politik der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, die aktuelle Situation in der ambulanten Zahnmedizin Deutschlands. Er konstatierte eine Abnahme der Anzahl der wirtschaftlich selbständigen Zahnärzte um rund 1.600 in einem Zeitraum von 2009 bis 2013. Demgegenüber ist die Zahl der angestellten Zahnärzte im gleichen Zeitraum um knapp 4.000 angestiegen. Des Weiteren wurden die Ergebnisse der Studie „Chance Niederlassung“ präsentiert, die im Auftrag der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführt wurde. Als Fazit dieser Studie lässt sich feststellen, dass sich die zahnärztlichen Existenzgründer immer später niederlassen und die Zahl der Praxen bei gleichzeitig steigender Zahl der approbierten Zahnärzte sinkt. Der Trend geht hier zu größeren Struktureinheiten (Vielbehandlerpraxen).

„Blick in die Zukunft“

Im Hauptvortrag, der mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank ermöglicht wurde, referierte der Futurologe Dr. Jörg Wallner über die Zukunft der Arbeit und Trends der heilberuflichen Entwicklung auf der Grundlage der neuen technologischen Möglichkeiten. Demnach gleicht das Tempo der technologischen Entwicklung einer exponentiellen Funktion, wobei ein Blick 10 Jahre in die Zukunft einem Rückblick 20 Jahre in die Vergangenheit ähneln soll. Hierbei prognostiziert er eine rasante Entwicklung im Bereich des Internets, die in einer Digitalisierung nahezu aller Lebensbereiche münden, was den Gesundheitssektor bereits heute einschließt und auch in Zukunft mannigfaltig beeinflussen wird.
Er sieht die Digitalisierung als Herausforderung, aber auch als Chance für eine neue Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit. Es werden sich seiner Meinung nach neue Handlungsschwerpunkte mit Prävention, Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, Erhöhung des Behandlungsaufwandes und Ungleichverteilung

Die Obleute und Vertreter erfuhren während der Referate und der Podiumsdiskussion, wie sich die technologischen sowie soziologischen Veränderungen auf die Arbeit in den Zahnarztpraxen auswirken könnten

der medizinischen Ressourcen (Stadt-Land-Gefälle) ergeben, die auch mithilfe der Digitalisierung und Vernetzung in Lösungsstrategien münden könnten.

„Generation Y“

Falls es dem geneigten Leser mit dem Verständnis so gehen sollte, wie dem Autor: In der Soziologie wird als „Generation Y“ diejenige bezeichnet, deren Mitglieder im Zeitraum von etwa 1990 bis 2010 zu den Teenagern zählten. Je nach Quelle wird diese Generation auch als Millennials (zu deutsch etwa die Jahrtausender) bezeichnet, so Wikipedia. Mit deren Arbeits- und Wertvorstellungen machte uns Juliane von Hoyningen-Huene (stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) vertraut.

Struktureinheit Vielbehandlerpraxis

Kollege Dr. Volker Ulrici ermöglichte abschließend Einblicke in eine große Struktureinheit (Vielbehandlerpraxis). Er zeigte die Möglichkeiten auf, die aus dem zunehmenden Anstellungswunsch zahnärztlicher Kollegen zum einen und dem Aufeinandertreffen und gelegentlichen Reiben zwischen unterschiedlichen Generationen zum anderen resultieren können.

Die anschließende Podiumsdiskussion wurde von Dr. Thomas Breyer, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KZV Sachsen, moderiert. Ein klares Nein zum Tod der Einzelpraxen kam hier von Herrn Leutloff (Apobank). Kritisch angemerkt wurde ein zunehmender Einzug wirtschaftlicher Abwägungen in die Behandlungsabläufe. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen betriebswirtschaftlichen Belangen und (zahn)medizinischen Erfordernissen wurde angemahnt (Stichwort Kommerzialisierung großer Struktureinheiten). Ein ausgewogenes Nebeneinander kleiner und großer Struktureinheiten wurde als sinnvoll erachtet.

Dr. med. dent. Thomas Grimm

KZV-Vertreter diskutieren Notfalldienstordnung

Am 27. Juni 2015 pünktlich 9 Uhr begrüßte Dr. Thomas Breyer in Dresden die 36 anwesenden gewählten Vertreter, Obleute, den Vorstand der KZV und ganz besonders Frau Gorski-Goebel, die erstmals in ihrer Funktion als Geschäftsführerin der KZV an der Vertreterversammlung teilnahm.

In seinem Bericht betonte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, dass man eher pessimistisch in die Vertragsverhandlungen für 2015 gegangen sei, jedoch positiv überrascht wurde. Bis Ende Juni konnten bereits alle Verhandlungen mit den Krankenkassen abgeschlossen werden.
Dr. Nikolaus wird seine Tätigkeit für die KZV Ende 2015 beenden. Deshalb ist es notwendig, in der nächsten VV ein neues hauptamtliches Vorstandsmitglied zu wählen. Dr. Breyer informierte, dass dem Findungsgremium, welches diese Wahl vorbereitet, nach Ablauf der Bewerbungsfrist zwei Bewerbungen vorliegen. Nach Abschluss der Gespräche und Vertragsverhandlungen werden die Vertreter fristgerecht informiert.

Punktwerte erfolgreich verhandelt

Es folgte der Bericht des Vorstandes von Dr. Holger Weißig. Er informierte detailliert über die z. T. äußerst schwierigen Vertragsverhandlungen mit den einzelnen Krankenkassen. Er ist besonders froh, dass es gelungen ist, alle Verhandlungen mit den Kassen abzuschließen – selbst mit den vdek-Kassen, wo wir noch letztes Jahr in das Schiedsamt mussten. Nochmals erklärte er, dass der ZE-Punktwert auf Bundesebene verhandelt wird. Ausgehend davon, dass die bundesweiten ZE-Verhandlungsergebnisse als Maß der Dinge gelten, könne man in Sachsen durchaus eine positive Bilanz ziehen. Denn mit den sächsischen Vertragsabschlüssen habe man letztlich über das gesetzliche Maß hinaus einen Ost-West-Angleich erreichen können. Um auch weiterhin belastbare Zahlen und Argumente für Vertragsverhandlungen zu haben, bat Dr. Weißig die Kollegen, sich an der Kostenstrukturerhebung der KZBV zu beteiligen.

Prophylaxe für Jung und Alt

In Vorbereitung gestellter Anträge erläuterte der Vorstandsvorsitzende die Entwicklung der Vergütung der Gruppenprophylaxe. Seit Jahren bewegt sich nichts und die Verhandlungen mit den Krankenkassen sind erneut gescheitert. Gemessen an der Inflationsrate sind 60 Euro je Stunde die Mindestforderung, wobei jedem klar ist, dass es sich dabei lediglich um eine Aufwandsentschädigung handelt. Tatsächliche Kosten sind damit nicht gedeckt. Es scheint bei den Krankenkassen an Wertschätzung für diese ehrenamtliche Tätigkeit zu fehlen.
Es gibt auch Positives von den Kassen zu berichten. Mit der DAK konnte ein kollektiver Selektivvertrag zur Erhaltung der Mundgesundheit bei jungen Familien abgeschlossen werden. Dieser beinhaltet ab 1. Oktober 2015 die Möglichkeit einer FU bereits ab dem 6. Lebensmonat und gleichzeitig eine IP der Mutter, im Sinne von Beratung zur Entwicklung, Kariesprophylaxe, Ernährung etc.
Auch die ältere Generation wird verstärkt betreut. Dr. Weißig berichtete, dass derzeit 113 Zahnarztpraxen insgesamt 148 Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen haben.
Klare gesetzliche Vorgaben, wie z. B. der Sicherstellungsauftrag, sowie aktuell aufgetretene Probleme bei der Auslegung der Notfalldienstordnung durch einzelne Vertragszahnärzte machen es notwendig, die Notfalldienstordnung zu ändern bzw. zu konkretisieren. Dr. Weißig dankte dem Satzungsausschuss für seine Arbeit und beton-

Geschäftsführerin Meike Gorski-Goebel und der Erweiterte Beratungskreis informierten gemeinsam mit dem Vorstand die anwesenden Vertreter zu aktuellen standespolitischen Entwicklungen im Bereich der KZV Sachsen

te in diesem Zusammenhang aber auch, dass z. B. Änderungen bei historisch gewachsenen Strukturen nicht Reglementierung, sondern auch Erleichterung sein können. In der Tat gibt es in den einzelnen Bereichen völlig verschiedene Regelungen.

Compliance-Leitlinie und Internetkompendium

Der Vorstandsvorsitzende informierte die Kollegen auch über die Arbeit auf Bundesebene. Besonders zu erwähnen sei die von der KZBV in erweiterter Fassung verabschiedete Compliance-Leitlinie. Darin festgeschrieben ist geltendes Vertragszahnarztrecht. Sollte eine Rechtswidrigkeit bekannt werden, muss die KZV dies zur Anzeige bringen. Näheres und spezielle Beispiele sind auf unserer Homepage nachzulesen.
Abschließend informierte Dr. Weißig über das Projekt der Körperschaften, ein Internetkompendium zu erstellen. Ein ambitioniertes Vorhaben, am Ende soll es ein Standardwerk – ähnlich einem Lexikon – für unsere tägliche Arbeit werden, mit dem Ziel, Bürokratie abzubauen und den Service für die Kollegen deutlich zu erhöhen. Dies steht im Zusammenhang mit einem neuen Internetauftritt, der nach über acht Jahren notwendig ist und vor allem zeitgemäßer werden muss.
Neues gibt es auch von der elektronischen Gesundheitskarte. Im IV. Quartal 2015 sollen die ersten „friendly user" mit dem Testbetrieb beginnen. Es wird mit etwa 60 teilnehmenden sächsischen Praxen gerechnet. Die KZV müsste dann mit der Herausgabe der Praxiskarte (SMC-B-Karte) an die Testpraxen beginnen. Mit dem Online-Rollout an alle sächsischen Praxen ist im zweiten Halbjahr 2016 zu rechnen.

Einstimmig beschlossene Anträge

Nach kurzer Diskussion wurde über die vorliegenden Anträge diskutiert und abgestimmt.
Einstimmig wurde beschlossen, den Gesetzgeber aufzufordern, Früherkennungsuntersuchungen bereits ab 6. Lebensmonat in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen.
Der Antrag an die sächsische Staatsregierung, sich für den Erhalt der Freien Berufe einzusetzen, wurde kurzfristig modifiziert, da sich der Landtag Mitte Juni bereits mit diesem Thema befasst hat.
Ebenfalls einstimmig wurde eine Änderung der Geschäftsordnung der VV beschlossen.

Antrag zur Änderung der Notfalldienstordnung rücküberwiesen

Nach einer kurzen Pause verlas Dr. Uwe Reich, Vorsitzender der Satzungskommission, den Antrag zur Änderung der Notfalldienstordnung. Notwendig wird diese, da Notfalldienst auch in der sprechstundenfreien Zeit zu gewährleisten ist und die Terminologie bisher dazu nicht ausreicht. Regelungen zur Rufbereitschaft müssten konkretisiert werden und es ist eine genaue Definition des Beginns und Endes des Notfalldienstes notwendig. Außerdem ist geplant, zukünftig die Notfalldienstkreise vom Vorstand der KZV festlegen zu lassen.
In der sich anschließenden, sehr sachlich geführten Diskussion wurde deutlich, wie verschieden die bisherige Notfalldienstordnung in den einzelnen Gebieten gehandhabt wird. So gibt es z. B. Bereiche mit wochenweiser Einteilung, welche mit Dienst ab Freitag 19 Uhr, andere mit Dienst nur Samstag/Sonntag und so weiter. Auch die Möglichkeit der Befreiung vom Notfalldienst ist unterschiedlich bzw. gar nicht geregelt.
Sollte bereits in einer Präambel betont werden, dass durch die KZV auch in der sprechstundenfreien Zeit eine Versorgung sicherzustellen ist? Wiederholt wurde mit Hinweis auf § 75 SGB V betont, dass ein Zahnarzt jederzeit für Notfälle zur Verfügung stehen muss. Was ist ein Notfall und wie kann dies dem Patienten vermittelt werden? Ist es für ihn zumutbar, mehrere Kilometer zum nächsten Bereitschaftsdienst zu fahren? Wie viel Interpretationsspielraum bekommt der einzelne Notfalldienstbereich und wie liberal sollte formuliert werden? Oder doch Regelungen en détail? Welche Rolle können die Unikliniken spielen? Ist zwischen Versorgung in den Großstädten und der „auf dem Land" zu differenzieren? Intention des Vorstandes ist es, den Kollegen Sicherheit und Schutz zu geben, ohne zu sehr einzuschränken, jedoch den Vorgaben des Gesetzgebers Rechnung zu tragen. Durch die lange Diskussion wurde klar, dass es mehr Fragen als Antworten gibt. Es wurde deshalb beantragt, den Antrag zur Neuregelung der Notfalldienstordnung in den Ausschuss zurückzuüberweisen, um all die guten Gedanken und Anregungen einzuarbeiten. Dies wurde mit großer Mehrheit befürwortet.
Nach Bekanntgabe weiterer Termine beendete Dr. Breyer die Versammlung.

Dr. med. Angela Grundmann

Damit Komplikationen nicht in Behandlungsfehler münden

Am 29. Mai 2015 fand im Zahnärztehaus Dresden unter der Leitung von Gutachterreferent Dr. med. habil. Volker Ulrici traditionell ein Gutachterstammtisch statt, zu dem alle sächsischen Vertragsgutachter herzlichst eingeladen waren. An der als zusätzliche Fortbildung angebotenen Veranstaltung beteiligten sich 90 Gutachter.
Zum Thema **„Prothetische Misserfolge – Analyse und Vermeidung“** referierte Univ.-Prof. Dr. med. dent. Klaus Böning, Leiter der Vorklinik Zahnmedizin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden.
Mit einem Zitat der Tennislegende Boris Becker: „Aus meinen Misserfolgen habe ich mehr gelernt als aus meinen Erfolgen“ leitete Prof. Böning seinen Vortrag ein und generierte damit schon erstmals die Zustimmung der Zuhörer.
Er verwies außerdem auf die Besonderheiten prothetischer Misserfolge hinsichtlich entstehender Folgekosten, der exponierten Stellung des prothetisch tätigen Zahnarztes, der psycho-sozialen Komponenten, der Frage der Biomaterialien und der Patientensicht eines Handwerkermodells, die mit einer Erwartungshaltung an die prothetische Arbeit, einem Gewährleistungsanspruch und einer ggf. reduzierten Adaptationsfähigkeit verbunden sind. Anhand von zehn Misserfolgsfällen wurden im Wesentlichen sechs Thematiken anschaulich dargestellt und ausführlich erörtert.
So widmete sich Prof. Böning dem Zerstörungsgrad und der unzureichenden Stabilisierung vorgeschädigter Zähne und legte dabei besonderes Augenmerk auf die Überkronung avitaler Zähne unter besonderer Berücksichtigung der Präparationsregeln mit einer zirkumferenten, zervikalen Fassung des Dentinrandes von 1 – 2 mm, auch unter den Begriffen Fassreifeneffekt oder Ferule Design bekannt. Einer kritischen Wertung wurden dabei weitspannige Brücken, Extensionsbrücken und Doppelkronen unterzogen, die einer uneingeschränkt hohen und kompromisslosen Zahn- bzw. Pfeilerqualität bedürfen.
Ein weiterer Schwerpunkt galt funktionellen Belastungsfragen unter Berücksichtigung der Gegenkiefersituationen. Ganz konkret wurde die Thematik langer Freiendsättel und einer festsitzenden Gegenbezahnung erörtert.

Dabei wurden folgende **allgemeingültige Hinweise** herausgearbeitet:
- Die klassische 2-Teleskoplösung hat eine hohe Komplikationsrate.
- Eine Aufstellung von Zähnen im distalen Drittel eines Freiendsattels sollte vermieden werden.
- Deckprothesen sollten in der Regel nicht mit retentiven Doppelkronen ausgestattet sein, sondern flache Stützkoni sollten anstelle von Teleskopkronen zum Einsatz kommen.

Das dritte Themengebiet beschäftigte sich mit Extensionsbrücken sowie Monoreduktoren und mündete in einer **eindeutigen Stellungnahme** dazu.
Monoreduktoren als eine besondere Form der Extensionsbrücke sind generell obsolet und nicht mehr Bestandteil einer gesetzlichen Zahnersatzversorgung. Extensionsbrücken bedürfen vitaler Pfeilerzähne mit geringem Substanzverlust sowie einer steilen retentiven und substanzschonenden Präparation. Eine generelle Kontraindikation stellen endodontisch vorbehandelte Zähne mit umfangreichen Aufbaufüllungen und Stift-Stumpf-Aufbauten dar.
Im Weiteren unterzog Prof. Böning weitspannige Brücken mit einem Unterstützungsimplantat einer kritischen Bewertung. Der dargestellte Fall dokumentierte eine Dezementierung der Brücke durch eine „Schaukelbewegung“ über dem Implantat. Begrenzte zahntechnische Präzision und die unterschiedlichen Mobilitätsgrade osseointegrierter Implantate und natürlicher Zähne sind hier maßgebliche Ursachen.
Eine außerordentlich kritische Bewertung galt der Thematik der Bisserhöhungen mit dem unmissverständlichen **Hinweis auf Vorsicht** bei solch geplantem therapeutischen Vorgehen. Eine Veränderung in der vertikalen Dimension erfordert immer eine präprothetische Vorbehandlung. Abrasionen sind auch keine Erkrankung! Nach Berry und Pole, 1976 kompensieren Sekundärdentinbildung, Alveolarfortsatzwachstum und Adaptation der Kaumuskulatur die Abrasion, und man kann nicht automatisch bei einer Abrasion von einer Bisssenkung ausgehen. Wird allerdings die prothetische Versorgung eines Abrasionsgebisses erforderlich, so ist generell die Frage nach der Platzgewinnung für den prothetischen Ersatz von größter Bedeutung. Dies gelingt additiv durch eine Bisserhöhung oder subtraktiv durch eine chirurgische Kronenverlängerung.
Das Thema werkstoffkundlicher Problematiken insbesondere bei implantatgetragenem Zahnersatz ist von hoher Brisanz und für jeden Kollegen von uns von immenser Praxisrelevanz. Die signifikant höhere Chippingrate bei verblendeten Zirkoniumdioxidgerüsten im Vergleich zu metallkeramischen Konstruktionen sollte bei implantat-prothetischen Versorgungen Berücksichtigung finden. Nach Prof. Böning folgt die Lehrmeinung in Dresden einer grundsätzlichen Zurückhaltung bei Zirkoniumdioxid als Gerüstwerkstoff für implantatgetragenen Zahnersatz.
Resümee dieses außerordentlich interessanten und aufschlussreichen Vortrages ist die Erkenntnis, dass Komplikationen nicht gleich Behandlungsfehler sind – aber Komplikationen durch nicht indizierte Folgemaßnahmen in Behandlungsfehler münden können.
Abschließende Worte unseres Gutachterreferenten Dr. Volker Ulrici, verbunden mit einem großen Dank an unseren kompetenten und fachkundigen Referenten sowie einem großen Dank der hervorragenden Organisation der KZV-Mitarbeiterinnen, beendeten diesen Gutachterstammtisch als eine gelungene Veranstaltung, die von allen Teilnehmern mit sehr guter Resonanz aufgenommen wurde.

Dr. med. dent. Andreas Höfner

Nachruf für Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch

Wir erhielten die traurige Mitteilung, dass Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, langjähriger Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer, am 7. Juli 2015 verstorben ist.
Nach dem Studium der Zahnmedizin und Medizin führte der berufliche Werdegang den geborenen Kölner über Mainz, Essen und Kiel schließlich 1993 nach Dresden, wo er als Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie und Therapie der Medizinischen Fakultät der Technische Universität Dresden und des Forschungsverbundes Public Health Sachsen tätig war. 2001 war Prof. Kirch der wissenschaftliche Leiter des damals Sächsischen Zahnärztetages.
Für seine prägenden Verdienste erhielt der Arzt und Zahnarzt im Oktober 2010 von der BZÄK die Silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft.

Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.
Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Die Landeszahnärztekammer Sachsen

Wir trauern um unsere Kollegen

Dr. med. dent. ***Werner Böhme***
(Meißen)
geb. 01.08.1928 gest. 25.01.2015

Dipl.-Stom. ***Matthias Eschler***
(Waldheim)
geb. 23.10.1959 gest. 27.05.2015

Dipl.-Med. ***Egbert Hoffmann***
(Hoyerswerda)
geb. 21.08.1953 gest. 15.06.2015

Wir trauern um unsere Kollegin

Zahnärztin ***Anneliese Seifert***
(Dresden)
geb. 25.01.1924 gest. 04.07.2015

Wir werden Ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

FACH DENTAL
LEIPZIG 2015

11. – 12. SEPTEMBER
LEIPZIGER MESSE

Über 200 Aussteller präsentieren ihr umfangreiches Produkt- und Dienstleistungsportfolio für Zahnmedizin und Zahntechnik. Sammeln Sie bis zu zehn Fortbildungspunkte auf dem Symposium des Dental Tribune Study Clubs und informieren Sie sich auf der Messe über die Top-Themen:

- **Digitaler Workflow – vom Scan bis zum Zahnersatz**
- **Implantologie – Spezialwissen vertiefen**
- **Hygiene in Praxis und Labor**

www.fachdental-leipzig.de

Veranstalter: Die Dental-Depots in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Erfahrungsaustausch zu Berufsausübung der tschechischen und sächsischen Kammern

Am 17. Juni trafen sich die Präsidien der tschechischen und sächsischen Zahnärztekammer in Dresden. Die Teilnehmer führten einen intensiven Meinungsaustausch über die Berufsausübung der Zahnärzte in Deutschland und Tschechien.

Ph Dr. Ladislav Solc, Chefredakteur des Journals LKS, Dr. Hans-Rainer Fischer, Zahnarzt in Sachsen und Dolmetscher, RN Dr. Marie Svabova, Büroleiterin in der Tschechischen Kammer, MU Dr. Robert Houba, Vizepräsident, MU Dr. Pavel Chrz, Präsident der Tschechischen Kammer, Dr. Mathias Wunsch, Präsident der LZK Sachsen, Sabine Dudda, Geschäftsführerin und Dr. Thomas Breyer, Vizepräsident der LZKS

Die tschechischen Vertreter unter Leitung des Präsidenten der Kammer, MU Dr. Pavel Chrz, berichteten über die zahnmedizinische Versorgung in der tschechischen Republik. Derzeit gibt es dort rund 8.000 berufstätige Zahnärzte. Davon sind 5.100 Zahnärztinnen und 2.900 Zahnärzte.
Es gibt, ähnlich wie in Sachsen, eine Fachzahnarztweiterbildung für Kieferorthopäden und Oralchirurgen. Die Prüfung allerdings wird in der Tschechischen Republik von staatlichen Stellen abgenommen.
Die tschechische Zahnärztekammer ist für das ganze Land zuständig, und wird wie bei uns durch einen ehrenamtlichen Vorstand geführt. Es gibt 61 regionale nicht selbstständige Unterabteilungen der Kammer, in denen die Zahnärzte auf lokaler Basis organisiert sind. Alle vier Jahre finden Wahlen statt, wobei 94 Mitglieder der Kammerversammlung gewählt werden, welche aus ihren Reihen den Präsidenten, den Vizepräsidenten und die weiteren Vorstandsmitglieder wählen.
Die Kollegen berichteten weiterhin, dass 6 Prozent der berufstätigen Zahnärzte eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen. Die meisten davon kommen aus der Ukraine und aus Russland. In diesem Jahr zunehmend auch aus China. Grund dafür ist ein Besuch des tschechischen Staatspräsidenten im vergangenen Jahr in China. Dabei hat er auf die geringe Versorgungsdichte in der tschechischen Republik hingewiesen.
Im Gegensatz zu Deutschland können die tschechischen Kolleginnen und Kollegen direkt nach dem Studium eine vertragszahnärztliche Tätigkeit aufnehmen. Allerdings erfolgt die Zulassung durch die Kassen. Da aber in weiten Teilen der tschechischen Republik eher eine Unterversorgung herrscht, gibt es auch mit der Zulassung keine Probleme.
Alle Bürgerinnen und Bürger sind kassenversichert. Es existiert eine Kassengebührenordnung, die zwischen dem Verband der wenigen Krankenkassen und der Zahnärztekammer ausgehandelt wird. Sollte es zu keiner Einigung kommen, entscheidet das Ministerium. Das war aber in den letzten 20 Jahren erst zweimal der Fall.
Die Zahnärzte rechnen nach der Kassengebührenordnung, die die Leistung direkt in Kronen bemisst, also nicht wie bei uns den Umweg über einen Punktwert geht, mit den Kassen ab. Eine Budgetierung gibt es nicht. Auch eine Kassenzahnärztliche Vereinigung ist in der tschechischen Republik nicht vorhanden. Alle Leistungen, die nicht in der Gebührenordnung stehen, werden mit den Patienten abgerechnet. Der Kassenkatalog ist im Gegensatz zu uns stark eingeschränkt und die Bewertung ist deutlich geringer.
Auch in der tschechischen Republik gibt es einen Mindestlohn, der aber so niedrig ist, dass er in der Tätigkeit der Zahnarztpraxen keine Rolle spielt. Auf Anregung der Zahnärztekammer zahlen die Krankenkassen im Rahmen der Qualitätsförderung den Zahnärzten, die eine bestimmte Fortbildungsintensität nachweisen, eine höhere Vergütung.
Dies war einer der wenigen Punkte, wo sächsische und tschechische zahnärztliche Standespolitiker einen unterschiedlichen Standpunkt haben. Ansonsten sind die Probleme auf beiden Seiten der Grenze ähnlich gelagert. Insbesondere die zunehmende Bürokratisierung und die Tendenz des Staates, sich immer stärker in die Berufsausübung einzumischen, sind beiden Systemen offensichtlich immanent.
Jedes Jahr im Herbst veranstaltet die tschechische Zahnärztekammer in Prag einen großen Kongress unter dem Titel Prag-Dental-Days.
Der gut vierstündige Gedankenaustausch endete in einem Rundgang durch das Zahnärztehaus, in dem insbesondere die Fortbildungsakademie das Interesse der Gäste fand. An dieser Stelle gilt der Dank der Landeszahnärztekammer Sachsen unserem Kollegen Dr. Hans-Rainer Fischer, der die gesamte Zeit mit einer grandiosen simultanen Übersetzungsleistung zur Völkerverständigung zwischen Tschechen und Sachsen einen entscheidenden Beitrag leistete.

Dr. Thomas Breyer

Aktuelle ZBS-Leserfrage

Eine aktuelle Frage zum Thema Urlaub erreichte uns von einer Zahnärztin, die eine Auszubildende in ihrer Praxis beschäftigt:

Welche Möglichkeiten hat der/die Ausbilder/in, wenn in der Berufsschulzeit die Praxis geschlossen ist (z. B. wegen Urlaub)?
Der Urlaub eines/einer Auszubildenden soll lt. Ausbildungsvertrag § 6/3 zusammenhängend und in der Zeit der Berufsschulferien erteilt und genommen werden. Für den Fall, dass der/die Ausbilder/in Urlaub außerhalb der Schulferien geplant hat, muss er dafür Sorge tragen, dass der/die Auszubildende in dieser Zeit den Ausbildungspflichten nachkommen kann.
Ergibt sich diese Situation, so besteht die Möglichkeit, die/den AZUBI zur Hospitation in eine andere Zahnarztpraxis oder in ein zahntechnisches Labor zu delegieren. Ziel sollte es sein, Kenntnisse und Fähigkeiten zu vertiefen, Einblicke in ein anderes Fachgebiet der Zahnmedizin zu ermöglichen sowie andere Organisationsformen und Arbeitsweisen kennenzulernen.
Es ist zu beachten, dass dem/der Auszubildenden keine zusätzlichen Kosten (z. B. Fahrkosten) entstehen.
Die Zahlung der Ausbildungsvergütung erfolgt in der Regel weiterhin vom/von der delegierenden Zahnarzt/Zahnärztin.

Ressort Ausbildung

Spitzentreffen der Kammer mit Zahntechnikerinnungen

Ende Juni trafen sich Präsident Dr. Mathias Wunsch und Vizepräsident Dr. Thomas Breyer mit den Obermeistern der Sächsischen Zahntechnikerinnungen Lutz Bigl, Innungsbereich Westsachsen, und Achim Schubert, Innungsbereich Dresden-Leipzig.

Grund für das Treffen war primär die Auftraggeberhaftung des Zahnarztes nach dem Mindestlohngesetz.
Die Vertreter der Innung und der Landeszahnärztekammer sind sich einig darüber, dass die Innungsbetriebe den Zahnärzten in geeigneter Weise die Einhaltung des Mindestlohngesetzes bestätigen.
Übereinstimmung bestand auch darin, dass das Zahntechnikerhandwerk derzeit einem starken Wandel unterliegt. Auf der einen Seite kommt es zur Konzentration größerer zahntechnischer Einheiten, auf der anderen Seite schreitet die Industrialisierung des Handwerkes durch Fräszentren und CAD/CAM-Technik weiter voran. Die Anzahl der Innungsbetriebe liegt in Sachsen bei etwa 50 Prozent der Handwerksbetriebe. Die Auftragslage hat sich auf niedrigem Niveau konsolidiert. Nach Angaben der Vertreter der Zahntechniker liegt der Unterschied der Zahntechnikpreise im Vergleich zu den alten Bundesländern bei etwa 5 bis 7 Prozent.
Der Bereich des Auslandszahnersatzes lässt sich naturgemäß schwer einschätzen, wird aber als relativ konstante Größe angesehen. Auch in der Zahntechnik gibt es einzelne Betriebe, die mit Auslandszahnersatzanbietern zusammenarbeiten.
Präsident Dr. Wunsch sprach noch einmal die sensible Zusammenarbeit zwischen Zahntechniker und Zahnmediziner im direkten Patientenkontakt an. Er machte auf die Grenzen des Zahnheilkundegesetzes aufmerksam, die eine Arbeit des Zahntechnikers im Mund des Patienten untersagt. Vertreter der Innungen bestätigten, dass auch sie ihre Betriebe in dieser Richtung sensibilisieren. Insgesamt kann die Zusammenarbeit der Landeszahnärztekammer mit den Innungen als äußerst konstruktiv eingeschätzt werden. Debatten, wie auf Bundesebene, wo einzelne Zahntechnikerinnungen das Praxislabor kriminalisieren, finden in Sachsen traditionell nicht statt.
Die Teilnehmer verständigten sich darauf, den Kontakt auch weiterhin in gewohnter Weise zu pflegen.

Dr. Thomas Breyer

Anzeigen

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

FUNKTION UND DESIGN INNENEINRICHTUNGS GMBH

Wir fertigen für Sie nach individueller Planung

Rezeptionen
Behandlungszeilen
Arbeitszeilen für Labor und Steri
Umzüge
Ergänzungen der vorhandenen Einrichtung

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

Bestellung ehrenamtlicher Richter

Bestellung der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Landgericht Dresden nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz

Das Sächsische Staatsministerium der Justiz hat mit Wirkung vom 1. Oktober 2015 für die Dauer von fünf Jahren nachfolgend genannte Kolleginnen und Kollegen zum ehrenamtlichen Richter des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Landgericht Dresden nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz bestellt:

Herr Dr. med. **Achim Awißus**
Zahnarzt in Annaberg-Buchholz
Herr Dipl.-Stom. **Karl-Dieter Bell**
Zahnarzt in Taucha
Herr Dr. med. **Hans-Lutz Erler**
Zahnarzt in Weißenborn
Herr Dr. med. dent. **Tobias Gehre**
Zahnarzt in Leipzig
Frau Dr. med. **Angela Grundmann**
Zahnärztin in Löbau
Herr Dr. med. **Andreas Hillmann**
Zahnarzt in Leisnig
Herr Dipl.-Stom. **Bertold Kunze**
Zahnarzt in Coswig

Bestellung der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Dresden nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz

Das Sächsische Staatsministerium der Justiz hat mit Wirkung vom 1. Januar 2016 für die Dauer von fünf Jahren nachfolgend genannte Kolleginnen und Kollegen zum ehrenamtlichen Richter des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Dresden nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz bestellt:

Herr Prof. Dr. med. dent. **Christian Hannig**
Zahnarzt in Dresden
Frau Dr. med. **Grit Hantzsche**
Zahnärztin in Pirna
Herr Dipl.-Stom. **Dirk Lachmann**
Zahnarzt in Leipzig
Herr Dr. med. dent. **Frank Liebetrau**
Zahnarzt in Plauen
Herr Dr. med. dent. **René Loos**
Zahnarzt in Chemnitz
Herr Dipl.-Stom. **Edgar Schenk**
Zahnarzt in Zwickau
Herr Dipl.-Stom. **Andreas Tschöpe**
Zahnarzt in Oelsnitz
Herr Dr. med. dent. **Thorsten Werner**
Zahnarzt in Werdau
Herr **Martin Zeitschel**
Zahnarzt in Meißen

Ich danke allen genannten Kolleginnen und Kollegen für ihre Bereitschaft, dieses Ehrenamt zu übernehmen. In den vergangenen 25 Jahren wurde durch die Landeszahnärztekammer Sachsen weder das Berufsgericht noch das Landesberufsgericht in Anspruch genommen.

Dr. Mathias Wunsch
Präsident der LZKS

Studententreffen

„Zusammen ist man weniger allein" – Dieser Roman- und Filmtitel trifft auch auf die Zahnärzte und -ärztinnen in Sachsen zu. Da jedoch der Beruf des Zahnarztes mit dem des gemeinen gallischen Druiden nur die scharfe Klinge und die Farbe der Arbeitskleidung teilt, zeigen sich auch in den Gemeinschaften signifikante Unterschiede.
So trafen sich am 20. Mai 2015 34 Dresdner und 18 Leipziger Studenten in der Landeszahnärztekammer, um diese, ihre Aufgaben und ihre Räumlichkeiten auf der Schützenhöhe kennenzulernen. Gewohnt zeitplanbewusst gingen die Dozenten auf die Historie und Bedeutung der Kammer für den praktizierenden Zahnmediziner ein, wobei Herr Dr. Wunsch in seiner Funktion als Präsident der LZK Sachsen sowohl den Anfang als auch das Ende der Vorträge bildete. Besonders beliebt bei den Studenten, von denen sich die meisten im Abschlussjahr ihrer Ausbildung befinden, ist auch die Vorstellung von in Sachsen tätigen Zahnärzten, die auf Assistentensuche sind. Bei dem anschließenden Essen war die Möglichkeit gegeben, mit diesen erste Kontakte zu knüpfen oder sich mit Kommilitonen aus der jeweils anderen Universität auszutauschen.
Herr Prof. Böning bot im Anschluss noch einen Rundgang durch das Gebäude an und ging hierbei auf die Vorteile der firmen- und konzernunabhängigen Fortbildungen der Kammer ein. So bot sich jedem Studenten ein Einblick auf die Vorzüge des verkammerten Berufes und dem, was die LZK Sachsen seit ihrer Gründung nach der Wiedervereinigung gemacht hat. Gerade in Zeiten der möglichen Beschneidung jener durch die EU, wie dies derzeit bei Architekten diskutiert wird, ist diese Erfahrung viel wert – streng nach dem Motto: Wenn jeder allein sein Süppchen kocht, wird selten ein Zaubertrank daraus.

Florian Gethöffer

Keine GEMA-Gebühr für Hintergrundmusik in Zahnarztpraxen

Bundesgerichtshof folgt EuGH-Rechtsprechung

Musik kann beruhigend wirken, vor allem als „fast unhörbare“ Hintergrundmusik in Zahnarztpraxen – bei langwierigen Behandlungen wie auch im Wartebereich. Doch bislang stand auch die deutsche Musikverwertungsgesellschaft GEMA mit im Wartezimmer oder am Behandlungsstuhl und forderte Gebühren. Die Höhe der Gebühren lag zwischen 100 und 900 Euro pro Jahr und hing von der Größe der Praxisräume und davon ab, ob Musik aus dem Radio oder Fernsehen, vom MP3-Player oder per CD abgespielt wird. Die Lizenzgebühren wurden dann an die Urheber weitergeleitet, d. h. an Komponisten, Texter, Verleger.

EuGH und BGH entscheiden zugunsten der Praxisinhaber

Bereits 2012 entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH), dass Tonträger in einer Zahnarztpraxis kostenfrei wiedergegeben werden dürfen. Nach Auffassung der Luxemburger Richter handelt es sich bei der Wiedergabe in der Zahnarztpraxis nicht um eine „öffentliche Wiedergabe“ im Sinne des europäischen Rechts. Die kostenlose Wiedergabe von Tonträgern im Rahmen der Ausübung eines freien Berufs für Patienten, die unabhängig von ihrem Willen in den Genuss dieser Wiedergabe kommen, führe nicht zu einem Anspruch auf Vergütung zugunsten der Tonträgerhersteller. Das Urteil betraf allerdings die italienische Schwester der GEMA, die Verwertungsgesellschaft Società Consortile Fonografici (SCF). Die GEMA hatte daher auch weiterhin ihre Gebühren erhoben. Betroffene Zahnärzte ließen sich das jedoch nicht gefallen. Sie beriefen sich auf das Urteil des EuGH, kündigten den Lizenzvertrag mit der GEMA und beendeten die Zahlung der GEMA-Gebühren. Die GEMA wehrte sich, klagte, jedoch in allen Instanzen ohne Erfolg.
Nun haben auch deutsche Zahnarztpraxen rechtliche Sicherheit. Der Bundesgerichtshof (BGH) entschied, dass die Wiedergabe von Hintergrundmusik in einer Zahnarztpraxis keine vergütungspflichtige Wiedergabe nach dem Urheberrecht darstellt. Der BGH setzt damit das EuGH-Urteil richtlinienkonform in nationales Recht um.

GEMA- und GEZ-Gebühren sind zwei verschiedene Dinge

Auch wenn keine GEMA-Gebühr mehr anfällt. An der GEZ-Gebühr ändert sich nichts. Die Gebühreneinzugszentrale der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten in der Bundesrepublik Deutschland (GEZ) ist die gemeinsame Gebühren- und Teilnehmerverwaltung der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland. Sie zieht die festgesetzten Rundfunkgebühren für Rundfunkempfangsgeräte von allen Rundfunkteilnehmern ein. GEZ-Gebühren müssen auch nach den Entscheidungen des EuGH und des BGH weiter gezahlt werden. Sie fallen immer an, wenn das Wartezimmer per Radio oder TV beschallt wird. Es genügt schon, wenn ein Fernsehgerät im Wartezimmer steht oder wenn nur am Empfang oder im Aufenthaltsraum ein Radio für die Helferinnen aufgestellt wird.

Haben Sie Fragen zu den Themen? Dann sprechen Sie uns an.

Kontakt:

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

ETL | ADMEDIO Pirna
Steuerberatung im Gesundheitswesen

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

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

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

Unternehmen der ETL-Gruppe

Erik Bodendieck neuer Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Der Allgemeinmediziner Erik Bodendieck ist neuer Präsident der Landesärztekammer. Er wurde am Freitag vom Sächsischen Ärztetag zum Nachfolger von Jan Schulze und für fünf Jahre gewählt. Für den 48-Jährigen stimmten 70 Mitglieder der Kammerversammlung, bei zwölf Gegenstimmen und sieben Enthaltungen. Bodendieck, der eine Praxis in Wurzen (Landkreis Leipzig) hat, war seit 2007 Vizepräsident der Landesärztekammer. Der geschiedene Vater dreier Töchter ist auch Diabetologe und arbeitet zudem als Sucht- und Palliativmediziner. Er gehört auch der Bundesärztekammer in Berlin an. Vorgänger Schulze mahnte in der Abschiedsrede einen Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik an. Bürokratie und Ökonomisierung raubten den Ärzten immer mehr Zeit, die für die Behandlung und Zuwendung zum Patienten fehle, kritisierte er. Durch die aktuellen Strukturen werde die Rolle des Arztes karikiert – und ärztlich-ethische Maßstäbe würden reduziert. „Die Politik muss dafür sorgen, dass die Demokratie den Markt bestimmt und nicht umgekehrt“, sagte Schulze. Zudem müssten die Gesundheit selbst stärker gefördert und das Gesundheitssystem auf Vorbeugung ausgerichtet werden.

PM SLÄK

„www.zahnaerzte-in-sachsen.de“ auf dem Prüfstand

Fast acht Jahre ist es her, dass KZV und LZK Sachsen den neuen gemeinsamen Internetauftritt für die sächsischen Zahnärzte starten konnten. Mittlerweile hat sich dieses Medium bei vielen Nutzern etabliert: als unentbehrliche und jederzeit erreichbare Informationsplattform.

Neue Technik für mehr Service

Auf den respektablen Zugriffszahlen ausruhen wollen sich KZV und LZK allerdings nicht, denn es hat sich einiges getan. So gibt es neue Technologien, die den Nutzern ein Mehr an Qualität und Service ermöglichen sollen. Zugleich hat sich das Nutzerverhalten geändert. Gerade die jüngere Generation greift bereits jetzt verstärkt von mobilen Geräten aus auf das Internet zu. Dem wollen sich auch die sächsischen Körperschaften LZK und KZV nicht verschließen.

Erste Aktivitäten laufen

Vor einem Jahr stellte Dr. Holger Weißig, Vorstandsvorsitzender der KZV Sachsen, den Obleuten und Vertretern der KZV das Projekt „Kompendium“ vor. Dankenswerterweise haben sich aus den Reihen der Zahnärzte engagierte Mitstreiter gefunden. Nur mit deren Hilfe und fachlichem Sachverstand wird dieses Projekt realisierbar sein. Am Ende sollen die sächsischen Praxen mit diesem Kompendium schnell und mit wenig Aufwand die gewünschten Informationen bekommen und, so erforderlich, Formulare direkt an die Körperschaften versenden können. Insgesamt möchten wir damit die Praxisverwaltungstätigkeiten erleichtern und entbürokratisieren.
Des Weiteren beschäftigt sich eine gemeinsame Internet-Arbeitsgruppe mit der Neugestaltung des Internetauftrittes. Im Vorfeld hatte sich das IZZ in einer Klausur aufzeigen lassen, welche Potenziale zur Weiterentwicklung der Website bestehen.

Umfrage in den Praxen geplant

Die Vorbereitungen für einen neuen Webauftritt sind also in vollem Gange. Um die Akzeptanz für *www.zahnaerzte-in-sachsen.de* auch in einem erneuerten Format bei den sächsischen Zahnärzten und ihren Teams zu erhalten bzw. zu stärken, möchten wir diese nun gern einbeziehen. Dazu wird es eine Umfrage geben. Diese wird über den Internetauftritt sowie zu den Veranstaltungen Fachdental und Fortbildungstag der LZK Sachsen durchgeführt. Wir hoffen auf rege Beteiligung daran und wünschen uns entsprechend viele kritische Hinweise, Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge aus den Reihen der Nutzer.

GEMA-Gebühren für Radiomusik in Praxen entfallen

Einem hartnäckigen Zahnarzt sei Dank, der die Gebührenpflicht für seine Radiohintergrundmusik bis zum Bundesgerichtshof infrage stellte. Die Richter dort urteilten am 15. Juni 2015 und folgten damit einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes, dass mit dem Abspielen von Radiomusik in den Praxisräumen eine Gebührenpflicht an die Verwertungsgesellschaft GEMA entfällt. Nicht eingeschlossen in dieses Urteil ist das Abspielen anderer Tonträger. Dort besteht weiterhin die Abgabeverpflichtung.

Zahnärzte, die durch dieses Urteil betroffen bzw. besser befreit werden, sollten schnellstens bei der GEMA den Vertrag unter Bezug des Bundesgerichtshof-Urteils (Az.: I ZR 14/14) kündigen und ggf. bereits gezahlte Jahresbeiträge zurückfordern.

Patientenakademie

Termin: Samstag, 7. November 2015
10 bis ca. 13 Uhr
Ort: Zahnärztehaus, Hörsaal Schützenhöhe 11
Dresden
Thema: Hormonelle Umstellungen in verschiedenen Lebensphasen und ihre Auswirkungen auf die Zahn- und Mundgesundheit
Referenten: Dr. med. Maren Goeckenjan (Dresden)
PD Dr. med. habil. Barbara Noack (Dresden)

Im Laufe des Lebens erfährt der menschliche Körper in seinen Entwicklungsphasen verschiedene hormonelle Umstellungen. Die Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre seien an dieser Stelle genannt.
Diese können einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Zahn- und Mundgesundheit haben. Frau Dr. Goeckenjan und Frau Dr. Noack werden in ihren Ausführungen sowohl die Auswirkungen auf die Gesamtgesundheit als auch die Wechselwirkung auf die Zahn- und Mundgesundheit darstellen.
Sie werden Bezug nehmen auf die vielfältigen Verhaltensveränderungen in der Pubertät, auch hinsichtlich Zahn- und Mundhygiene, und wie Ess- und Trinkgewohnheiten Zahnfleischerkrankungen beeinflussen können.
Der Eintritt für Ihre Patienten ist wie immer frei.

Weitere Informationen:
Telefon: 0351 8066-257 oder -256 (Frau Koeppel/Frau Hoegg).

Praxisausschreibung

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

Kennziffer	3036/0797
Planungsbereich	Nordsachsen
Übergabetermin	01.04.2016
Fachrichtung	Allgemein
Praxisart	Einzelpraxis

Neuzulassungen im KZV-Bereich Sachsen

Folgenden Zahnärzten wurde im Juni 2015 die Zulassung als Vertragszahnarzt ausgesprochen:

Susann Müller	Dresden
Bozhidara Naydenova	Leipzig
Dipl.-Stom. Karin Noffke	Oppach
Hristina Radeva	Leipzig

Stammtische

Görlitz

Datum: Mittwoch, 2. September 2015, 20 Uhr; Ort: Landratsamt, Görlitz; Themen: Zahnmedizinische Versorgung von Asylbewerbern, Kindeswohlgefährdung – Kinderschutz: Ein Thema für Zahnärzte?!, Organisation und Durchführung der Gruppenprophylaxe in Görlitz; Information: Dr. med. Rüdiger Pfeifer, Telefon 03581 402328

Kamenz

Datum: Montag, 14. September 2015, 19 Uhr; Ort: Hotel „Goldener Hirsch“, Kamenz; Thema: Aktuelle Standespolitik und Punktwertverhandlungen; Information: Dr. med. Gunter Gebelein, Telefon 035797 73537

Riesa-Großenhain

Datum: Mittwoch, 23. September 2015, 19 Uhr; Ort: Mercure-Hotel, Riesa; Themen: Aktuelle Standespolitik, Vortrag „Moderne gerinnungshemmende Medikamente – Was sollen Zahnärzte wissen und beachten“, „Vortrag „Endokarditis-Prophylaxe“; Information: Dipl.-Stom. Cornelia Jähnel, Telefon 03525 733136

Löbau

Datum: Mittwoch, 23. September 2015, 19 Uhr; Ort: Hotel „Stadt Löbau“, Löbau; Themen: Validierung des Aufbereitungsprozesses, Eckpunkte möglicher Praxisbegehungen; Information: Dr. med. Angela Grundmann, Telefon 03585 862012

Niesky

Datum: Donnerstag, 24. September 2015, 19 Uhr; Ort: Bürgerhaus in Niesky; Thema: Dentine Hypersensitivität: Rezession – Abrasion – Erosion, Ursachen und Therapie in der Prophylaxe, Information: Dipl.-Stom. Helmtraud Schönrich, Telefon 03588 205514

Leipzig

Datum: Dienstag, 29. September 2015, 20 Uhr; Ort: Gaststätte „Apels Garten“, Leipzig; Information: Dr. med. Angela Echtermeyer-Bodamer, Telefon 0341 4612012

Sächsische Schweiz

Datum: Dienstag, 29. September 2015, 19 Uhr; Ort: Hotel „Zur Post“, Pirna; Themen: Neue Gesetze im Gesundheitswesen: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, Präventionsgesetz, Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Compliance-Leitlinie der KZBV; Information: Dr. med. dent. Karsten Günther, Telefon 03501 528554

Freiberg/Flöha

Datum: Mittwoch, 30. September 2015, 19 Uhr; Ort: Gaststätte „Goldener Stern“, Memmendorf; Themen: Standespolitische Neuigkeiten, Streifzug durch QM, Zahntechnische Abrechnung in der Zahnarztpraxis; Information: Dr. med. Gudrun Fritzsche, Telefon 03726 2938

Fortbildungsakademie: Kurse im September/Oktober 2015

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

Petra Kokel (Ressortleiterin, Kurse Strahlenschutz):	**Tel. 0351 8066-102**
Edda Anders (Kurse für Zahnärzte):	**Tel. 0351 8066-108**
Anett Hopp (Kurse für Praxismitarbeiterinnen):	**Tel. 0351 8066-107**
Astrid Nitsche (Kurse für Praxismitarbeiterinnen):	**Tel. 0351 8066-113**

Genauere inhaltliche Informationen zu den einzelnen Kursen entnehmen Sie bitte unseren Fortbildungsprogrammen für das 2. Halbjahr 2015 oder dem Internet *www.zahnaerzte-in-sachsen.de*

für Zahnärzte

Dresden

Manifestation von Kinderkrankheiten bzw. Krankheiten bei Kindern im Mundraum – Was ist aus kinderärztlicher Sicht für den Zahnarzt wichtig? *Paediatrie meets Kinderzahnheilkunde/Kieferorthopädie*	**D 66/15**	Dr. Bernhard Lüders	23.09.2015, 15:00-19:00 Uhr
Die zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Behinderung – eine Herausforderung für das Praxisteam *Sicherheit im Umgang mit Patienten mit Behinderung gewinnen!* *(auch für Praxismitarbeiterinnen)*	**D 67/15**	Dr. Imke Kaschke	30.09.2015, 14:00-18:00 Uhr
Implantate in der ästhetischen Zone – Erfolg und Risiko	**D 68/15**	Dr. Falk Nagel Holm Preußler (ZTM)	30.09.2015, 14:00-19:00 Uhr
Aufbereitung mit NiTi-Instrumenten: Welche Instrumente eignen sich wofür?	**D 69/15**	Dipl.-Stom. Michael Arnold	02.10.2015, 14:00-19:00 Uhr
Die PAR-Behandlung – von der Planung bis zur Abrechnung (auch für Praxismitarbeiterinnen)	**D 70/15**	Inge Sauer Dr. Tino Schütz	02.10.2015, 14:00-19:00 Uhr
Periimplantitis – Eine Herausforderung für die Zahnarztpraxis	**D 72/15**	Dr. Elyan Al-Machot	10.10.2015, 09:00-16:00 Uhr
PowerPoint für Fortgeschrittene	**D 203/15**	Inge Sauer	28.10.2015 14:00-19:00 Uhr
Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach BEMA und die Mehrkostenvereinbarung in der Kieferothopädie	**D 204/15**	Dipl.-Stom. Steffen Laubner	30.10.2015 13:00-19:00 Uhr
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis	**D 73/15**	Dr. Thobias Gehre Simona Günzler	30.10.2015, 14:00-19:00 Uhr

Leipzig

Abrechnungsdschungel Suprakonstruktionen entwirrt *(auch für Praxismitarbeiterinnen)*	**L 07/15**	Dr. Tobias Gehre Simona Günzler	11.09.2015, 14:00-18:00 Uhr
Qualitätsmanagement – leben und weiterentwickeln *(auch für Praxismitarbeiterinnen)*	**L 09/15**	Inge Sauer	30.09.2015, 14:00-17:00 Uhr

Chemnitz

Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis *(auch für Praxismitarbeiterinnen)*	**C 03/15**	Dr. Tobias Gehre Simona Günzler	04.09.2015, 14:00-19:00 Uhr
Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz *(mit vorherigem Selbststudium)*	**C 04/15**	PD Dr. Dr. Matthias Schneider	11.09.2015, 14:00-17:30 Uhr
Abrechnungsdschungel Suprakonstruktionen entwirrt (auch für Praxismitarbeiterinnen)	**C 05/15**	Dr. Tobias Gehre Simona Günzler	02.10.2015, 14:00-18:00 Uhr

für Praxismitarbeiterinnen

Dresden

Update Ernährung: Ernährungstrends aus oralprophylaktischer Sicht	**D 163/15**	Dipl. oec. troph. Roselinde Karalus	02.09.2015 14:00-19:00 Uhr
Update Instrumentierung – Praktisches Intensivseminar für die ZMF/ZMP	**D 165/15**	Simone Klein	03.09.2015, 09:00-17:00 Uhr
Recall bei PAR-Patienten: Ist nicht nur PZR – ist so viel mehr – ist UPT *(für die ZMF/ZMP)*	**D 169/15**	Simone Klein	05.09.2015, 09:00-17:00 Uhr
Kommunikation mit Versicherungen und Beihilfestellen	**D 175/15**	Helen Möhrke	16.09.2015, 14:00-18:00 Uhr
Zahngesundheit und Ernährung *Grundlagen für die Prophylaxe*	**D 177/15**	Dipl. oec. troph. Roselinde Karalus	23.09.2015, 14:00-19:00 Uhr
Abrechnungstraining für Fortgeschrittene – Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen *(auch für Zahnärzte)*	**D 185/15**	Ingrid Honold	07.10.2015, 13:00-19:00 Uhr
Yoga am Arbeitsplatz und für den Alltag (Kurs 2) *(auch für Zahnärzte)*	**D 186/15**	Cornelia Groß	07.10.2015, 14:00-18:00 Uhr
Prophylaxe aktiv!	**D 187/15**	Martha Holzhauser-Gehrig	09.10.2015, 09:00-18:00 Uhr
Yoga am Arbeitsplatz (Kurs 1) *(auch für Zahnärzte)*	**D 183/15**	Cornelia Groß	09.10.2015, 14:00-18:00 Uhr

Identische Erneuerung und Wiederherstellung an implantatgetragenem Zahnersatz (Teil 8)

ⓔ-Fortbildung

Zu diesem Beitrag können Sie Fortbildungspunkte erhalten.
www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Neben den in der vergangenen Ausgabe vorgestellten Wiederherstellungsmaßnahmen ist dem Festzuschuss-Befund 7.7 beispielsweise auch die Unterfütterung einer implantatgetragenen Prothese als Leistung hinterlegt.

Hinweise zum Beispiel 1:
Es liegt die Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b vor, so dass es sich um eine Regelversorgung handelt. Die Abrechnung erfolgt über die KZV.
Handelt es sich um eine implantatgetragene Prothese, kommt der Festzuschuss-Befund 7.7 zum Ansatz – unabhängig davon, ob eine Prothese teilweise oder vollständig unterfüttert wird.
Bei dem vorliegenden Fall ist es aufgrund von schwierigen Bissverhältnissen erforderlich, auch den Gegenkiefer vollständig mit abzuformen. Deshalb findet sich auf der Laborrechnung die BEL II-Pos. 012 8 „Einstellen in den Mittelwertartikulator“.
Das zahnärztliche Honorar wird nach BEMA berechnet und der jeweiligen Position ist die Kennzeichnung „i“ für implantatgetragenen Zahnersatz hinzuzufügen.

Hinweise zum Beispiel 2:
Da die Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b nicht vorliegt, handelt es sich um eine andersartige Wiederherstellungsmaßnahme. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Patienten.
Das zahnärztliche Honorar wird nach der GOZ berechnet und der Zahntechniker stellt die Leistungen nach einem privaten Verzeichnis in Rechnung. Hierbei ist immer zu beachten, dass der Laborauftrag den Hinweis auf das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen der Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b beinhalten muss. Ansonsten ist es für den Zahntechniker nicht möglich, eine korrekte Rechnung zu erstellen.

Im Gegensatz zum Beispiel 1 wurde im Beispiel 2 der Fixator zur Bisslagesicherung berechnet. Lediglich der Oberkiefer wurde für die Unterfütterung abgeformt. Das Gegenkiefermodell wird in Form eines sogenannten Kontermodells durch den Zahntechniker hergestellt. Das Kontermodell gibt im Unterschied zum Oberkiefermodell nicht die genaue Situation von Zähnen und Kieferteilen oder bereits vorhandenem Zahnersatz im Original wieder. Nur der Zahnkranz der zu unterfütternden Prothese wird in Gips abgedrückt. Dennoch kann der Techniker hierfür ein Modell, in diesem Beispiel „Modell aus Superhartgips“, berechnen.

Beispiel 1: **Teilunterfütterung einer implantatgetragenen OK-Totalprothese – Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b liegt vor**

Festzuschuss	1 x 7.7
BEMA	1 x 100 ci

Fremdlaborrechnung BEL II (Beispiel 1)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
001 8	Modell bei Implantatversorgung	1
001 0	Modell	1
012 8	Einstellen in Mittelwertartikulator bei Implantatversorgung	1
808 8	Teilunterfütterung/implantatgestützt	1
933 8	Versandkosten bei Implantatversorgung	2

Prüfung der Plausibilität (Beispiel 1)

FZ-Befund	BEMA	BEL II
1x 7.7	100 ci	1 x 808 8

Beispiel 2: **Teilunterfütterung einer implantatgetragenen OK-Totalprothese – Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b liegt nicht vor**

Festzuschuss	1 x 7.7
GOZ	1 x 5270

Fremdlaborrechnung NBL (Beispiel 2)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
NBL	Modell aus Superhartgips	2
NBL	Fixator	1
NBL	Basisteil unterfüttern	1
NBL	Versandkosten	2

Prüfung der Plausibilität (Beispiel 2)

FZ-Befund	GOZ	NBL
1x 7.7	5270	Basisteil unterfüttern

Hinweise zum Beispiel 3:
Das BEL II sieht für zahntechnische Leistungen im Zusammenhang mit Suprakonstruktionen entsprechend ZE-Richtlinie 36 a und b gesonderte Einzelpositionen vor. Dies ist in den Einleitenden Bestimmungen zum BEL II im § 2 Abs. 2 geregelt. Erkennen kann man diese Einzelpositionen daran, dass die 4. Stelle der jeweiligen BEL II-Nummer entweder die Ziffer 6 oder 8 aufweist. Alle weiteren im Zusammenhang mit Implantaten erbrachten zahntechnischen Leistungen werden nach tatsächlichem Aufwand abgerechnet.
Zum Beispiel sieht das BEL II für den Fixator keine gesonderte Nummer, die auf 6 oder 8 endet, vor. Damit ist es für den Zahntechniker möglich, in das private Gebührenverzeichnis auszuweichen.
Bei der Unterfütterung nach der BEL II-Pos. 809 0/809 8 wird eine Prothese vollständig mit Kunststoff unterlegt.
Die vollständige Erneuerung einer Kunststoffbasis nach BEL II-Pos. 810 0/810 8 ist indiziert, wenn der Prothesenkunststoff insgesamt erneuerungsbedürftig ist.
Es bleibt lediglich der Zahnkranz erhalten. Alle weiteren Kunststoffteile werden erneuert. Welche der beiden zahntechnischen Leistungen erbracht und berechnet werden, entscheidet die Praxis mit dem Laborauftrag beziehungsweise in Absprache mit dem Zahntechniker.

Zur Erinnerung: Alle Wiederherstellungsmaßnahmen unterliegen ebenfalls der 24-monatigen **Gewährleistung** gemäß § 137 Abs. 4 SGB V: „Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen.“
Die Beurteilung, ob es sich um einen Gewährleistungsfall handelt, ist abhängig vom Verschulden.

Beispiel 3: **Vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung einer implantatgetragenen OK-Totalprothese – Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b liegt vor**

Festzuschuss	1 x 7.7
BEMA	1 x 100 ei

Fremdlaborrechnung BEL II/ggf. NBL (Beispiel 3)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl
001 8	Modell bei Implantatversorgung	1
001 0	Modell	1
011 2	Fixator	1
	oder	
NBL	Fixator	1
809 8	vollständige Unterfütterung / implantatgestützt	1
	oder	
810 8	Prothesenbasis erneuern / Implantatversorgung	1
933 8	Versandkosten bei Implantatversorgung	2

Prüfung der Plausibilität (Beispiel 3)

FZ-Befund	BEMA	BEL II
1x 7.7	100 ei	809 8 oder 810 8

Beispiel 4: **Direkte vollständige Unterfütterung einer implantatgetragenen OK-Totalprothese – Ausnahmeindikation der ZE-Richtlinie 36 b liegt vor**

Festzuschuss	————
GOZ	5280

Eigenbeleg (Beispiel 4)

Material für die direkte Unterfütterung

Prüfung der Plausibilität (Beispiel 4)

FZ-Befund	GOZ	NBL
————	5280	Unterfütterungsmaterial

Hinweise zum Beispiel 4:
Mit der BEMA-Umrelationierung im Jahr 2004 wurde aus Qualitätssicherungsgründen die direkte vollständige Unterfütterung als nicht mehr anerkannte Behandlungsmetode eingestuft. Aus diesem Grund handelt es sich um eine nicht bezuschussungsfähige Leistung. In diesem Fall ist es bei der Abrechnung möglich, das Erstellen eines privaten Heil- und Kostenplanes mit zu berechnen. Dies ist immer nur dann der Fall, wenn sich die Krankenkassen an den Kosten einer Versorgung nicht beteiligen.

Inge Sauer/Simona Günzler

Aktuell mit dem GOZ-Infobrief

Das GOZ-Infosystem der Landeszahnärztekammer Sachsen hat sich in vielen sächsischen Zahnarztpraxen zu einem wertvollen Arbeitsmittel beim Umgang mit der GOZ entwickelt.
Damit neue Informationen schnell die Praxis erreichen, wurde das bestehende System um eine Funktion erweitert. Der GOZ-Infobrief erfüllt die Aufgabe eines Newsletters. Er wird immer dann versandt, wenn neue Informationen wie z. B. Berechnungshinweise, Patienteninformationen oder Kommentierungen der Rechtsprechung zur Verfügung stehen.
Mit wenigen Klicks kann der Informationsservice genutzt werden:

1. Anmeldung unter
   http://goz.lzk-sachsen.org
2. unter Benutzereinstellung das Kästchen GOZ-Infobrief aktivieren
3. die geänderten Daten speichern.

Neugierig geworden? Nutzen Sie den Service!

Wie geht das mit der Analogie?

In § 6 Abs. 1 GOZ heißt es: „(1) 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. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.“
Die Weiterentwicklung in der Zahnmedizin führt dazu, dass Leistungen erbracht werden, die weder Bestandteil noch eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem gültigen Gebührenverzeichnis sind. Um eine adäquate Abrechnung solcher Leistungen zu ermöglichen, wurde die Analogie auch in die GOZ 2012 übernommen und erweitert. Daher gelten für die Berechnung von Leistungen folgende Grundsätze:

1. Ist eine Leistung in der GOZ beschrieben, dann kommt uneingeschränkt die entsprechende Gebührenposition der GOZ zur Abrechnung.
2. Ist eine Leistung nicht in der GOZ, jedoch in den zugelassenen Abschnitten der GOÄ beschrieben, dann kommt die Gebührenposition der zugelassenen Abschnitte der GOÄ zur Abrechnung.
3. Ist eine Leistung weder in der GOZ noch in den zugelassenen Abschnitten der GOÄ beschrieben, dann kann diese Leistung analog gemäß Satz (1) zur Abrechnung gebracht werden.

Die GOZ 2012 erlaubt dabei den uneingeschränkten Zugriff auf eine Gebührenposition der GOZ oder die zugelassenen Bereiche der GOÄ. Einziges Kriterium für die Auswahl der Analogposition ist der Zugriff auf eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung. Die ausgewählte Leistung soll etwa so schwierig, zeitaufwendig und anspruchsvoll sein. Gleichwertig heißt also nicht gleichartig. Es ist daher nicht gefordert, dass z. B. ein mehrschichtiger Aufbau verloren gegangener Zahnhartsubstanz mit Kompositmaterial in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung als Vorbereitung zur Aufnahme einer Krone analog mit einer Füllungsposition zu liquidieren ist. Aus diesem Grunde wurde auch in den zur Verfügung stehenden Analoglisten der BZÄK und in unserem Infosystem auf die Benennung oder Empfehlung möglicher Analogpositionen verzichtet. Es ist allein Sache des Zahnarztes zu entscheiden, welche Leistung er als gleichwertig erachtet. Die individuellen betriebswirtschaftlichen Daten der Praxis (Stundensatz) sind dabei zu berücksichtigen, aber nicht als alleiniges Merkmal zur Auswahl der Analogposition heranzuziehen.

Auch für die ausgewählte Analogposition gilt, dass dem Zahnarzt als Vergütungen gemäß § 3 GOZ die Gebühren, Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen zustehen. Sind also durch die Auswahl der Analogposition entsprechende Auslagen und Materialkosten nicht abgegolten, können diese selbstverständlich zusätzlich berechnet werden. Zudem ist der Gebührenrahmen zu berücksichtigen. Die Höhe des Steigerungssatzes (§ 5 GOZ) soll auch für die Erbringung der Analogposition unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der Leistung sowie der Umstände bei deren Ausführung nach billigem Ermessen bestimmt werden. Ein Steigerungsfaktor > 2,3 (1,8) erfordert eine entsprechende Begründung. Ebenso ist es möglich, die für die erbrachte Leistung analog herangezogene Gebührenposition in einer Vereinbarung nach § 2 Abs.1 festzuhalten. Ein Muster für eine solche Vereinbarung finden Sie im GOZ-Infosystem.

Die Rechnungslegung erfolgt gemäß § 10 Abs. 4 GOZ. Der Gebührennummer der als gleichwertig herangezogenen Leistung wird der Buchstabe „a“ zugefügt. Der Leistungstext ist für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben (siehe Beispiel Kompositaufbau oben) und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
Die Mühe für eine verständliche und klare Vereinbarung mit dem Patienten/Zahlungspflichtigen und einer den Formerfordernissen entsprechenden Rechnung zahlt sich doppelt aus – Sie vermeiden Erklärungsnot im Nachgang, und der Zahlungspflichtige sowie die Erstattungsstellen werden keine Argumente finden, Ihre Abrechnung anzufechten.

Dr. med. Peter Mensinger

GOZ-Telegramm

Wie wird die Behandlung einer Dentitio difficilis berechnet?	**Frage**
In Abhängigkeit der durchgeführten Therapiemaßnahmen stehen z. B. folgende Gebühren für eine Leistungsberechnung zur Verfügung: • Geb.-Nr. 4020 GOZ – Auftragen Medikament und/oder einfache Spülung der Zahnfleischtasche und/oder • Geb.-Nr. 4025 – Einbringen eines antibakteriell wirkenden Medikamentes und/oder • Geb.-Nr. 3300 GOZ – z. B. Drainage oder • Geb.-Nr. 3070/4080 GOZ – Exzision (Entfernung bedeckender Schleimhaut) und/oder • Geb.-Nr. 2428 GOÄ – Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels Begleitende Maßnahmen, wie z. B. Beratungen, Untersuchungen, Röntgen, Anästhesien, Entfernung von Belägen, Konkrementen u. Ä. werden zusätzlich berechnet.	**Antwort**
Kommentar der BZÄK GOZ-Infosystem	**Fundstelle**

Wir arbeiten für Ihren Erfolg:
Lösungsorientiert, fachbezogen und verständlich!

In 16 Niederlassungen für Sie da

BUST©
Steuerberatung für Ärzte

BUST Niederlassung Dresden:
Jägerstraße 6
01099 Dresden
Telefon: 0351 828 17-0
Telefax: 0351 828 17-50
E-Mail: dresden@BUST.de

www.BUST.de

Anzeige

Das Wohnortprinzip – gültig für alle gesetzlichen Krankenkassen

Gibt man den Begriff „Krankenkassen“ bei einer Suchmaschine ein, erscheinen mehr als 8 Millionen Ergebnisse. Diese basieren auf der Vielzahl von Krankenkassen, deren Anzahl jedoch immer kleiner wird. Seit dem Jahr 1970 hat sich diese von 1.815 auf heute 124 Krankenkassen reduziert.

Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenkassen sind Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung, deren gesetzliche Grundlage im Sozialgesetzbuch V zu finden ist.
Der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen bildet seit dem 1. Juli 2008 die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenkassen. Aufgabe ist vor allem die Gestaltung des Ordnungsrahmens, innerhalb dessen der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander stattfinden soll.
Unterhalb des Spitzenverbandes haben sich gegründet:
- der AOK-Bundesverband
- der Verband der Ersatzkassen e. V.
- der IKK e. V.
- der BKK Dachverband e. V.
- die Knappschaft-Bahn-See sowie
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) vormals Landwirtschaftliche Krankenkasse

Eigene Krankenkassen und Fremdkassen – Historie

Jede zahnärztliche Abrechnung wurde unterschieden in **eigene Krankenkassen** mit Punktwerthoheit bei der KZV Sachsen und **Fremdkassen** mit Punktwerthoheit bei der KZV am jeweiligen Krankenkassensitz.
Bis zum Jahr 2003 vereinbarte die KZV Sachsen eine Gesamtvergütung und Punktwerte für die vertragszahnärztliche Versorgung mit jeder eigenen Krankenkasse, die ihren Kassensitz/Verbandssitz in Sachsen hatte **(Kassensitzprinzip)**.

Die zahnärztliche Abrechnung eines Versicherten, dessen Krankenkasse ihren Sitz nicht im Freistaat Sachsen hatte, wurde im Rahmen der **Fremdkassenabrechnung** an die zuständige KZV weitergeleitet.

Das Wohnortprinzip

Ab dem Jahr 2003 hat sich die Sachlage durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips erheblich verändert. Zunächst nur für die Betriebs- und Innungskrankenkassen umgesetzt, wird es seit Januar 2015 für alle Krankenkassen angewendet.
Grundsätzlich wird ein Versicherter der KZV zugeordnet, in dem er seinen Wohnsitz hat. Eine Ausnahme gilt für den Versicherten mit Wohnsitz im Ausland. Dieser wird der KZV zugeordnet, in dem seine Krankenkasse ihren Sitz hat.
Die KZV Sachsen vereinbart nunmehr **mit jeder Krankenkasse** bzw. -verband eine Gesamtvergütung und Punktwerte für die vertragszahnärztliche Versorgung der **Versicherten**, die ihren **Wohnsitz im Bereich der KZV Sachsen** (Gebiet Freistaat Sachsen) haben. Dies gilt auch für deren Familienangehörige mit Wohnsitz außerhalb Sachsens.

Mit der Einführung des Wohnortprinzips wird **für länderübergreifende Krankenkassen** anstelle des bis dahin geltenden Kassensitzprinzips das Wohnortprinzip angewendet. Daraus folgt, dass bei länderübergreifenden Krankenkassen quasi virtuelle Teilkrankenkassen entstehen, die für jeden KZV-Bereich, in dem Versicherte wohnen, die eigenständige direkte Abrechnung durch die KZV Sachsen ermöglichen.
In der Folge gelangen nur noch zahnärztliche Abrechnungen in den Fremdkassenausgleich, bei denen der Versicherte in einer Fremdkasse versichert ist und nicht in Sachsen wohnt. Zu beachten ist hier, dass unter Fremdkassen auch die Wohnortvarianten der sächsischen Krankenkassen zählen. Dadurch hat sich die Anzahl der Kostenträger-Nummern im Bundeseinheitlichen Kassenverzeichnis (BKV) enorm erhöht. Dieser Datenzuwachs resultiert daraus, dass für die Kassen, die vom Wohnortprinzip betroffen sind, jeweils regionale Wohnortvarianten zu unterscheiden sind. Zu den jeweiligen Kassennummern kommen also jeweils weitere 17 dazu, entsprechend der Anzahl der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Fazit

Die KZV Sachsen übernimmt im Verhältnis zu den Krankenkassen die Abwicklung der Vergütung für alle Versicherten, die in Sachsen wohnen, direkt.

Nicht tangiert wird das Verhältnis des Zahnarztes zur KZV Sachsen. Unverändert werden **alle Leistungen**, die **sächsische Zahnärzte** an gesetzlich versicherten Patienten **erbracht** haben, **mit der KZV Sachsen abgerechnet** – unabhängig vom Wohnort des Versicherten. Hier kommt lediglich ein anderer Punktwert zum Ansatz. Aktuelle Punktwertinformationen für eigene Krankenkassen und Fremdkassen finden Sie unter *www.zahnaerzte-in-sachsen.de*.

Der Ansatz des Punktwertes am Beispiel

Krankenkasse: IKK gesund plus

Kassensitz: Sachsen-Anhalt

a) Wohnort des Versicherten: Dresden –> Punktwert KZV Sachsen

b) Wohnort des Versicherten: Kassel –> Punktwert KZV Hessen

Frank Enge

Dokumentation und Aufklärung – schon verloren, wenn die Dokumentation fehlt?

Das LG Mönchengladbach hat in einem Urteil vom 07.01.2015 (4 S 74/14) einen Zahnarzt zur Zahlung von Schadensersatz verurteilt, weil er eine Patientin nicht hinreichend über die Folgen des Unterlassens einer gebotenen zahnmedizinischen Behandlung (nämlich der Verlust des Zahnes) in Form einer Wurzelkanalbehandlung aufgeklärt hat. Dabei hat der Zahnarzt in der Dokumentation vermerkt, dass die Durchführung einer Trepanation durch Brücke empfohlen werde.
Das Gericht verneint hier eine ordnungsgemäße Aufklärung, da der Zahnarzt nicht dezidiert auf die Umstände hingewiesen haben soll, die eintreten, wenn die notwendige Behandlung ausbleibt. Der Zahnarzt hat es unterlassen, die besondere Dringlichkeit der Maßnahme zu dokumentieren.
Für das Fehlen der gebotenen Aufklärung beruft sich das Gericht dabei auf die Vermutungsregelung des § 630h Abs. 3 BGB, wonach bei einer fehlenden Dokumentation regelmäßig vermutet wird, dass die entsprechende Maßnahme auch nicht durchgeführt worden ist. Das LG Mönchengladbach stellt hier kurz und knapp fest, dass bei fehlender Dokumentation von Einwilligung und Aufklärung das Fehlen der Aufklärung und Einwilligung vermutet wird.
Was bedeutet dies nun für die zahnärztliche Praxis? Ist die Aufklärung noch umfangreicher und genauer zu dokumentieren?
Für die rechtliche Bewertung ist zu unterscheiden zwischen der Aufklärungspflicht und der Dokumentationspflicht. Zunächst ist der Arzt verpflichtet, den Patienten vor Gefahren zu warnen, die durch das Unterlassen einer ärztlichen Behandlung entstehen können. Der Arzt hat dabei insbesondere die Dringlichkeit einer konkreten Maßnahme darzustellen, nur dann kann sich nach der Rechtsprechung der Patient entscheiden, eine bestimmte Maßnahme auch tatsächlich durchführen zu lassen. Die Weigerung eines Patienten, eine bestimmte Behandlung dann nicht durchführen zu lassen, ist nur dann beachtlich, wenn der Arzt zuvor auch den Patienten auf die Dringlichkeit gesondert hingewiesen hat. Der Umfang der Aufklärung kann hier nur im Einzelfall beurteilt werden.
Nach dem zu entscheidenden Sachverhalt des LG Mönchengladbach war eine Wurzelkanalbehandlung wohl geboten. Der Zahnarzt hatte auch eine Behandlungsmöglichkeit vorgeschlagen, die jedoch „zugewartet“ werden sollte.
Ob danach dann durch den Zahnarzt die besondere Dringlichkeit der Maßnahme vor Augen zu führen war, kann nur nach dem jeweiligen Einzelfall entschieden werden. Ein konkreter Zahnverlust müsste überwiegend wahrscheinlich sein.
Dies muss dann durch den Sachverständigen entschieden werden, wie dringlich tatsächlich eine bestimmte Behandlung ist und ob ein Zuwarten medizinisch noch vertretbar ist.
Eine andere Frage ist dann, inwieweit diese Aufklärung dokumentationspflichtig ist und bei fehlender Dokumentation dann die Vermutungsregelung des § 630h Abs. 3 BGB gilt.
Nach einer neueren Entscheidung des BGH vom 28.01.2014 (VI ZR 143/13), wobei der zu entscheidende Sachverhalt vor der Verkündung der Änderungen im BGB zu den Patientenrechten lag, ist eine Dokumentation der Aufklärung regelmäßig nicht erforderlich. An das Fehlen einer Dokumentation soll ausdrücklich keine Beweisskepsis geknüpft werden. Der Arzt soll die Möglichkeit erhalten, auch ohne Dokumentation den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung zu führen, deshalb dürfen keine überzogenen Anforderungen an den Arzt gestellt werden. Die eigene Darstellung des Arztes muss nur schlüssig und „einiger“ Beweis für ein Aufklärungsgespräch geführt sein. Das ist eine deutliche Abschwächung der Anforderungen an den Beweis der Aufklärung des Patienten.
Durch die seit dem 01.01.2013 geltende Rechtslage ist nun durch die Vorschrift des § 630f Abs. 2 BGB geklärt, dass auch Einwilligungen und Aufklärungen in die Patientenakte aufzunehmen sind. Was folgt aber daraus, wenn es in der Patientenakte an entsprechenden Angaben fehlt? Gelten dann noch die Ausführungen des BGH aus dem vorher zitierten Urteil vom 28.01.2014? Oder kehrt sich die Beweislast dahingehend gem. § 630h Abs. 3 BGB um, dass nun automatisch vermutet wird, dass keine Aufklärung erfolgt ist, wie dies auch von dem LG Mönchengladbach angenommen worden ist?
Unzweifelhaft ist die Dokumentation der Aufklärung rechtlich geboten, es bleibt aber bei der Feststellung des BGH, dass aus medizinischer Sicht – anders als bei Behandlungsmaßnahmen – eine Dokumentation der Aufklärung nicht geboten ist. Diese Feststellung steht auch im Einklang mit der Regelung des § 630h Abs. 3 BGB, der die Vermutungsregelung nur auf medizinisch gebotene wesentliche Maßnahmen erstreckt. Die Aufklärung ist gerade keine medizinische Maßnahme.
Dem Zahnarzt bleibt es also unbenommen, eine durchgeführte Aufklärung auch durch ein schlüssiges mündliches Aufklärungsgespräch nachzuweisen.
Die Vorgaben des BGH in der Entscheidung vom 28.01.2014 berücksichtigen durchaus realistisch den Praxisalltag.
Klar ist: Im Streitfall ist eine ausführliche Dokumentation in der Patientenakte immer besser, von einer Verschärfung der Folgen einer nicht dokumentierten Aufklärung kann aber nicht gesprochen werden.

RA Matthias Herberg

Zitat des Monats

Die natürliche Gerechtigkeit ist eine Abmachung über das Zuträgliche, um einander gegenseitig weder zu schädigen noch sich schädigen zu lassen.

Epikur von Samos (341 – 271 v. Chr.)
griechischer Philosoph

Frühjahrstagung der Gesellschaft für ZMK Dresden e.V.

In den schönen Räumen des neuen Boulevardtheaters in der Maternistraße in Dresden fand am 11. April die diesjährige Frühjahrstagung der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dresden e.V. statt.

Die wissenschaftliche Leitung der Tagung hatten Dr. Gabriele Viergutz, Bereich Kinderzahnheilkunde der Poliklinik für Zahnerhaltung, und Professor Dr. Tomasz Gedrange, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie der TU Dresden. Thema der diesjährigen Frühjahrstagung war „Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie aus Sicht des Praktikers". Die Begrüßung und Eröffnung übernahm Professor Dr. Thomas Hoffmann, Vorsitzender der Fachgesellschaft und Direktor der Poliklinik für Parodontologie, der TU Dresden.
Professor Gedrange führte das Tagungsthema mit den erfreuenden Worten ein, dass aufgrund verbesserter Mundhygiene bei Kindern eine geringere Kariesprävalenz zu verzeichnen sei.
Professor Schiffner, Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, gab interessante Einblicke in den aktuellen Stand der Kariesprophylaxe mit Fluoriden. In der Zwischenbilanz zu den von der Bundeszahnärztekammer herausgegebenen Mundgesundheitszielen bis zum Jahre 2020 ist festzustellen, dass der Anteil naturgesunder Gebisse bei den 6- bis 7-Jährigen im Jahre 2009 bei 53,9 Prozent lag. Ziel ist, dass im Jahre 2020 80 % der 6- bis 7-Jährigen kariesfrei sein sollen. Prof. Schiffner rief folglich dazu auf, früher an die Kinder heranzutreten. Derzeit werden viele Initiativen gegründet, Kinder vor dem 3. Lebensjahr zur Risikoabschätzung in die Praxis zu bringen.
Auch die Wirkungsweise und die Applikationswege von Fluoriden wurden vorgestellt. Eine strikte Trennung der Applikationswege ist nicht möglich. Wichtig sei es, dass die Fluoridapplikation lokal am demineralisierten Zahn stattfindet, denn nur dann würde das Fluorid auch in den Zahn „einsickern", betonte Prof. Schiffner.
Die Problematik der Fluoridprophylaxe liegt in den regional unterschiedlichen Leitlinien. Marinho et al. (2003) bestätigt eine klare Evidenz, dass Zahnpasta Fluorid enthalten soll. Generell gilt, dass gesicherte Effekte ab 1.000 ppm nachgewiesen wer-

Professor K.-H. Dannhauer, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie, Leipzig

den können. Es wurde empfohlen, den validen und evidenz-basierten Leitlinien zur Anwendung von Fluoriden der DGZMK 2013 zu folgen.

Dr. S. Rüder, Anästhesiologe des Universitätsklinikums Dresden und zuständig für die Narkosen im Bereich Kinderzahnheilkunde, sprach über die Möglichkeiten der einfachen Sedierung sowie der Intubationsnarkose (ITN). Fach- und Zahnärzte bekamen die Möglichkeit, ihr Wissen über die Sofortmaßnahmen zur Ersthilfeleistung für ihre Praxis aufzufrischen.
Weitere Fragen wie etwa „Schadet eine Narkose dem Gehirn?" und „Wann sind Anästhesieleistungen in der Zahnmedizin notwendig" wurden beantwortet.
Empfehlungen zur ambulanten Anästhesie bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern sowie zur Sedierung bei Zahnbehandlung wurden gegeben.
Eine gemeinsame Stellungnahme aus anästhesiologischer und zahnärztlicher Sicht des BDAs und der DGA zum Einsatz von Lachgas zeigte, dass der Einsatz desselben zur minimalen Sedierung bei zahnärztlichen Prozeduren bei Kindern unter Berücksichtigung spezieller Indikationen, Kontraindikationen, organisatorischen, apparativen und personellen Anforderungen nach dem heutigen Stand des Wissens aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin in speziellem Umfang vertretbar ist. Aufgrund des hohen Aufwands zur sicheren Anwendung von Lachgas und dem dazu im Vergleich stehenden zu geringen Benefit kommt in der Dresdner Uniklinik Lachgas allerdings nicht zum Einsatz.

Prof. Dr. J. Henker zeigte die interessante Komorbidität von Zöliakie – welche auch „das Chamäleon" unter den Erkrankungen genannt wird – und Zahnschmelzhypoplasie auf. Quintessenz dieses Vortrags war die dringende Bitte, Patienten mit Zahnschmelzhypoplasie zum Kindergastroenterologen bzw. ab dem 18. Lebensjahr zum Gastroenterologen zu schicken.

In ihrem sehr eindrucksvollen und bewegenden Vortrag über die „Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen – eine Herausforderung für den Zahnarzt" stellte Prof. R. Heinrich-Weltzien, Leiterin der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde in Jena, anhand von sehr praxisorientierten Tipps dar, wie Zahnärzte ihre Verhaltens- und Kommunikationsführung von Patienten mit geistiger und Mehrfachbehinderung verbessern können. Klinische Besonderheiten stellen ausgeprägter Kariesbefall, häufige schwerwiegende gingivale und parodontale Erkrankungen, besonders bei Antikonvulsiva-Therapie, häufige Kieferfehlstellungen – insbesondere der offene Biss, Hypersalivation, Zahnaplasien, Formveränderungen der Zähne und durch häufiges Stürzen bedingte Zahntraumata dar. So wurde betont, dass diese Kinder und Jugendlichen als „Individuen mit speziellem Bedarf an medizinischer Versorgung" – und nicht etwa als „Behinderte" – anzusehen sind. Zahlreiche ursachen- und patientenbezogene Barrieren im Versorgungssystem wurden erläutert. Auch wurde auf die dringende Notwendigkeit der Fixierung des Patienten und die entsprechenden Leitlinien der American Academy of Pediatric Dentistry (kurz: AAPD) 2013 zur protektiven Stabilisierung des Patienten aufmerksam gemacht.

Dr. Ute Botzenhart, Oberärztin in der Poliklinik für Kieferorthopädie in Dresden, gab

mit ihrem Vortrag „Schnittstelle KZHK – KFO – Wann muss der Kieferorthopäde einbezogen werden?“ einen gelungenen Auftakt in das Zweitthema der Tagung. Anhand von zahlreichen Studien demonstrierte Frau Dr. Botzenhart, wo die Schnittstelle zur Kieferorthopädie genau liegt. Wichtig für eine gute kieferorthopädische Planung sind das Timing, die Art und Schwere der Anomalie, das Alter und die Compliance der Patienten. Eine sofortige Überweisung an den Kieferorthopäden ist im Falle des frühzeitigen Milchzahnverlustes wichtig, da dies die häufigste Ursache für eine Störung in der Gebissentwicklung und der Platzverlust in den ersten drei Monaten am größten ist. Bei frühzeitigem Milchzahnverlust gibt die Verzahnung Aufschluss über eventuelle Wanderung der 6-Jahr-Molaren. Im Falle von vorhandenen Lageabweichungen permanenter Zahnkeime ist es wichtig, den Durchbruch zu steuern. Frau Dr. Botzenhart sprach auch über die Indikationen zur interzeptiven Frühbehandlung bei extremen Kieferlagen, das Schlaf-Apnoe-Syndrom bei Kindern mit Klasse II sowie die Dringlichkeit der frühen Abstellung von Habits (wie Daumenlutschen oder Lippenbeißen). Mesiodentes sind häufig ein Zufallsbefund. Jungen sind doppelt so oft betroffen wie Mädchen, eine genetische Prädisposition wird angenommen. Um weitere Abweichungen in der Gebissentwicklung zu verhindern, sollten Mesiodentes frühzeitig entfernt werden. Sehr häufig kommen eine vergrößerte sagittale Stufe im Milchgebiss, primärer Engstand im Wechselgebiss sowie ein Kreuzbiss vor. Anzeichen hierauf wurden geschildert und sollten von Zahnärzten, die Kinder behandeln, frühzeitig erkannt werden. Bei einem unbehandelten Kreuzbiss besteht beispielsweise die Gefahr der asymmetrischen Unterentwicklung des Unterkiefers mit dem Risiko der Manifestation und Adaptation in den Kiefergelenken.

Professor K.-H. Dannhauer, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie in Leipzig sprach über die „Über- und Unterzahl von Zähnen – Therapiestrategien in Abstimmung zwischen KZHK und KFO“. In der Präsentation bekamen die Zuhörer Geschichtliches, virtuell beeindruckend dargestellte klinische Beispiele und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgezeigt. Die im Raum des Erzgebirges umweltbedingt häufig vorkommenden Nichtanlagen erfordern ein diagnostisches Waxup zur besseren Entscheidungsfindung und Patientenaufklärung. Die Autotransplantation eines 3. Molaren in die Alveole des 2. Milchmolaren sei eine in Leipzig zunehmende mögliche Therapievariante, welche bei den Patienten auf höhere Akzeptanz stößt. Ebenfalls wurden viele praktisch wertvolle Hinweise für den Kliniker gegeben, z. B., dass Doppelanlagen ein Mikrosymptom einer Spaltbildung sein können. Zusammenfassend sind eine genaue Abwägung und die interdisziplinäre Abstimmung zwischen der KZHK, der Prothetik, Implantologie und der Kieferorthopädie zielführend für eine individuell gerechte Therapie von Patienten mit über- oder unterzähligen Zähnen. Wichtig ist es, die in Professor Dannhauers Vortrag erwähnten Änderungen der Therapiestrategien zu etablieren und somit die Schnittmenge zwischen der Kinderzahnheilkunde und der Kieferorthopädie in der Therapie bestmöglich zu vereinen. Je früher die konzeptionelle Planungsphase stattfindet, desto größer fällt die Variantenvielfalt der Therapiemöglichkeiten aus.

Professor J. Henker (li.) und Professor T. Hoffmann (re.), Dresden

Über den Einfluss einer verbesserten Okklusion durch eine KFO-Behandlung auf die Ästhetik, das Profil, die Nasenatmung und das multifaktoriell bedingte Krankheitsbild der craniomandibulären Dysfunktionen sprach am Nachmittag Professor Dr. A. Sabbagh, Erfinder u. a. des Aquasplints und der SUS-Apparatur aus Erlangen. Der Referent gab viele hilfreiche praxisorientierte Tipps. Unter anderem wies er darauf hin, Patienten mit Deck- und Zwangsbiss erst mit Hilfe des Aquasplints zu entkoppeln. Der Aquasplint wirke nach dem Archimedes Gesetz und statt des langen Einschleifens würden fünf Minuten Stuhlzeit ausreichen, um den Patienten in eine muskulär entspannte Position zu bringen, gab Professor Dr. Sabbagh an. „Funktion versus Ästhetik – KFO aus funktioneller Sicht mit Schwerpunkt Kiefergelenksdiagnostik“ war Thema seines Vortrags. Die Frage der Extraktion oder der Expansion in Hinblick und Zusammenhang mit einer Verbesserung der Atmung wurde ebenfalls genauer beleuchtet. Auch gab Prof. Dr. Sabbagh eine Checkliste wichtiger funktioneller Proben, die nicht zuletzt aus forensischen Gründen unabdingbar routinemäßig vor jeder kieferorthopädischen Behandlung, aber auch prothetischen Neuversorgung durchzuführen sind.
Die Behandlung von Atmungsstörungen wie das Schnarchen mittels Protrusionsschienen wurde erläutert. Die Diagnose der allgemeinen Bindegewebsschwäche mit ihren kieferorthopädisch längeren Therapiezeiten sowie höheren Rezidivraten wurde hervorgehoben.

Zum Schluss gab Dr. Marie-Theres Weber aus der Poliklinik für Zahnerhaltung, Dresden, eine gelungene Übersicht über das Thema: „Was kann die ‚ästhetische‘ Zahnheilkunde richten?“. Sie stellte einige durchgängig spannende Fallbeispiele von konservierender Weiterversorgung nach Trauma und Kieferorthopädie sowie nach kieferorthopädischem Lückenschluss bei Aplasie der seitlichen Schneidezähne mit anschließender konservierender Umgestaltung der Eckzähne vor. Die minimal non-invasive Kombination mit Kompositaufbauten stellt heutzutage eine beeindruckende Alternative zu prothetischen Lösungen dar.

Bis zum Schluss war das Auditorium mit rund 240 aufmerksamen Fachspezialisten besetzt, die viele anregende praktische Tipps mit in ihren Alltag nehmen konnten. Die Vorfreude auf die im Herbst stattfindende nächste Tagung am 24. Oktober 2015 über „Oralchirurgische Aspekte zahnärztlicher Therapie“ steht bereits fest!

MDDr. Lilian Bauer
Zahnärztin
Poliklinik für Kieferorthopädie

Orale Gesundheit und „Fast Food“

„Weil Speis und Trank in dieser Welt doch Leib und Seel’ zusammenhält.“ Dieses Zitat stammt aus dem Libretto des Singspiels von Hinrich Hinsch zu „Don Quijote“. Es zeigt die elementaren Grundbedürfnisse des Menschen auf. Der Mensch heutzutage möchte allerdings nicht nur Hunger und Durst stillen, sondern das Essen und Trinken als „Genuss“ wahrnehmen. Der definitionsgemäß breite Ermessensspielraum zählt dabei von „Fast Food“ bis hin zum Gourmet-Restaurant. Auswirkungen auf die Gesundheit sind möglich. Der häufige und übermäßige Konsum moderner Lebensmittel kann zu Adipositas, Stoffwechselstörungen und Allgemeinerkrankungen führen. Doch auch die Mundgesundheit kann betroffen sein. Ein erhöhtes Kariesrisiko, Parodontopathien und Schmelzerosionen können entstehen.

Allgemeine Gesundheit und Ernährung

Studien belegen den Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Ernährungsgewohnheiten (1). Beachtlich, dass nicht nur das bürgerschaftliche Engagement und die soziale Vernetzung, sondern auch das Gesundheitsverhalten vom erreichten Bildungsgrad mitbestimmt werden (2). Ernährungsmuster werden schon in der frühen Erziehung eingeübt, die in der Regel die Jugendzeit überdauern und, wenn überhaupt, erst im Erwachsenenalter hinterfragt und gegebenenfalls geändert werden. Unsere Nahrungsaufnahme beeinflusst entscheidend unseren gesundheitlichen Lebensweg und ist bei einer Vielzahl von zum Tode führenden Krankheiten von immenser Bedeutung (3). Hierzu zählen koronare Erkrankungen, die häufig durch Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Übergewicht hervorgerufen werden (3). Die Veränderungen der Essgewohnheiten haben nachweisbar dazu geführt, dass sie der Gesundheit Schaden zufügen. Untersuchungen haben gezeigt, dass Kinder bereits im Mutterleib eine Vorliebe für bestimmte Lebens- und Genussmittel entwickeln und das Ernährungsverhalten unmittelbar beeinflussen können (4). Frühzeitige gezielte Aufklärungsprogamme können Mütter bzw. Eltern und Kinder unterstützen. Regeluntersuchungen sollten auch eine Ernährungsberatung einschließen, ebenso der Hinweis auf die zahnärztliche Untersuchung. In der jüngsten Stellungnahme (April 2015) der BZÄK zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention durch die Bundesregierung wird eine Änderung des § 26, SGB V zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von Kleinkindern im Alter zwischen 0 und 3 Jahren gefordert (5). Im Hinblick auf eine frühestmögliche zahnärztliche Betreuung, kombiniert mit den Früherkennungsuntersuchungen der Kinderärzte, stellt dies einen wichtigen Schritt zur Vorbeugung frühkindlicher Karies dar.

Übergewicht (BMI 25–30) und Adipositas (Fettleibigkeit, BMI > 30) haben in fast allen europäischen Ländern in den vergangenen zehn Jahren zugenommen (6). Jeder zweite deutsche Erwachsene (51,4 %/2009) ist dabei entweder übergewichtig (36,7 %/2009) oder sogar adipös (weiblich 13,8 %, männlich 15,7 %/2014), die Tendenz ist steigend. Hierbei spielt wohl auch die Wirtschaftskrise eine Rolle (7). Die Auswirkungen chronischer Erkrankungen lassen dabei auch die Kosten der gesundheitlichen Versorgung ansteigen (7). Zudem erschreckend, dass immer mehr Kinder und Jugendliche betroffen sind (7). Der Auslöser von Überernährung, Übergewicht und der daraus resultierenden Stoffwechselstörungen ist häufig das zuviel aufgenommene Fett und Salz in Kombination mit Zucker. Doch zählen hierzu noch einige andere Ursachen, neben ungesunder Ernährung wie z. B. Schlafmangel, Einnahme bestimmter Medikamente, Alter, Hormonprobleme, Stress, Bewegungsmangel, ungünstige Familienstrukturen, ethnische Herkunft sowie psychische, sozioökonomische und genetische Faktoren (8). Obwohl in Europa mittlerweile bekannt ist, dass der Anteil übergewichtiger und fettleibiger Menschen rapide zunimmt (9), wurde festgestellt, dass sich die Grundlagen für Fettleibigkeit schon im Kindesalter manifestieren (10). Kinder, die bereits in ihrer Kindheit übergewichtig oder adipös waren, blieben dies auch im Erwachsenenalter (10).

Fast Food – schnell und gesund?

Der Begriff „Fast Food“ wurde in den 1950er Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika geprägt. Obwohl häufig angenommen wird, dass die Amerikaner „Erfinder“ dieser Esskultur sind, gab es in der Tat schon in der Zeit der Römer in Städten viele arme Menschen, die weder Platz zum Kochen noch Geld zum Einkaufen in Lebensmittel-Geschäften hatten (11). Überliefert ist bereits ein sog. „Drive in“ im 12. Jahrhundert nahe der Themse in London, in dem vor allem hungrige Reisende rund um die Uhr „schnelles Essen“ kaufen konnten (11). Der Aufbau der Imbiss-, Schnell- und Systemgastronomie in Deutschland beförderte den Zugriff auf die „schnelle“ Mahlzeit, und große „Burger“-Ketten verhalfen schließlich dem „Fast Food“ zum anhaltenden Siegeszug. Die Aufnahme von „Fast Food“-Produkten in den täglichen Speiseplan geht hierbei auf die Zeitersparnis. Besondere Vorkehrungen für den Verzehr müssen nicht wahrgenommen werden. Gedeck wird bereitgestellt, Beseitigung von Geschirr ist nicht notwendig und es kann sowohl im Restaurant als auch per „Drive in“ an jedem beliebigen anderen Ort konsumiert werden. Die tägliche Arbeit oder die berufliche Verpflichtung muss nur kurz unterbrochen werden, 10 bis 15 Minuten reichen dazu meistens aus. Alle Speisen und Getränke sind für „kleines“ Geld zu erwerben, Gutscheinaktionen und Werbeflyer in der Boulevardpresse und in Jugendzeitschriften bieten prozen-

tuale Rabatte. Wichtig ist auch der weltweit gleichbleibende Geschmack innerhalb der jeweiligen Systemgastronomie-Kette. In den entsprechenden Lokalen herrscht eine lockere, entspannte Kantinenatmosphäre, die keine festen Essenszeiten kennt, Tischmanieren nicht betont und auf klassische Essgewohnheiten verzichtet. Die Umgebung und die Einrichtung sprechen Kinder, Jugendliche und Erwachsene an, Mobiliar und Tischordnung vermitteln einen besonderen Stil. Wer kommt bei all diesen Aspekten schon darauf, dass es bei übermäßigem Konsum moderner Lebensmittel zu Adipositas, Stoffwechselstörungen oder Allgemeinerkrankungen, ja sogar zu Zahnerkrankungen kommen kann. Möchte man dennoch den Genuss des Essens ohne Gewissensbisse zelebrieren, sei an dieser Stelle auf die Empfehlungen der American Heart Association aus dem Jahre 2006 hingewiesen (12). Diese geben Tipps rund um den Besuch eines „Fast Food"-Restaurants, von Informationen über den Gehalt an Kalorien, Fett und Salz bis hin zu Empfehlungen zu den einzelnen Gerichten. Dass bei Pizza nach weniger Käse, dafür nach fettreduziertem Belag wie Gemüse gefragt werden soll, von Pizzen überflüssiges Fett mit Servietten abzutupfen wäre, auf kleine Größen zurückgegriffen und der Genuss auf spezielle Anlässe beschränkt wird, sind hierbei nur ein paar Beispiele. Da Untersuchungen bei Kindern gezeigt haben, dass

Abb. 1 – Fehlernährung und Karies

Abb. 2 – Fehlernährung und Karies

Anzeigen

Bis zu* 20 FORTBILDUNGSPUNKTE

DGZI
Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Theorie und Demonstrationen am Humanpräparat

an der Medizinischen Akademie Dresden

Freitag 9. Oktober – Samstag 10. Oktober 2015

Anatomiekurs mit praktischen Übungen am Humanpräparat
2 Tage (FR und SA) ◗ 750,– €

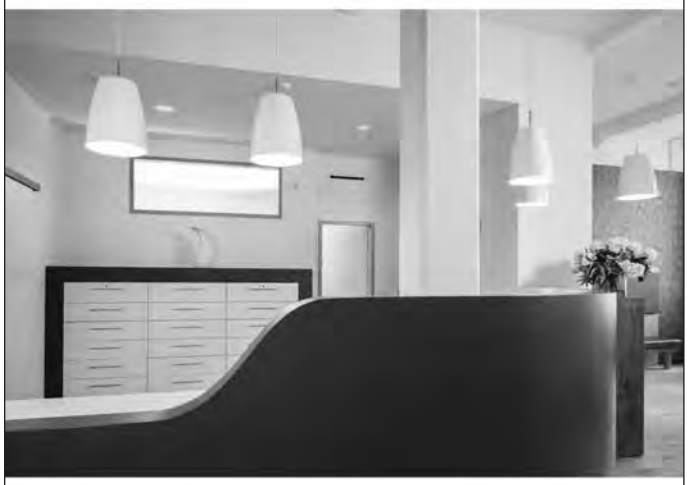
Auffrischungskurs mit Demonstrationen am Humanpräparat
1 Tag (nur FR) ◗ 275,– €

Anmeldung:
DGZI e. V.
Paulusstrasse 1, 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77, Fax: 0211 16970-66
sekretariat@dgzi-info.de

*(inkl. Literaturstudium und Lernerfolgskontrolle)

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

RaumGestalten



Planung | Einrichtung | Geräte
Murschnitz 2z | 09228 Chemnitz | Germany
Fon 037200 81 49 04 | Fax 037200 81 49 05
info@dentakon.de | www.dentakon.de

DENTAKON e.K.
Dentale Konzepte.

ein Zusammenhang zwischen Gewicht und Kariesfreiheit besteht (13), steht im Fokus etlicher Empfehlungen die Wissensvermittlung, was bei solcher Ernährung passieren, und dass die Wahl gesunden Essens ein Ernährungsbewusstsein bei Kindern schaffen kann (12).

Bedrohung der oralen Gesundheit

Allgemein anerkannt als Bedrohung der Zahngesundheit sind neben einem erhöhten Kariesrisiko Parodontopathien und Schmelzerosionen, die durch den Genuss moderner Lebensmittel hervorgerufen werden. Kohlenhydrate wie Glucose, Fructose, Lactose, aber auch Saccharose haben Einfluss auf die Entstehung von kariösem Zahnbefall, ebenso Stärke (14). Sie verringern die Härte des Zahnschmelzes und bewirken den Verlust elementarer Schmelzbestandteile wie Calcium, Phosphor und Sauerstoff (14). Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (Ergebnisse der DMS V werden erst im Herbst 2016 erwartet) stellt Ergebnisse zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen vor (15). Die Entwicklung des Kariesindex bzw. DMFT-Werts (Decayed-kariöse, missing-fehlende und filled-gefüllte teeth-Zähne) bei 12-Jährigen von 1983 bis 2005 fiel hierbei von 6,8 auf 0,7 (15). Verglichen mit der DMS III (1997) ist ein Rückgang der Karieserfahrung um 58,8 % zu verzeichnen (15). Hervorzuheben ist auch, dass 70,1 % der Kinder und 46,1 % der Jugendlichen ein Gebiss ohne jegliche Karies, Füllungen oder fehlende Zähne aufwiesen (15). In der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009 mit Gutachten aus den Bundesländern bzw. Landesteilen lagen die dmf-t-Werte (dmf-t/kleingeschrieben: Milchzähne; DMF-T/großgeschrieben: bleibende Zähne) bei den 6- bis 7-jährigen Kindern in Rheinland-Pfalz bei 1,78 (DMT-T 0,03), in Mecklenburg-Vorpommern bei 2,26 (DMF-T 0,08) und in Sachsen bei 1,89 (DMF-T 0,03) verglichen niedriger als in Bayern mit 2,36 (DMF-T 0,11). Der mittlere dmf-t für Deutschland in dieser Altersgruppe lag im Januar 2004 bei 2,16 nach einem Wert von 2,21 im Jahre 2000 und einem von 2,89 im Jahre 1994/95. Der Prozentsatz

Abb. 3 – Erosion in Kombination mit Abrasion

Abb. 4 – Erosion
Quelle: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Dipl.-Chem. B. Willershausen

der kariesfreien Kinder in dieser Altersgruppe variierte 2009, je nach Bundesland (RLP 55,5 %, MV 44,4 %, Sachsen 51,9 %, Bayern 50,4 %) (6). Auch bei den 12- und 15-Jährigen kann die steigende Tendenz der Kariesfreiheit beobachtet werden (RLP 12-j 0,66 DMF-T und 70 % kariesfrei; MV 12-j 0,98 DMF-T und 60,4 % kariesfrei, Sachsen 12-j 0,65 DMF-T und 71,9 % kariesfrei, Bayern 12-j 1,06 DMF-T und 62,3 % kariesfrei) (6). Dies deutet zwar auf einen Erfolg hin, lässt aber außer Acht, dass im Laufe des letzten Jahrzehnts weitere Inhaltsstoffe in Lebensmitteln in erhöhter Konzentration wie Fette, Salz, Konservierungsmittel und Zucker hinzugekommen sind. Deshalb weist die WHO darauf hin (16), den „versteckten Zucker" zu entdecken und dann zu meiden. Lebensmittel, die nicht süß schmecken, können einen hohen Anteil an Zucker enthalten, wie z. B. Fertiggerichte (z. B. Auflauf, Suppen, Pizza, Lasagne, Currywurst, Tomatenketchup, Würzmischungen, Fleischpanaden, Sauerkraut, Hülsenfrüchte, Chips, Cracker). Viele der heutzutage konsumierten Zucker sind „versteckt" und werden nicht als Süßigkeiten angesehen (16). Beispielsweise enthält ein Esslöffel Ketchup ca. 4 Gramm freien Zuckers (16), eine einfache Getränke-Dose zucker-gesüßter Limonade enthält bis zu 40 Gramm Zucker (ca. 10 Esslöffel) (16). Auch die kürzlich in Deutschland eingeführten Cola-Produkte verschiedener Hersteller mit Stevia-Zusatz sind sehr kritisch zu betrachten, da diese immer noch in einem halben Liter 34 Gramm Zucker enthalten (17), was z. B. die laut WHO empfohlene Tageshöchstdosis (22,5 g) bereits übersteigt (17). Die WHO weist in ihrer am 4. März 2015 (16) veröffentlichten Leitlinie Empfehlungen aus, dass Erwachsene und Kinder ihre tägliche Einnahme freien Zuckers auf weniger als 10 % ihrer täglichen totalen Energieaufnahme reduzieren sollten. Ein zusätzlicher Benefit entstehe bei weiterer Reduktion unterhalb von 5 % oder etwa 25 Gramm (6 Teelöffeln entsprechend) am Tag würde zudem gesundheitliche Vorteile bieten (16). Ausgenommen sind in der WHO-Leitlinie außerdem Zucker in frischen Früchten und Gemüse sowie natürlich vorkommende in Milchprodukten, weil diese keine Evidenz nachteiliger Auswirkungen auf den Menschen haben (16).

Parodontopathien und Zahnhartsubstanzverluste durch Erosion

Die Entstehung und das Fortschreiten von Parodontitis hängt mit dem Lebensstil und der Ernährung zusammen. Übermäßiges Körpergewicht und dadurch sich ergebender Körperfettanteil führen nachweislich zur Erkrankung des Zahnhalteapparates (18). Die im Fettgewebe produzierten Substanzen nehmen Einfluss auf das Knochengerüst und die Knochendichte (19). Leidet der Körper unter Mangelerscheinungen, etwa Vitamin C und B, beeinflusst dies die parodontale Situation ganz erheblich. Wird also das Gewicht auf Normalmaß reduziert, eine ausgewogene Ernährung und körperliche Bewegung initiiert, so steht dem allgemeinen und oralen Wohlbefinden nichts im Wege, denn die Nahrungsaufnahme nimmt wesentlichen Einfluss auf geistiges, psycho- und physiologisches sowie soziales Wohlbefinden (20). Ist allerdings die Zahnhartsubstanz geschwächt, etwa durch Säureeinwirkungen, entstehen erosionsbedingte Zahnschäden. Säurehaltige Zusätze wie Zitronensäure, Phosphorsäure, Ascorbinsäure, Kohlensäure oder auch Weinsäure und Aromastoffe führen zu einem pH-Abfall. Der für die Entstehung von Entmineralisierungen des Zahnschmelzes kritische pH-Wert liegt bei 5,5;

des Milchzahnschmelzes bei 6,3 bis 6,59, wie Untersuchungen gezeigt haben (21, 22). Die bei jungen Erwachsenen beliebten Alkopops mit Fruchtzusatz, die zusätzlich Koffein enthalten können, gehören zu den erosionsfördernden Getränken (23). Als empirisch belegt gelten die Trinkgewohnheiten als wesentlicher Faktor bei der Entstehung von Erosionen (24). Infolge der veränderten Konsumgewohnheiten nehmen Zahnhartsubstanzverluste immer mehr zu. Häufiger Genuss von Limonaden, Brausen, Fruchtsaftgetränken wie Apfelsaft und Orangensaft sowie Soft Drinks, in verdünnter wie auch in unverdünnter Form, verstärken dieses Problem und rufen, erst recht mit dem Einhergehen schlampiger Verhaltensweisen in der Zahnpflege, nach Prophylaxe und späterer Restauration. Zuckerfreie Kaugummis haben zwar keinen relevanten mechanischen Zahn-Putz-Effekt, stimulieren allerdings den Speichel beim Kauen erhöhen den pH-Wert und fördern die Remineralisation (25). Imfeld empfiehlt daher den Genuss zahnfreundli-cher Kaugummis nach Mahlzeiten und kohlehydrathaltigen Snacks, falls keine sonstige Möglichkeit mechanischer Plaquereduktion zur Mundhygiene möglich ist (25).
In einer Querschnittsstudie unter 4.246 Erwachsenen, bei der neben zahnärztlichem Befund mit Parodontalem Screening Index (PSI) auch BMI und Bauchumfangmessung durchgeführt wurde, konnte eine Korrelation zwischen Bauchumfang und Parodontitis beobachtet werden, allerdings kein Zusammenhang mit dem BMI (26). Wenn auch bei Patienten mit metabolischem Syndrom (abdominelle Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Hypertriglyzeridämie, geringem HDL und erhöhter Glucosekonzentration im Blut oder Insulinresistenz) eine Korrelation zu Parodontalerkrankungen (TT ≥ 2,5 mm) bei Frauen signifikant ermittelt wurde, so hat die abdominelle Fettleibigkeit trotzdem wesentlichen Einfluss bei beiden Geschlechtern (27). In einem systematischen Review mit Meta-Analyse konnte eine positive Korrelation zwischen hohem Übergewicht und Parodontalerkrankungen bestätigt werden (28). Eine eindeutige Aussage, ob Fettleibigkeit ein Risikofaktor für Parodontalerkrankungen ist, konnte allerdings basierend auf nur wenigen soliden Studien nicht getroffen werden, wenn auch der klinische Alltag häufig einen Zusammenhang vermuten lässt (28). Dennoch gibt es Studien, die einen Zusammenhang zwischen BMI und Parodontitis bei Frauen und Männern eindeutig belegen, wie auch Morita et al. in einer Studie über einen 5-Jahres-Zeitraum beschrieben (29). Untersucht man einen Zusammenhang zwischen Zahnlosigkeit und Übergewicht, kann bei Frauen im Alter von 55–74 Jahren eine signifikante Korrelation festgestellt werden, während diese bei Männern (55–84 Jahre) deutlich schwächer und lediglich in einer Umfrage gesichert werden konnte. In einer Untersuchung von 2071 Grundschulkindern in Mainz konnten bei Untergewichtigen 49,6 % kariesfreie Gebisse und 50,4 % Gebisse mit Karies beobachtet werden (30). Bei Normalgewichtigen (46,9 % und 53,1 %) stieg der prozentuale Anteil bis hin zu übergewichtigen (39,1 % und 60,9 %) und adipösen Kindern mit nur noch 36,3 % kariesfreien Gebissen und 63,7 % Gebissen mit Karies und somit zahnärztlichem Behandlungsbedarf (30). Eine signifikante Beziehung zwischen Übergewicht und Kariesfrequenz im Milch- sowie im bleibenden Gebiss konnten ebenso beobachtet werden (31). Auch Costacurta et al. konnten einen direkten Zusammenhang zwischen Adipositas und Kariesinzidenz belegen (32). Daher sollten Präventionsprogramme nicht nur auf die Bedeutung der Ernährung in Bezug auf Allgemeinkrankheiten, sondern auch im Hinblick auf die Entstehung von kariösen Läsionen abzielen (31). Wenn auch häufig ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und Kariesprävalenz besteht, kann eine zwangsläufige Verknüpfung nicht immer bestätigt werden. Ein übermäßiger Genuss von säurehaltigen Getränken wie Fruchtsäften und „Soft Drinks“ kann zu erheblichen Schädigungen der Zahnhartsubstanz führen (33). Dieser Zahnhartsubstanzverlust ist irreversibel und meist schmerzlos; der chemische Prozess entsteht durch Entmineralisierung ohne die Beteiligung von Bakterien (33). In einer Studie unter 795 Jugendlichen in Norwegen wurden 2014 bei 59 % der Probanden Erosionen erfasst (34). Betroffen waren hier meistens die

Anzeige

Ihr „Widerrufsjoker“ bei Lebens- und Rentenversicherungen

Ob nun gekündigt oder regulär abgelaufen, Verträge, die in der Zeit von 1995 bis 2007 abgeschlossen und erst ab 2003 beendet wurden, können bei fehlerhaften Widerspruchs- und Rücktrittsbelehrungen heute noch durch Versicherungsnehmer rückabgewickelt werden. Der Europäische Gerichtshof und der Bundesgerichtshof haben hierfür in 2014 und 2015 Meilensteine zum Schutze der Versicherungsnehmer gesetzt. Steuervorteile müssen nicht zurückgezahlt werden.
Zum Beispiel kann bei gescheiterter Praxisfinanzierung aus 1996 die Nachzahlung aus 2011 an die Bank dadurch kompensiert werden, dass wegen Fehlern in der Widerspruchsbelehrung heute noch dem Lebensversicherungsvertrag widersprochen wird. Eingezahlte Prämien müssen mit 7 % verzinst werden. Nach Abzug der Versicherungsleistung ergibt sich ein Nachschlag von bis zu weiteren 25 %, der beim Versicherer durchzusetzen ist.

Fazit: Eine Selbstüberprüfung des Dokumentenarchives kann sich lohnen. Gern überprüfen wir weitere Policen zur Einschätzung der Erfolgsaussichten.

Jens Reime | Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Innere Lauenstraße 2 | Eingang Heringstraße | 02625 Bautzen
Telefon 03591 2996133 | Telefax 03591 2996144
www.rechtsanwalt-reime.de | info@rechtsanwalt-reime.de

palatinalen Bereiche der oberen Frontzähne (48 %) und die Höcker der oberen Molaren (66 %). Einen Zusammenhang zwischen Erosionen und kariösen Läsionen, sozioökonomischem Hintergrund oder Wohnort gab es nicht (34). Auch der häufige und übermäßige Konsum von Zitrusfrüchten, die mittlerweile wesentlicher Bestandteil der täglichen Ernährung sind, kann erheblichen erosiven Schaden der Zahnhartsubstanz hervorrufen (35). Wesentlich hierbei sind die Art der Nahrungsaufnahme, die Dauer des Genusses sowie länger andauernd exponierte Zahnflächen (35). In einer Studie in Südindien aus dem Jahre 2013 wurden bei 605 Schulkindern im Alter von 11–14 Jahren Ernährungsgewohnheiten und Mundhygiene erfragt sowie diese zahnärztlich untersucht (36). Dabei wurde bei Kindern mit häufigem Genuss von Zitronensaft und kohlesäurehaltigen Getränken vermehrt erosiver Schaden beobachtet. Dieser erstreckte sich zwar meist nur auf die Schmelzbereiche (94,5 %), wurden allerdings öfter im Molaren- (65 %) als im Frontzahnbereich (35 %) festgestellt (36). Interessant war dabei auch, dass Kinder aus Privatschulen vermehrt erosive Defekte aufwiesen (36). Auch von Zhang et al. (37) konnten erosive Schäden bei Kindern mit Karies-Erfahrung auf den häufigen Genuss von Soft-Drinks und Vitamin-C-Ergänzungen zurückgeführt werden (37). Eine Korrelation starker Erosionen mit häufigem Konsum von Softdrinks, vorhandener kariöser Läsionen und BMI konnte zudem von Isaksson et al. in der Gruppe schwedischer 20-Jähriger beobachtet werden (38). Bei einer vergleichenden Untersuchung von sechs verschiedenen Getränken, darunter auch Apfel- und Orangensaft, zeigte sich ein signifikanter Schmelzverlust (39). Die Erosion korrelierte mit dem pH-Wert der Getränke und der Calcium-Konzentration und durch den Vorgang der mechanischen Bearbeitung, dem Zähneputzen, ging zusätzliche Zahnhartsubstanz verloren (39).
Zwar konnte in vitro das erosive Potenzial durch einen Verlust verschiedener Elemente wie Calcium, Phosphor und Sauerstoff im Zahnschmelz der ersten und zweiten Dentition nach verschiedenen Inkubationsbedingungen beobachtet und ein Verlust des jeweiligen Elements in Tiefen bis zu 40 µm erkannt werden (40), so lässt sich aufgrund der zahlreichen modifizierenden in vivo beeinflussenden Faktoren eine unmittelbare Aussage zur menschlichen Zahnhartsubstanz nur mit Vorsicht treffen (40).
Weißwein hat z. B. ein höheres erosives Potenzial als Rotwein (41), was bei häufigem Konsum ebenfalls zu ernsthaften Erosionen führen kann. Beeinflussende Co-Faktoren wie die Schutzeigenschaften des Speichels, Glykoproteine als auch die Pellikelschicht müssen an dieser Stelle erwähnt werden. Die Unterschiede der pH-Werte von Getränken, Nahrungsmitteln als auch des Speichels beeinflussen die dentale Erosion ebenso wie die Pufferkapazität des letzteren als auch der variable Mineraliengehalt an Calcium, Phosphor und Fluorid der Flüssigkeiten und Nahrungsmittel.

Aufklärung – Kontrolle – oder doch Genuss?

Aufklärungsarbeit und präventive Maßnahmen müssen in der pränatalen Phase bei den Müttern bzw. den Eltern einsetzen. Ist bei ihnen ein Grundwissen über potenzielle Gefahren und Auswirkungen beim Genuss zucker- bzw. säurehaltiger Getränke niedergelegt, fällt es ihnen nicht schwer, dieses Wissen und die dazu notwendigen Verhaltensweisen mit ihren Kindern einzuüben. Dem Zuckergehalt, in reiner Form und durch Ersatzstoffe, wie man sie in Fruchtsäften oder kohlensäurehaltigen Limonaden findet, gilt die Aufmerksamkeit. Hier soll nicht der totale Verzicht ausgesprochen werden, jedoch ist eine Reduktion von entscheidender Bedeutung für eine spätere gute Zahngesundheit. Gegen eine Regeluntersuchung beim Zahnarzt ab einem gewissen Zahnstatus (Kinderarzt) mit Testat ist nichts einzuwenden, eine Früherkennungsuntersuchung ab dem 6. bis zum 30. Lebensmonat jedoch sehr zu empfehlen. Die Pflege der kindlichen Zähne sollte so früh wie möglich beginnen. Eltern, Erzieher/-innen und Lehrer/-innen sollten immer wieder unterstützend aufklären und, wenn möglich, Zeit hierfür einräumen. Gleichzeitig sollten Ernährungsempfehlungen gegeben werden, die darauf abzielen, abwechslungsreiche Nahrung zu sich zu nehmen, um den Organismus insgesamt, hier den oralen Bereich, mit Nährstoffen, Vitaminen und Spurenelementen zu versorgen. Mit Bewegung wäre dies der richtige Schritt zu einer guten Zahngesundheit. Wie aus anderen medizinischen Fachgebieten bekannt, wären Hinweise oder Ratschläge zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge durch die behandelnden Zahnmediziner nicht nur empfehlenswert, sondern eine unverzichtbare und wichtige Maßnahme zur Prävention (42). Der Snack, der Keks oder Schokoriegel als kleine Zwischenmahlzeit darf dabei auch weniger süß ausfallen und durch andere Gaben (Käse, Fleischstückchen) ersetzt werden. So sollte auch ein Stück Schokoladenkuchen lieber mit Freude als mit einem Schuldgefühl konsumiert werden, haben Kuijer & Boyce (43) herausgefunden. Dies habe einen positiven Effekt bei Gewichtsverlust über einen 3-Monats-Zeitraum (43). Zudem kann auch der moderate Schokoladenkonsum zu einem reduzierten Diabetesrisiko führen (44), ja sogar dunkle Schokolade positive Effekte auf kardiovaskuläre Parameter haben (45). Und nicht zuletzt konnte in der Literatur der Konsum von Schokolade, der bekanntlich kognitive Funktionen steigert, positiv korreliert werden mit der Anzahl der Nobelpreisträger des jeweiligen Herkunftslandes (46). Demnach ist die Anzahl von Nobelpreisträgern in Ländern wie Schweden und der Schweiz mit entsprechend hohem Schokoladenkonsum höher als in Ländern wie beispielsweise Japan und Brasilien mit einer niedrigen Anzahl von Nobelpreisträgern und geringem Schokoladenkonsum, Deutschland rangiert auf Platz sieben (46) – ein klarer Appell an alle wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Schokoladen-Genießer: Schokolade macht's möglich.

Dr. med. dent. Thomas G. Wolf
Univ.-Prof. Dr. med. dent. Dipl.-Chem. Brita Willershausen
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
thomaswolf@uni-mainz.de

Gibt es Indikationen für Devitalisationspasten?

Devitalisierungsmittel sind in der Zahnheilkunde schon sehr lange bekannt. Ursprünglich zur Bekämpfung von Zahnschmerzen gedacht, wurden arsenhaltige Pasten in schmerzende Zähne appliziert. Aufgrund zahlreich beschriebener Nebenwirkungen wie Entzündungen des Parodonts, Nekrosen der Gingiva sowie des Alveolarknochens bis hin zu systemischen Nebenwirkungen wurden diese Pasten Anfang des 20. Jahrhunderts durch Medikamente mit Zusatz von Paraformaldehyd ersetzt (1, 2, 3). Fränkel beschrieb 1924 in seiner Dissertationsschrift erstmals ein Rezept für eine Paste auf Paraformaldehydbasis unter Zusatz von Stoffen mit anästhesierender Wirkung (4). Der Kontakt mit Paraformaldehyd bewirkt im vitalen Gewebe die Koagulation der Zellwandproteine und damit das Absterben der Zellen. Durch die dabei entstehenden Mikrothromben und damit bedingter weiterer Störung der Mikrozirkulation kommt es zur Fixation des Gewebes (5). Bis in die heutige Zeit finden die paraformaldehydhaltigen Devitalisationspasten breite Anwendung, obwohl in der Literatur mehrere Fallberichte die Nebenwirkungen wie Weichgewebsnekrosen der Interdentalpapille, Nekrosen der Gingiva und des Alveolarknochens sowie allergische Reaktionen nach Anwendung von paraformaldehydhaltigen Devitalisationsmitteln belegen (3, 6, 7, 8, 9). Weitere Untersuchungen bestätigen die Zytotoxizität, Mutagenität, Kanzerogenität bei Formaldehydexposition (10, 11). Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie die European Society of Endodontology (ESE) sehen die Anwendung von paraformaldehydhaltigen Devitalisationspasten, abgesehen von Ausnahmefällen, nicht mehr vor (12, 13).

Die in der Bundesrepublik Deutschland am häufigsten verwendeten paraformaldehydhaltigen Devitalisationspasten sind Depulpin (Firma Voco, Cuxhaven) und Toxavit (Firma lege artis Pharma, Dettenhausen). Für das Jahr 2014 bestätigten drei Dentaldepots die Abgabe von insgesamt mehr als 150 Einheiten paraformaldehydhaltiger Devitalisationspasten an circa die gleiche Anzahl Zahnärzte im Großraum Dresden.

Exemplarisch zeigen die Abbildungen 1 bis 6 das klinische Erscheinungsbild für lokale Nebenwirkungen nach Applikation von paraformaldehydhaltiger Devitalisationspaste bei undichter Deckfüllung. Die Abbildungen 7 – 15 zeigen den weiteren Wundheilungs- und Behandlungsverlauf unter Verlust der Interdentalpapille.

Nach den Gebrauchs- und Fachinformationen beider Hersteller der paraformalde-

Abb. 1 – Insuffiziente Deckfüllung Zink-Phosphat-Zement mit Füllungsfrakturen

Abb. 2 – Röntgenaufnahme des Ausgangsbefundes mit Verdacht auf eine insuffiziente Deckfüllung

Abb. 3 – Ansicht von okklusal nach Entfernung des mesialen Teiles der Füllung: Nekrose der Interdentalpapille, der Gingiva und beginnend am Alveolarknochen

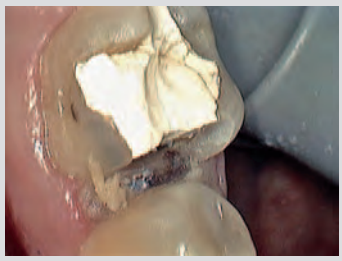


Abb. 4 – Ansicht von bukkal

Abb. 5 – Ansicht von okklusal nach abgeschlossener Präparation mesial

Abb. 6 – Zustand nach präendodontischer schmelz-dentinadhäsiver Aufbaufüllung und Darstellung des Pulpacavum mit Blick auf die Devitalisationspaste

Abb. 7 – Pulpacavum nach Entfernung der Devitalisationspaste

Abb. 8 – Zustand 14 Tage nach initialer Behandlung, Verlust der Interdentalpapille, Ansicht von bukkal

hydhaltigen Devitalisationspasten müssen unter anderem folgende Rahmenbedingungen erfüllt sein (14, 15).

1. Die Devitalisationspaste ist nur dann anzuwenden, wenn besondere Gründe vorliegen, welche die Anwendung aldehydfreier Medikamente verhindern. Vorstellbar ist der Fall einer nicht ausreichenden Anästhesietiefe. Ursachen dafür sind häufig falsche Injektionstechnik und/oder in Menge oder Dosierung nicht ausreichendes Anästhetikum. Durch die heute zur Verfügung stehenden Anästhetika und zusätzliche Anästhesieverfahren wie intraligamentäre und ggf. intrapulpale/intrakanaläre Anästhesie kommen „Anästhesieversager" nahezu nicht mehr vor.
2. Es ist ein dichter und kaustabiler Verschluss zu gewährleisten, der den Austritt des Devitalisationsmittels verhindert. Gegebenenfalls muss insuffizientes Füllungsmaterial am betroffenen Zahn entfernt werden. Anschließend ist der Zahn mittels Glasionomerzement oder schmelz-dentinadhäsiv mit Komposit zu restaurieren, um die Dichtheit zu gewährleisten. Vorhandene Restaurationen aus Amalgam, Zink-Phosphat-Zement oder Cavit (Firma 3M Espe, Seefeld) erfüllen nicht vollständig die geforderten Vorgaben (16).
3. Jeder Kontakt der Devitalisationspaste zum umliegenden Gewebe ist zu vermeiden. Das ist nahezu nicht ausschließbar und bedeutet, dass der Behandler das Vorliegen von akzessorischen Kanälen, Rissen und Frakturen, Perforationen und Resorptionen im Rahmen der Intrakoronalen endodontischen Diagnostik (IKD) detektieren muss. Dies ist ohne optische Vergrößerung mittels Kamera, Lupenbrille oder Dentalmikroskop nahezu ausgeschlossen (17, 18).
4. Der Patient ist über den Einsatz sowie alle damit verbundenen erwünschten und unerwünschten Wirkungen des benutzten Devitalisierungsmittels aufzuklären. Die aldehydfreien Alternativen sind dem Patienten aufzuzeigen. Nicht erst seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetz am 26.02.2013 sind die Anamnese, die Symptomatik, klinische und paraklinische Befunde, Diagnosen und Differenzialdiagnosen sowie die Aufklärung des Patienten hinsichtlich der Befunde, der geplanten Behandlung und deren Alternativen dezidiert zu dokumentieren.

Gegen die Anwendung der paraformaldehydhaltigen Devitalisationspasten sprechen

1. die in vielen Falldarstellungen und tierexperimentellen Untersuchungen bestätigten unerwünschten Wirkungen,
2. die geforderte umfangreiche Aufklärung vor Anwendung paraformaldehydhaltiger Devitalisationspasten,
3. der zeitliche und instrumentelle Aufwand für die Herstellung einer dichten präendodontischen Aufbaufüllung mit Glasionomerzement oder in schmelz-dentinadhäsiver Technik mittels Komposit,
4. der große zeitliche und instrumentelle Aufwand für die Intrakoronale endodontische Diagnostik (IKD) zum Ausschluss von akzessorischen Kanälen, internen Resorptionen, Rissen und Frakturen,
5. die Verfügbarkeit von paraformaldehydfreien Alternativen,
6. die rechtliche Einordnung der Anwendung paraformaldehydhaltiger Devitalisationspasten beim Eintreten von Komplikationen (19, 20).

Dr. med. dent. Mario Schulze, Dresden
Praxis für Zahnerhaltung und Endodontie

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

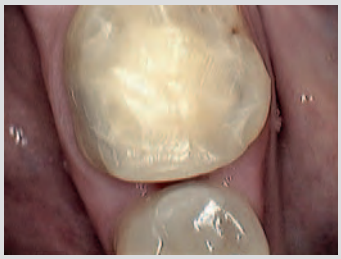


Abb. 9 – Ansicht von okklusal

Abb. 10 – Ansicht von lingual

Abb. 11 – Masterpointaufnahme

Abb. 12 – Kontrolle nach Wurzelfüllung vor postendodontischer Restauration

Abb. 13 – Klinisch nach Wurzelfüllung, mesiale Wurzelfüllung

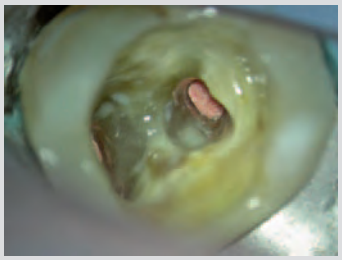


Abb. 14 – Klinisch nach Wurzelfüllung, distale Wurzelfüllung

Abb. 15 – Röntgenkontrolle nach Abschluss der Behandlung

Datenschutz mit Prüfsiegel

Sie macht auch vor Zahnärzten nicht halt: die Digitalisierung der Geschäftswelt. Auch in einer Zahnarztpraxis werden Daten online gesendet, empfangen und digital abgelegt. Das stellt an IT-Prozesse, Sicherheit im Web und Datenübertragungswege immer weiter steigende Anforderungen. Besonders sensibel wird dieses Thema im Umgang mit Patienten: Vertrauliche Daten müssen in ihrer digitalen Verarbeitung lückenlos geschützt werden. Vorbildwirkung im Umgang mit solchen Daten hat die PVS Sachsen. Der Abrechnungsdienstleister erhielt als einer der ersten deutschlandweit das Zertifikat „Geprüfter Datenschutz".

Der verantwortungsvolle Umgang mit Patientendaten ist seit 25 Jahren einer der Erfolgsgründe für die ärztliche Gemeinschaftseinrichtung PVS Sachsen. Sie entwickelte ein professionelles und transparentes Datenschutzmanagement: Es wird stets sowohl an technische als auch gesetzlich bedingte Anforderungen angepasst.

Die ausgereifte und gute Qualität dieses Managements ist nun vom TÜV Saarland mit dem Zertifikat „Geprüfter Datenschutz" bestätigt worden. Grundlage der Zertifizierung waren die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes, die weiterführenden Normen im Bereich Technik und Informationsschutz sowie die zutreffenden Bestimmungen des Sozialgesetzes. Bereits 2010 erstellte das Unternehmen in Kooperation mit dem Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. Datenschutzrichtlinien, die deutlich über gesetzlich geforderte Maßstäbe hinausgehen. Auf der Internetseite stehen sie als Abrechnungs- und Datenschutzcodex zum Download bereit.

„Das gegenseitige Vertrauen zwischen Auftraggeber und PVS Sachsen ist Basis unserer gesamten Arbeit", hält Geschäftsführer Michael Penth fest. „Nur so funktioniert unser Anspruch, Problemlöser für Ärzte sowie Klinikverwaltungen zu sein und dadurch den enormen Verwaltungsaufwand spürbar zu reduzieren", erläutert er.

Mit dem Zertifikat des TÜV Saarland wird dieses Vertrauen nun offiziell bekräftigt. Dass die PVS Sachsen einer der ersten deutschen Anbieter in diesem Bereich „geprüfter Datenschützer" ist, untermauert zudem die Vorreiterrolle des Unternehmens, wenn es um Datenhandling geht.

Weitere Informationen:
Sabine Sickora
Datenschutzbeauftragte
PVS Sachsen GmbH
Telefon: 0351-8981374

Digitale bildgebende Systeme in der Praxis

Der Boom von digitalen bildgebenden Systemen in der Zahnmedizin wirft bei Behandlern im Wesentlichen zwei Fragen auf: Zum einen die nach der Sinnhaftigkeit der unterschiedlichen Technologien für die eigene Praxis und zum anderen die nach deren Bedienbarkeit. Antworten hierzu gibt das 1. Symposium „Analog goes Digital", das am 4. und 5. März 2016 unter dem Motto „Von Anwendern für Anwender" in Frankfurt am Main stattfindet. Das Symposium will den Teilnehmern einen direkten Dialog mit Experten und damit individuelle Antworten auf individuelle Fragen ermöglichen. Die zwölf Referenten – vorwiegend Praktiker – beschäftigen sich seit vielen Jahren mit digitalen bildgebenden Verfahren und geben den reichhaltigen Fundus ihres Wissens weiter. Die Vorträge sind praxisnah und mit vielen Fallbeispielen gespickt. „Ob die Teilnehmer ihre 2D-Röntgen-Diagnostik verbessern wollen, vielleicht noch tiefer in das Thema 3D-Diagnostik einsteigen wollen oder sie sich für die Abdrücke mit intraoralen Scannern interessieren – es wird mit Sicherheit für jeden etwas Interessantes dabei sein", umreißt Dr. Oliver Müller das Themenspektrum von „Analog goes Digital".

Imaging-Spezialist Carestream Dental unterstützt die Veranstaltung als Gold-Sponsor. „Es ist unser übergeordnetes Ziel, immer nah an den Bedürfnissen der Anwender zu sein. Bei „Analog goes Digital" steht der anwendungsbezogene Nutzen von digitalen bildgebenden Technologien im Vorder-

Fortsetzung auf nächster Seite

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

grund", erklärt Frank Bartsch, Trade Marketing Manager bei Carestream Dental, die Motivation des Unternehmens zum Sponsoring.
Der erste Fortbildungstag am 4. März steht ganz im Zeichen der Workshops. Jeder Teilnehmer kann bei der Anmeldung aus drei von sechs Workshops zu den Themen Abrechnung, DVT-Bedienung, Diagnostik, DVT-Druck, Navigation, CAD/CAM und Vernetzung digitaler Geräte wählen.
Die Teilnehmerzahl pro Workshop ist auf 12 – 20 Personen begrenzt: Frühes Anmelden sichert also Plätze in den favorisierten Workshops. „Am Ende dieses ersten Fortbildungstages können sich Teilnehmer und Referenten über die Digitale Welt in der Zahnheilkunde austauschen oder einfach nur den Abend genießen, der vielleicht noch die eine oder andere Überraschung mit sich bringt", kündigt Dr. Oliver Müller an.
Am 5. März hält das Programm insgesamt neun spannende Vorträge bereit. Die vielfältigen Themen verfolgen einen roten Faden: Die wirtschaftliche, diagnostisch und therapeutisch sinnvolle Integration digitaler bildgebender Systeme in die zahnmedizinische Praxis. Besonderer Fokus wird dabei auf die Fachgebiete Endodontie und Implantologie gelegt.
Die Kosten des Symposiums betragen 790 Euro zzgl. MwSt. pro Teilnehmer inkl. Übernachtung, Abendveranstaltung, Catering, Workshops und Kursunterlagen. Bei einer Buchung bis zum 30.10.2015 nur 740 Euro zzgl. MwSt. Die Teilnehmer erhalten 14 Fortbildungspunkte. Das Symposium ist auf maximal 100 Teilnehmer begrenzt. So wird sichergestellt, dass auch die Beantwortung individueller Fragen und ein enger Dialog mit den Referenten möglich sind.
Weitere ausführliche Informationen zur Veranstaltung und eine Anmeldemöglichkeit finden Sie unter www.analoggoesdigital.de.

Weitere Informationen:
Carestream Health Deutschland GmbH
Telefon 0711 20 70 73 06
www.carestreamdental.de

Praxisverkauf/-abgabe

KFO-Praxis in Chemnitz, bestens etabliert, verkehrsgünstig, in I/2016 aus Altersgründen abzugeben. **Chiffre 1035**

Einzelpraxis/Fachrichtung Allgemein in Oppach ab 01.02.2016 oder später zu verkaufen. **Chiffre 1034**

Suche altersbedingt Nachfolge für ZAP in Leipzig, 2 Behandlungszimmer, kl. Labor, ggf. als Zweitpraxis geeignet. **Chiffre 1037**

Doppelpraxis Zahnmedizin/ Allgemeinmedizin Ende 2016 abzugeben, landschaftlich schön gelegen, Urlaubsregion, Nähe zu Dresden. **Chiffre 1036**

Praxisabgabe zum 1.1.2016 – Top-Lage im Stadtzentrum von Goslar, umsatzstark, 4 Behandlungszimmer, 1 kl. Labor, perfekt eingespieltes Team; **Chiffre 1031**

KFO Leipzig-Taucha
Umsatzstarke und moderne KFO-Praxis, langjährig etabliert, 3 BHZ, KFO-Zahntechnik, digitales Röntgen, kein Investitionsstau, zu verkaufen; **Telefon 0172 3417109**

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe liegt eine Beilage zur **Fachdental Leipzig** bei.
Wir bitten um freundliche Beachtung.

„Man muss Glück teilen, um es zu multiplizieren."
Marie von Ebner-Eschenbach
SOS KINDERDÖRFER WELTWEIT
www.sos-kinderdoerfer.de

Markt

Dental Labor MARION LAUNHARDT
für KFO
Steile Straße 17
01259 Dresden
Tel. (03 51) 2 03 36 10
Fax (03 51) 2 03 36 60
www.KFO-aus-Sachsen.de

Verkaufe komfortables Einfamilienhaus in ruhiger Südhanglage im Raum Aue-Schwarzenberg, 150 m² Wohnfläche, voll unterkellert, großer Wohnwintergarten, Garage, 2 Stellplätze, 1.600 m² wunderschöner Landschaftsgarten mit Terrassen, Biotop, Gewächshaus, Energiepass liegt vor.
Anfrage unter: **0172 7962832**

PraxisKonzept Baumann
Abrechnungs- & Praxisberatung
Isabel Baumann
08132 Mülsen
☎0152-29097645
www.praxiskonzept-baumann.de

Stellenangebote/ -gesuche

Erfahrener Implantologe bietet Mitarbeit im Team. Welche Praxis im Raum Leipzig möchte Spektrum erweitern. Kollegiale Zusammenarbeit auf Honorarbasis erwünscht. **Chiffre 1033**

Angestellte/-r Zahnärztin/ Zahnarzt in Vollzeit/Teilzeit für moderne umsatzstarke erfahrene Zahnarztpraxis im südlichen Brandenburg ab sofort für langfristige Zusammenarbeit gesucht, alle Bereiche außer KFO. Biete grund- und umsatzbeteiligtes Honorar. **Telefon 0172 3609731**

Augsburg – Zahnarzt/in angestellt *www.zaehneundco.de* hochmoderne Praxis mit Labor, viele Patienten, gute Verdienstmöglichkeiten. Bitte direkt per E-Mail bewerben an *susanneberr@gmail.com*

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

Geburtstage im September 2015

60	03.09.1955	Dipl.-Stom. **Herbert Eggert** 08548 Syrau
	05.09.1955	Dipl.-Stom. **Stephan Fritzsche** 01309 Dresden
	06.09.1955	Dipl.-Stom. **Fedor Ekelmann** 04275 Leipzig
	06.09.1955	Dr. med. **Regine Hoffmann** 01917 Kamenz
	06.09.1955	Dipl.-Stom. **Ralf Zschelletzschky** 02681 Crostau
	07.09.1955	Dipl.-Stomat. **Martina Greiner-Lar** 01277 Dresden
	07.09.1955	Dipl.-Stom. **Christel Laue** 09127 Chemnitz
	09.09.1955	Dr. med. **Frank Arnold** 09509 Pockau
	11.09.1955	Dr. med. **Gerd Weiher** 04229 Leipzig
	13.09.1955	Dipl.-Stom. M.Sc. **Andreas Krüger** 09119 Chemnitz
	15.09.1955	Dipl.-Stom. **Thomas Bauer** 09376 Oelsnitz
	16.09.1955	Dipl.-Stom. **Regine Förster** 01558 Großenhain
	17.09.1955	Dipl.-Stom. **Sybille Hellwig** 09599 Freiberg
	17.09.1955	Dr. med. **Thomas Kühn** 01219 Dresden
	18.09.1955	Dipl.-Stom. **Oda Kade** 01809 Heidenau
	23.09.1955	Dipl.-Stomat. **Andreas Rocktäschel** 09130 Chemnitz
	27.09.1955	Dr. med. **Gert Diedtemann** 02827 Görlitz
	28.09.1955	**Petra Schindelhauer** 04779 Wermsdorf OT Calbitz
65	01.09.1950	Dr. med. **Michael Mönch** 02681 Wilthen
	03.09.1950	**Barbara Zemelka** 04299 Leipzig
	06.09.1950	Dipl.-Med. **Bärbel Tetzlaff** 01219 Dresden
	07.09.1950	Dr. med. **Matthias Mehner** 09419 Thum
	13.09.1950	Dr. med. **Heiner Stohl** 09114 Chemnitz
	16.09.1950	Dipl.-Med. **Katrina Knorr** 08223 Falkenstein
	17.09.1950	Dipl.-Med. **Petra Anke** 04288 Leipzig
	17.09.1950	Dr. med. **Elfriede Dittel** 01465 Langebrück
	22.09.1950	Dr./Med.Univ.Budapest **Joachim Fritzsche** 09439 Amtsberg
	27.09.1950	Dr. med. **Frank-Ulrich Harzmann** 01217 Dresden
	30.09.1950	Doz. Dr. med. habil. **Michael Fröhlich** 01067 Dresden
70	04.09.1945	Dipl.-Stom. **Renate Dehne** 08058 Zwickau
	08.09.1945	Dipl.-Med. **Rainer Sonntag** 09212 Limbach-Oberfrohna
	12.09.1945	**Georgij Solodowskij** 08451 Crimmitschau
	14.09.1945	Dr. med. **Roland Klar** 02826 Görlitz
	16.09.1945	Dipl.-Med. **Ingrid Streit** 08525 Plauen
	18.09.1945	Dr. med. **Ingrid Gitt** 04207 Leipzig
	18.09.1945	Dr. med. **Christian Jelinek** 01109 Dresden
	19.09.1945	Dipl.-Med. **Christian Seidel** 01445 Radebeul
	29.09.1945	Dipl.-Med. **Karla Meinel** 08060 Zwickau
75	16.09.1940	Dr. med. dent. **Uwe Schönherr** 04288 Leipzig
	18.09.1940	**Helga Hor** 01665 Käbschütztal OT Krögis
	27.09.1940	Dr. med. dent. **Jürgen Neuhaus** 09337 Hohenstein-Ernstthal
80	25.09.1935	Prof. Dr. med. habil. **Hannelore Schmidt** 04157 Leipzig
	26.09.1935	MR Dr. med. dent. **Marianne Günther** 09212 Limbach-Oberfrohna
	28.09.1935	Dr. med. dent. **Peter Kaplan** 04249 Leipzig
81	14.09.1934	SR Dr. med. dent. **Gudrun Schröter** 04107 Leipzig
	20.09.1934	Dr. med. dent. **Karin Böhme** 01561 Lampertswalde
82	27.09.1933	Dr. med. dent. **Lieselotte Matz** 04155 Leipzig
83	06.09.1932	Dr. med. dent. **Gisela Lutoschka** 01328 Dresden
84	03.09.1931	SR Dr. med. dent. **Waltraud Barthel** 04159 Leipzig
86	15.09.1929	Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. **Wolfgang Seela** 21075 Hamburg
	21.09.1929	SR Dr. med. dent. **Edmund Schmidt** 01217 Dresden
87	02.09.1928	SR Dr. med. dent. **Hans-Egon Roßmann** 01877 Demitz-Thumitz
88	09.09.1927	SR Dr. med. dent. **Jutta Weiskopf** 04316 Leipzig
	11.09.1927	Dr. med. dent. **Heinz Seifert** 04279 Leipzig
90	26.09.1925	SR Dr. med. dent. **Harry Kanis** 08233 Wetzelsgrün

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

Sie möchten Ihr Praxispersonal gern selbst ausbilden?
Die Landeszahnärztekammer Sachsen ist Ihr Partner!

Wir beraten und informieren bei Fragen zu:

- Ausbildungsinhalten
- Ausbildungsverträgen
- Informationsveranstaltungen für Ausbilder
- rechtlichen Grundlagen
- zum Berufsschulbesuch

Informationen:
Ressort Ausbildung, Tel. 0351 8066-250, -251
E-Mail: ausbildung@lzk-sachsen.de

Landeszahnärztekammer Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

LZKS