Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN SACHSEN

ANZEIGE

Europa-Nachmittag der LZKS

Nicht-chirurgische Therapie der aggressiven Parodontitis

Regeln des Vermittlungsverfahrens

Beilage zur Fachdental mit Hallenplan



09 16



Folgen Sie der natürlichen Form



OsseoSpeed™ Profile EV – Einzigartiges Implantat für den schräg atrophierten Kieferkamm wenn die Symbole ® oder 1º nicht an außen Stellen angegeben werden, verzichtet DENTSPY Implans nicht auf seine Markenrechte, 32670837.DE-1504 © 2015 DENTSPY Implans. Alle Rechte vorbehalte

Das OsseoSpeed Profile EV ist so geformt, dass beim schräg atrophierten Kieferkamm der vorhandene Knochen effizient genutzt werden kann.

- Ermöglicht einen 360°-Knochenerhalt
- Hervorragende Weichgewebsästhetik
- Kann eine Augmentation vermeiden
- One-position-only: Alle ATLANTIS- und indexierten
 Komponenten lassen sich in nur einer Position einsetzen

Das OsseoSpeed Profile EV-Implantat ist ein essenzieller Bestandteil des neuen ASTRA TECH Implant System™ EV und wird durch den einzigartigen ASTRA TECH Implant System BioManagement Complex unterstützt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.jointheev.de











" SIMPLANT" SYM

ATLAN









Dr. Mathias Wunsch

Präsident der Landeszahnärztekammer Sachsen

Lehre trifft Praxis

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Jahr 2009 begannen die ersten Studenten, in Dresdner Praxen während der Semesterferien zu hospitieren. Das Projekt von Kammer und Universitätszahnklinik, den Studierenden Praxisalltag zu vermitteln, nahm mit den Jahren Gestalt an. Heute beteiligen sich rund 35 Praxen in und um Dresden an dieser Aufgabe.

Dank auch des unermüdlichen Einsatzes von Prof. Dr. Thomas Hoffmann ist es gelungen, die Universität Dresden von den Vorteilen dieses Projektes zu überzeugen, Strukturen und Bedingungen festzulegen und Unterstützer für die Organisation zu finden. Hintergrund dieser Idee war mein eigenes Studium. Wir gingen damals tageweise in die Polikliniken, um zu hospitieren, aber auch, um praktisch tätig zu werden. Wir empfanden diese Möglichkeiten als eine gute Ergänzung zum Studienalltag an der Uni. In diesem Jahr war es nun gelungen, für die Praxen auch die rechtlichen Grundlagen so zu schaffen, dass fast alle Bedenken ausgeräumt werden konnten. Die Universität hat mit der Kammer einen Tätigkeitskatalog für die Studenten erstellt und Auswahlkriterien für die Praxen erarbeitet und mit diesen Kooperationsverträge abgeschlossen. Die INTER Krankenversicherung übernimmt die Verträge zur Berufshaftpflicht für diese Tätigkeiten. Somit hatte jeder Student zwischen dem 9. und 10. Semester die Möglichkeit, fünf Tage in einer allgemeinzahnärztlichen Praxis und einen Tag in einer chirurgisch ausgerichteten Praxis zu hospitieren und konnte dort unter Aufsicht vielfach auch am Patienten tätig werden.

Vor wenigen Tagen fand nun die Auswertung dazu statt. Übereinstimmend wurde herausgestellt, dass dieses Praktikum bei allen viele positive Erfahrungen ausgelöst hat. Interessant dabei war, dass die Studenten ihre Fähigkeiten schlechter einschätzten als dies durch die Praxisinhaber erfolgte. Der Rücklauf der Evaluationsfragebögen erfolgte noch nicht optimal. Hier haben vor allem die Praxisinhaber noch deutliche Reserven. Auf alle Fälle werden wir das Projekt Kooperationspraxen fortsetzen, damit es zur guten Tradition aufgebaut wird. Alle Praxen, die Interesse haben, hier mit der Uni in Dresden zusammenzuarbeiten, sollten diese Möglichkeit nutzen und an der Ausschreibung, welche in diesem Heft beworben wird, teilnehmen. Der Vertrag läuft immer ein Jahr und es muss von den Praxen eine Verlängerung beantragt werden. Leider besteht bei der Uni in Leipzig bisher keine solche Möglichkeit.

Ich kann mit etwas Stolz berichten, dass sich nach den Veröffentlichungen in der zm mehrere Zahnärztekammern bei uns gemeldet haben, um dieses Projekt in ihren Ländern zwecks Übernahme zu prüfen. Ich glaube, hier hat Sachsen wieder einmal bewiesen, dass es lohnt, neue Wege zu gehen, mit dem Hintergrund, dass eine neue AO-Z weiter auf sich warten lässt. Im Moment wird in der Ärzteschaft im Rahmen des geplanten Medizinstudiums ab 2020 darüber nachgedacht, darin verbindlich ein vierteljähriges Praktikum in einer Hausarztpraxis einzuführen.

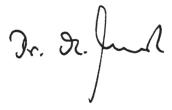
Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Heranführen der künftigen jungen Kolleginnen und Kollegen an den Praxisalltag soll und wird ihnen die Angst vor der Niederlassung nehmen. Die Praxen können auf diese Weise auch Assistenten für spätere Einsätze kennenlernen

Die Erfahrungen aus einem Berufsleben so weiterzugeben, lohnt sich also nicht nur für die Studierenden, sondern auch für die Praxisinhaber.

Bleiben Sie neugierig.

Das wünscht mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Mathias Wunsch



Inhalt

Leitartikel		Termine	
Lehre trifft Praxis	3	Einladung zum Fachtag "Gesund im Alter"	12
Aktuell		Stammtische Kurse im September/Oktober/November 2016	12 14
Europa-Nachmittag zur Zukunft der Freien Berufe	5	Raise in september skidsen tovember 2010	
Prüfungsaufruf ZFA-Abschlussprüfung Winter 2017	7	Praxisführung	
Vermittlung – Ruhig und vernünftig betrachten, ist zu keiner Zeit schädlich	8	KCH-Leistungen richtig abrechnen – Folge 7 GOZ-Telegramm	16 18
Sie hatten die Wahl	10	Bissregistrierung innerhalb der GOZ 2012 –	
Ausschreibung von Zahnmedizinischen Kooperationspraxen	11	Abrechnung, aber wie?	18
LZKS und KZVS mit Messestand auf der Fachdental Leipzig	11	Recht	
Sitzungstermine Zulassungsausschuss 2017	11	Amalgam grundsätzlich unbedenklich OLG Hamm verneint Aufklärungspflicht	19
Festvortrag zum Sächsischen Fortbildungstag "Die wilde Berliner Medienrepublik"	12	Patientenwunsch rechtfertigt keine Fehlbehandlung	20
Neuzulassungen	12	Videoaufnahmen führten zur Entziehung der Zulassung	20
Fortbildung		Personalien	
Start der Fortbildungsreihe Zahnärztliche Chirurgie	21	Nachrufe	19
Nicht-chirurgische Therapie einer aggressiven Parodontitis	23	Geburtstage	22

Redaktionsschluss für die Ausgabe November ist der 19. Oktober 2016

Impressum

Zahnärzteblatt SACHSEN

Herausgeber

 $Informations zentrum\ Zahnges und heit\ (IZZ)$ als eine Einrichtung von Kassenzahnärztlicher Vereinigung Sachsen und

Landeszahnärztekammer Sachsen www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Offizielles Organ der Landeszahnärztekammer Sachsen

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

Redaktion

Gundula Feuker, Beate Riehme

Redaktionsanschrift

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

Bei Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung stets alle Geschlechter.

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

Zurzeit ist die Preisliste Nr. 17 vom Januar 2012 gültig.

Bezugspreis/Abonnementpreise Jahresabonnement 45,00 Euro Einzelverkaufspreis 5,50 Euro zzgl. Versandkosten und Mehrwertsteuer

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



Auflage

5.420 Druckauflage, II. Quartal 2016

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

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

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe und unaufgefordert eingesandte Beiträge bei Veröffentlichung sinngemäß zu kürzen.

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

© 2016 Satztechnik Meißen GmbH

ISSN 0938-8486

Europa-Nachmittag zur Zukunft der Freien Berufe

Am 2. September fand der zweite Europa-Nachmittag der Landeszahnärztekammer Sachsen statt. Im Hörsaal der Kammer sprachen hochkarätige Gäste über aktuelle europäische Entwicklungen. Danach fand eine Diskussionsrunde statt.

Der Vizepräsident der Landeszahnärztekammer Sachsen, Dr. Thomas Breyer, eröffnete die Veranstaltung. Er begrüßte neben den anwesenden Zahnärzten auch Vertreter befreundeter Kammern und Verbände sowie des Sächsischen Sozialministeriums.

Europa stehe am Scheideweg, so Dr. Breyer. Nach mehreren Krisen und dem Referendum der britischen Bevölkerung zum Austritt aus der Union müssten die Bürger Deutschlands zunehmend vom Projekt Europa überzeugt werden. Dazu gehöre auch, dass die Entscheidungen, die in Brüssel getroffen werden, sich nicht nur von Marktinteressen leiten lassen dürfen. Er machte seine Haltung zu den Bestrebungen einiger EU-Politiker deutlich, die Regelungen der Freien Berufe in Deutschland, die eine hohe Qualität in der Berufsausübung für die Bevölkerung sichern, abzuschaffen: "Das erfolgreiche Modell der Freien Berufe in Deutschland darf nicht den Versprechungen der Wettbewerbsideologen geopfert werden." Es sei nicht klar, welche Vorteile eine Deregulierung in diesem Bereich überhaupt hätte. "Wir müssen europäischen Wettbewerb nicht fürchten, denn wir liefern gute Arbeit ab. Was wir aber im Interesse unserer Patienten befürchten müssen, ist eine Absenkung unserer hohen und erfolgreichen Standards", so Dr. Breyer. Gerade die Selbstverwaltung als Mittler zwischen Staat und Berufsträgern sei ein Erfolgsmodell.

Nach den einleitenden Worten sprach Dr. Fritz Jaeckel. Der sächsische Staatsminister für Bundes- und Europa-Angelegenheiten und Chef der Staatskanzlei bestätigte den gegenwärtigen Vertrauensverlust der Bürger in die europäischen Institutionen. Die Überregulierung in vielen Lebensbereichen sowie die Segmentierung der öffentlichen Meinung im Internet tragen wesentlich dazu bei. In den sozialen Medien bilden sich geschlossene Resonanzräume, in denen sich die Menschen mit gleicher Einstellung nur noch gegenseitig in ihren Meinungen bestätigen. Andere Blickwinkel werden immer weniger wahrgenommen, ein Austausch gegensätzlicher Positionen wird erschwert. Die Arbeit der europäischen Ebene werde so immer weniger deutlich. Stattdessen profitieren die Stimmen, die pauschal eine ablehnende Haltung haben. Dr. Jaeckel machte sich für die Freien Berufe und deren Selbstverwaltung stark und betonte, dass er sich auch auf europäischer Ebene dafür einsetzt. Aus Sicht anderer Mitgliedsländer gelten die Freien Berufe in Deutschland jedoch als überreguliert. "Berufsordnungen und Gebührenordnungen mit Mindestgebühren will Europa nicht." Derzeit betreffe es die Ingenieure und Architekten, es sei aber nicht auszuschließen,

dass für Gesundheitsberufe ähnliche Entscheidungen anstehen.

Es folgte der Hauptgeschäftsführer der Bundeszahnärztekammer, Florian Lemor. Er sprach anstelle des Leiters der Europaabteilung Dr. Alfred Büttner, der kurzfristig verhindert war. Vor seiner Tätigkeit für die Bundeszahnärztekammer war Rechtsanwalt Lemor für den Bundesverband der Freien Berufe in Brüssel tätig. Er überblickt die Entwicklungen auf der europäischen Ebene sehr gut. Als Kenner der Stimmung in Brüssel wies er auf die verschiedenen Interessen der Mitgliedsstaaten hin. "Nicht immer wird gleich deutlich, ob Europa spricht oder einzelne Mitgliedsstaaten." Zu einem gewissen Grad finde stets auch Interessenpolitik statt. Viele Vertreter aus Europa sähen die Freien Berufe schlicht als Unternehmer, für die überall die gleichen Regeln gelten sollten. Dass insbesondere Gesundheitsdienstleistungen an Patienten zu individuell sind, um normierbar zu sein, gehe in der europäischen Diskussion unter. Er beschrieb die Blickwinkel der EU-Mitgliedsländer bei Gesetzgebungsverfahren, etwa bei Amalgam und bei Medizinprodukten oder zum Berufsbild Dental Hygienist (DH).

Das Publikum nutzte unter Moderation von Dr. Breyer die anschließende Diskussion für zahlreiche Fragen. Dabei wur-





Mit Dr. Fritz Jaeckel (li.) und Florian Lemor (re.) begrüßte Dr. Thomas Breyer Vertreter der Landes-, Bundes- und EU-Politik

6 Zahnärzteblatt SACHSEN 09/16

Aktuell



Die intensive Diskussion fand nicht nur auf dem Podium, sondern auch mit dem Publikum statt

den die Themen DH und eine drohende Einführung des Gewerberechts für einige Freie Berufe erneut vom Publikum vertieft. Auch wurde die Zukunft der EU nach dem Brexit diskutiert. Beide Redner teilten die Auffassung, dass es derzeit zu früh sei, die Folgen des Austrittswillens der Briten beurteilen zu können. Es werde für Deutschland aber zur Herausforderung, sich gegen die daraus entstehende Stärkung der südlichen Länder und deren Staatsverständnis durchzusetzen. Hier könnte der Schulterschluss mit den östlichen EU-Ländern eine Perspektive sein.

Sowohl der Vertreter der sächsischen Landesregierung als auch der Vertreter der Bundeszahnärztekammer wies auf die Möglichkeiten hin, die eigenen Abgeordneten in den Parlamenten stärker als bisher zu kontaktieren und so zum Botschafter der eigenen Anliegen bei der Politik zu werden. Dieser Weg stehe jedem Bürger offen. Sachsen entsendet 34 Abgeordnete in den Bundestag nach Berlin und vier Abgeordnete nach Brüssel. Im Sächsischen Landtag wird es 2017 einen Tag der Freien Berufe gemeinsam mit dem LfB Sachsen geben, bei dem sich ebenfalls Gelegenheit bietet, die Interessen der Zahnärzteschaft deutlich zu machen.

Die positive Resonanz des Publikums lässt an eine Fortsetzung des Europanachmittags im nächsten Jahr denken. Vielleicht finden ja an einem Mittwoch als Veranstaltungstag auch noch mehr Zahnärzte Gelegenheit, sich zu diesen uns alle betreffenden Themen zu informieren.

Unsere Kurzinterviews mit:

Dr. Fritz Jaeckel für die Sächsische Staatsregierung:

Welche Chancen und Risiken bieten die derzeitigen europäischen Entwicklungen den Freien Berufen in Deutschland?

Die Initiative der EU-Kommission, Handelshemmnisse in verschiedenen Bereichen abzubauen, um das Wachstum in der EU zu beschleunigen und neue Arbeitsplätze entstehen zu lassen, begrüßen wir ausdrücklich!

Dazu gehört grundsätzlich auch der Abbau unnötiger Bürokratie und regulatorischer Hemmnisse. Allerdings darf der Abbau von Regulierungen nicht auf Kosten der Qualität etwa von Dienstleistungen oder auf Kosten des Verbraucher- oder Patientenschutzes erfolgen.

Deshalb sehen wir es mit Sorge, dass nicht nur echte Handelshemmnisse beseitigt werden sollen, sondern auch sinnvolle Regulierungen, die der Qualitätssicherung, der Markttransparenz, dem Verbraucherschutz und der Selbstverwaltung der Wirtschaft dienen.

Sinnvolle Regulierungen bei den Freien Berufen sollten deshalb nicht infrage gestellt werden, denn das in Deutschland bestehende System der Qualitätssicherung aus sachnaher Selbstverwaltung, hochwertiger Ausbildung, lebenslanger Weiterbildung, kostenregulierenden Honorarordnungen und neutralitätssichernden Fremdkapitalbeschränkungen hat sich bewährt.

Mittlerweile können Fremdkapitalgeber Medizinische Versorgungszentren gründen. Wie ist aus Ihrer Sicht die aus vielen europäischen Regelungen im Gesundheitswesen sprechende Wettbewerbsideologie mit dem hohen Gut Gesundheit der Menschen vereinbar? In der Abwägung zwischen Regulierung und Liberalisierung dürfen der Verbraucherschutz und die anerkannt hohe Qualität der Dienstleistungen der Ärzte und Zahnärzte nicht auf der Strecke bleiben. Regulierende und kontrollierende Mechanismen – wie durch die Selbstverwaltung vorgesehen – gehören als unverzichtbare Qualitätsgaranten dazu. Deshalb sollte auch künftig die Frage der Reglementierung von Berufen eine autonome Entscheidung der Mitgliedstaaten bleiben.

Die Sächsische Staatsregierung wird sich daher auch weiterhin dafür einsetzen, die Freien Berufe zu erhalten und zu stärken. Auch der Sächsische Landtag hat sich dazu bekannt.

Die Selbstverwaltung der Kammern ist ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung und damit unser Weg zwischen Markt, Wettbewerb und Staat.

RA Florian Lemor für die Bundeszahnärztekammer:

Welche geplanten Gesetzesänderungen der Europäischen Kommission werden die deutschen Zahnärzte in Zukunft beschäftigen?

Die Priorität von Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker ist die Steigerung des Wirtschaftswachstums. Auf diese Weise sollen die Folgen der Wirtschaftsund Schuldenkrise überwunden werden. Deshalb sind für die kommenden Monate Gesetzesinitiativen aus dem Bereich des EU-Binnenmarkts zu erwarten, die die Zahnärzteschaft tangieren werden. So hat EU-Binnenmarktkommissarin Bieńkowska für diesen Herbst angekündigt, einen Vorschlag für die Prüfung berufsrechtlicher Regulierung vorzulegen. Im Rahmen eines sog. Prüfrasters soll vorgegeben werden, unter welchen Bedingungen berufsrechtliche Regulierung im Einklang mit dem Binnenmarkt steht. Betroffen wären alle regulierten Berufe, insbesondere aber die Freien Berufe.

Die Gefahr dieser Entwicklung ist, dass Gründe, die berufsrechtliche Regulierung notwendig machen, wie etwa die Sicherung eines Qualitätsniveaus oder der Schutz von Verbrauchern und Patienten, gegenüber ökonomischen Erwägungen ins Hintertreffen geraten. Dem müssen wir entgegenwirken.

Welchen Einfluss haben die deutschen Zahnärzte im europäischen Maßstab, um den Deregulierungsbestrebungen der EU entgegenwirken?

Die deutsche Zahnärzteschaft findet bei den Entscheidungsträgern in Brüssel durchaus Gehör. Dies gilt vor allem für die deutschen Europaabgeordneten in den für uns wichtigen Ausschüssen des Europäischen Parlaments, zu denen wir über die Jahre hinweg einen dauerhaften und belastbaren Kontakt aufgebaut haben. Darüber hinaus können wir über unseren europäischen Dachverband, den Council of European Dentists, viele Entscheidungsträger aus anderen EU-Mitgliedstaaten erreichen. Dies ist wichtig, da man nur



Verliert die Europaflagge einen Stern nach dem EU-Austritt von Großbritannien?

zusammen mit Verbündeten aus anderen EU-Mitgliedstaaten Entscheidungen in Brüssel im Sinne der Zahnärzte beeinflussen kann. Ein Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit ist die Revision der Berufsanerkennungsrichtlinie, bei der es uns gegen den Willen der EU-Kommission gelungen ist, die Dauer der zahnärztlichen Mindestausbildung in Europa in Jahren und Fachstunden zu konkretisieren.





Dr. Fritz Jaeckel und Florian Lemor betonten beide, europäische Marktinteressen dürfen nicht zu Qualitätsverlusten in der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland führen

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r Prüfungsaufruf Winter 2017

Die Abschlussprüfung für Auszubildende, die bis zum **31.01.2017** ihre Ausbildungszeiten zurückgelegt haben, findet am **06.01.2017** im schriftlichen Bereich und vom **30.01.–02.02.2017** im praktischen Bereich statt.

Die Prüfungsanmeldung ist bis zum **01.11.2016** und der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) einschließlich des erfüllten Röntgentestatnachweises bis zum **01.12.2016** bei der Landeszahnärztekammer Sachsen einzureichen.

Aktuell

Vermittlung – Ruhig und vernünftig betrachten, ist zu keiner Zeit schädlich

Wann ist ein Vermittlungsverfahren notwendig?

- Wenn berufliche Streitigkeiten zwischen Zahnärzten oder Zahnärzten und Dritten einer Schlichtung bedürfen oder
- wenn der Vorwurf eines Behandlungsfehlers erhoben wird oder
- wenn sich für einen Nachbehandler die begründete Annahme eines Behandlungsfehlers durch den vorbehandelnden Zahnarzt darstellt (§ 630 c Abs. 2 BGB) oder
- · wenn Unsicherheit besteht, weil Patienten an Zahnärzte herantreten, um sich eine Zweitmeinung zur Therapie einzuholen.

Es kann jeden treffen!

Zunehmendes Informationsbedürfnis unserer Patienten, gestützt durch das Patientenrechtegesetz, eine steigende Zahl von strittigen Meinungsverschiedenheiten zwischen Zahnärzten und Patienten oder auch Berufskollegen untereinander, findet seinen Niederschlag in der hohen Zahl der Anfragen an das Ressort Patientenberatung/GOZ der Landeszahnärztekammer Sachsen.

2015 bearbeitete das Ressort

- 4.705 telefonische Fragen
- 618 schriftliche Vorgänge.

Die Patientenberatung der Landeszahnärztekammer ist zentraler Ansprechpartner für fachliche und organisatorische Fragen und weist den Weg für Patienten, Zahnärzte, beratende Dritte (wie Versicherungen, Anwälte) zur Einleitung eines Vermittlungsverfahrens.

Themen, die häufig zu Vermittlungen

- mangelhafter/fehlender Zahnersatz
- unterlassene systematische PA-Behand-
- fehlende Passfähigkeit von Inlays, Veneers
- via falsa im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung
- Fraktur eines Wurzelkanalinstrumentes
- Nervverletzung im Rahmen eines operativen Eingriffes



Flyer als Patienteninformation

- verbliebener Wurzelrest nach Extraktion übersehen
- fehlerhafte Positionierung von Implan-
- kurze Haltbarkeit von Füllungen
- verweigerte Notdienstbehandlung
- Rechnungsstreitigkeiten u.v.m.

Die Landeszahnärztekammer Sachsen informiert in einem neuen Flyer über das Vermittlungsverfahren.

Unser Berufsstand bekommt damit ein Hilfsmittel in die Hand, um im Streitfall aktiv auf die andere Partei zuzugehen und auf die Option eines Vermittlungsverfahrens hinweisen zu können. Im Flyer werden die Schritte von der Beantragung eines Vermittlungsverfahrens bis zur Güteverhandlung, erforderliche Unterlagen, Rechtsgrundlagen, Fristen

und Ziel des Verfahrens übersichtlich dargestellt.

Der Flyer ist erhältlich

- als Download unter www.zahnaerzte-in-sachsen.de
- im Ressort Patientenberatung Telefon: 0351-8066-257 (Fr. Koeppel) E-Mail:

patientenberatung@lzk-sachsen.de

Ein Vermittlungsverfahren bei der Landeszahnärztekammer wird bestimmt von dem Willen zur außergerichtlichen Einigung zwischen den Parteien. Das Ziel ist ein selbstbestimmter Interessenausgleich.

Die beiden Stufen eines Vermittlungsverfahrens sind:

- 1.Patientenberatung
- 2. Güteverhandlung durch den Rechtsausschuss

Sie laufen individuell, vertraulich und unter Ausschluss der Öffentlichkeit ab. Es besteht kein Anwaltszwang. Eine Vielzahl von Patienten und Kollegen nutzte und nutzt inzwischen diesen Weg. So gelang es im Jahr 2015,

- in 76,8 % der Fälle durch beratende Hinweise eine Regelung herbeizuführen und
- in 10 % der strittigen Fälle mit einem rechtsverbindlichen abschließenden Vergleich zu einer einvernehmlichen Lösung zu kommen.

Dem lagen teilweise Sachverständigengutachten zugrunde. Ein hoher zahnmedizinischer und juristischer Sachverstand wird von Patienten und Kollegen sehr geschätzt.

Es gibt keine größere Würdigung für das Ehrenamt, als der Dank der beteiligten Parteien für die Ergebnisqualität, Fachund Sozialkompetenz und die angenehme wertschätzende Beratungsatmosphäre.

Dr. med. Gisela Herold

Zahnärzteblatt SACHSEN 09/16



Die nebenstehende Grafik zeigt den Ablauf eines Vermittlungsverfahrens bei der Landeszahnärztekammer Sachsen. Das Verfahren hat die Aufgabe, eine gütliche Beilegung von berufsbezogenen Streitigkeiten zwischen Zahnärzten und Dritten zu bewirken. Ziel eines jeden Verfahrens ist ein selbstbestimmter Interessenausgleich der jeweiligen Parteien. Es wird eine rechtlich verbindliche Einigung angestrebt.

Das Verfahren wird gebührenfrei geführt. Grundlage der Verfahrensdurchführung ist die Satzung über das Vermittlungsverfahren bei der Landeszahnärztekammer Sachsen.

Download unter:

www.zahnaerzte-in-sachsen.de/downloads_intern/vermittlung.pdf

Anzeige

PEELVUE[®]

Der validierbare, selbstklebende Sterilisationsbeutel



DUX Dental Zonnebaan 14 NL-3542 EC Utrecht The Netherlands Tel. +(31) 30 241 0924 www.dux-dental.com Gratis PeelVue+ Kit mit 16 Beutein (90 x 230mm),
Standardvorgehensweise (SOP), Checkliste Validierungsplan mit
Testmethoden und Konformitätserklärung anfragen: info@dux-dental.com



Sie hatten die Wahl

Die Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Sachsen für die Amtsperiode 2017 bis 2022 ist Geschichte. Knapp 60 % der KZV-Mitglieder haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, durch Teilnahme an der Wahl Selbstverwaltung aktiv mitzugestalten. Diese hohe Wahlbeteiligung, die sich vor Landtagsund Kommunalwahlen in keiner Weise verstecken muss, zeigt, dass sich die sächsische Vertragszahnärzteschaft ihrer Verantwortung für ihre Interessenvertretung bewusst ist.

In einem Sitzungsmarathon von 9,5 Stunden hat der Wahlausschuss am 24. August 2016 gemeinsam mit seinen zahlreichen Wahlhelfern die Auszählung der

eingegangenen Stimmen vorgenommen. Am Ende stand fest, dass 26 Mitglieder wiedergewählt wurden und 14 "neue" Gesichter in der Vertreterversammlung begrüßt werden – eine interessante Mischung aus Erfahrung und neuen Impulsen.

Auf eine weiterhin konstruktive und stets kollegiale Zusammenarbeit.

Dr. Thomas Breyer Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV Sachsen



Wir danken den Mitgliedern des Wahlausschusses Dr. Toni Pietz, Rechtsanwältin Christiane Pause-Windels, Dr. Gerald Buchmann (v.l.n.r.)

Anzeigen





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





Info-Tel. (0800) 5 37 67 24 Mo - Fr: 07.00 - 18.00 Uhr www.jerosch.com



Zahnärzteblatt SACHSEN 09/16

Aktuell/Termine

Ausschreibung von Zahnmedizinischen Kooperationspraxen

Ab Mitte Februar bis Ende März 2017 (vorlesungsfreie Zeit) soll den Studierenden der Zahnmedizin des 5. Studienjahres der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden die Möglichkeit geboten werden, die zahnärztlichen Behandlungen in Zahnarztpraxen kennenzulernen.

Aus diesem Grund ermutigt die Medizinische Fakultät gemeinsam mit der Landeszahnärztekammer Sachsen interessierte Praxisinhaber, sich dieser Aufgabe zu stellen.

Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich für eine Kooperation im Zeitraum von drei Jahren (2017, 2018, 2019) entscheiden, können die erforderlichen Bewerbungsunterlagen unter folgenden Adressen abrufen:

stdsek@mailbox.tu-dresden.de

Frau Zuchold

oder Sekretariat des Studiendekans, Medizinische Fakultät der TU Dresden, Referat Lehre, Frau Duckhorn, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden oder www.zahnaerzte-in-sachsen.de unter Aktuelles oder per Telefon 0351 8066240,

Die Bewerbung muss bis 23. Oktober 2016 erfolgt sein.

Zahnärztinnen und Zahnärzte, die schon im vergangenen Jahr dieses Projekt unterstützt und bereits eine Vertragsverlängerung beantragt haben, müssen sich nicht erneut bewerben.

Zahnärztinnen und Zahnärzte, die die Beantragung der Verlängerung versäumt haben, werden ausdrücklich für die jetzige Bewerbung ermutigt.

Die Auswahl der Praxen erfolgt in der Reihenfolge der Bewerbungseingänge unter Beachtung der Kriterien, die durch eine Kommission beurteilt werden. Eine Beratung aller ausgewählten Praxen ist für den 11.01.2017 um 14:30 Uhr im Hörsaal der Universitätszahnmedizin, Fiedlerstraße 25, Haus 28, 01307 Dresden geplant.

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses 2017

EinreichungstermineSitzungstermine18. Januar8. Februar22. März12. April24. Mai14. Juni19. Juli16. August27. September18. Oktober15. November6. Dezember

Bitte beachten Sie: Anträge an den Zulassungsausschuss Sachsen sind vollständig, mindestens drei Wochen (siehe Einreichungstermin) vor Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden einzureichen.

Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses prüft Anträge und Unterlagen auf Vollständigkeit und fristgerechten Eingang. Verspätete Anträge mit unvollständigen Unterlagen, fehlender Gebühr werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Die Anträge sind abzurufen unter: http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de/ zahnaerzte/download/zulassung/ oder über die KZV Sachsen Geschäftsbereich Mitglieder Telefon 0351 8053-416.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen Landeszahnärztekammer Sachsen

Fachdental Leipzig 23./24. September 2016

Messestand der Zahnärzte in Sachsen Halle 5 Stand 5/A 58

Aktuelle Informationen und Infomaterial zu den Themen

- Zahnärztliche Prävention
- Berufsausübung von BuS-Dienst über Validierung bis QM
- Fortbildung für Zahnärzte
- Berufsausbildung Zahnmedizinischer Fachangestellter
- Fort- und Weiterbildung für Praxispersonal
- Informationen zur GOZ
- Information und Aufklärung für Zahnärzte und zur Auslage für Patienten
- Zahnärzteblatt, Internet, ZahnRat

Für Ihre Fragen stehen am Stand 5/A 58 mit Dipl.-Stom. Iris Langhans, Dr. Peter Lorenz, Tobias Hellebrand sowie Dr. Thomas Breyer wieder an beiden Messetagen Vorstandsmitglieder der Landeszahnärztekammer Sachsen bereit, ebenso Mitarbeiter von KZVS und LZKS sowie des BuS-Dienstes der Kammer.

Am Samstag, 24. September, findet 10 Uhr ein Vortrag zum Thema "Praxisbegehungen und Validierung des Aufbereitungsprozesses von Medizinprodukten" statt. Referent ist Dr. Knut Brückner, Vorstandsmitglied der Landeszahnärztekammer und Referent für Praxisführung.

Die Messe ist am Freitag 13 –19 Uhr und am Samstag 9 –14 Uhr geöffnet.

Festvortrag zum Sächsischen Fortbildungstag "Die wilde Berliner Medienrepublik"



Mittlerweile haben sich für die Veranstaltungen zum diesjährigen Fortbildungstag rund 700 Zahnärzte und Praxismitarbeiterinnen angemeldet. Den gemeinsamen Festvortrag wird der Publizist und Verleger Dr. Wolfram Weimer halten und dabei seinen Fokus auf das Räderwerk der Medien richten. Nutzen Sie für Ihre Anmeldung noch bis 24. September den Frühbucherrabatt.

Die wilde Berliner Medienrepublik

Deutschland ist auf dem Weg in die Mediendemokratie. Die Politik richtet sich immer nach dem, was in Medien gut ankommt, und immer weniger danach, was das Land wirklich bräuchte. Dieser Vortrag wirft einen Blick hinter die Kulissen der Macht. Mit überraschenden Insider-Informationen werden die Geheimnisse des Berliner Politikbetriebes gelüftet. Der Vortrag enthält verblüffendes und exklusives Bildmaterial (Power Point); unterhaltsame Elemente machen die Enthüllungen zu einem großen Vergnügen.



Zur Person

Dr. Wolfram Weimer, geboren 1964, ist Verleger, Publizist und einer der wichtigsten Kommentatoren des Zeitgeschehens. Er ist Gründungsherausgeber des PolitMagazins "Cicero" und war Chefredakteur der Tageszeitungen "Die Welt" und "Berliner Morgenpost" sowie des Magazins "Focus".

In seinem Verlag WEIMER MEDIA GROUP erscheinen zahlreiche Wirtschaftsmedien, so die "Börse am Sonntag", der "Wirtschaftskurier" und "The European".

Einem breiten Publikum ist er durch seine Bücher sowie seine Fernsehauftritte bekannt.

Für seine Arbeit wurde er mit zahlreichen Preisen geehrt, unter anderem mit dem "World Newspaper Award" und als "Journalist des Jahres".

Einladung zum Fachtag "Gesund im Alter"

Am 18. November findet in der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden die interdisziplinäre Fachtagung "Gesund im Alter" statt. In Vorträgen und Foren wird es sowohl um soziale Fragen gehen als auch um sehr praktische Themen, so auch zu

den Herausforderungen für Mundgesundheit im Alter. Die LZK Sachsen stellt dafür erstmals neue Präventionsmaterialien vor.

Anmeldung/Information: www.slfg.de/aktives-altern

Stammtische

Meißen

Datum: Montag, 26. September 2016, 19 Uhr; Ort: "Burgkeller", Meißen; Themen: Der Notfalldienst ab 2017 – Diskussion zur Vereinigung der Notdienstkreise, Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt, Erste Erfahrungen mit dem Antikorruptionsgesetz; Information: Dr. med. Thomas Breyer, Telefon: 03521 737552.

Radeberg

Datum: Mittwoch, 19. Oktober 2016, 19 Uhr; Ort: Hotel "Sportwelt", Radeberg; Themen: Möglichkeiten der Desensibilisierung überempfindlicher Zahnhälse, aktuelle Standespolitik, Absprache Bereitschaftsdienst Weihnachten/Silvester; Information: Dr. med. Simone Pasternok, Telefon: 03528 442846

FVDZ-Stammtisch Leipzig

Datum: Dienstag, 27. September 2016, 20 Uhr; Ort: "Apels Garten", Leipzig; Thema: Zahnpasten – Technologie eines vermeintlich banalen Alltagsartikels; Information: Dr. Angela Echtermeyer-Bodamer, Telefon: 0341 4612012

Neuzulassungen im KZV-Bereich Sachsen

Die Zulassung als Vertragszahnarzt haben im August 2016 erhalten:

Maja Eisold	Rabenau
Dr. med. dent. Caterina Enger	Niederwiesa
Dr. med. dent. Ulrich Georgi	Markkleeberg
Dr. med. dent. Tobias Hagemeister	Dresden
Dr. med. dent. Thomas Hoch	Kamenz
Toralf Müller	Dresden
Dr. med. dent. Tatjana Nitzsche	Coswig
Dr. med. dent. Frank Oefler	Plauen
Franz Oswald	Zwickau
Mario Pertzsch	Eilenburg

Gregor Pocklitz

Dresden

Analyse der Praxiskennzahlen

Die laufende Überwachung der Wirtschaftlichkeit einer Zahnarztpraxis ist ein wichtiges Element der Praxissteuerung und -optimierung, fällt aber häufig dem Tagesgeschäft zum Opfer. Mit unserem Kennzahlen-Check erhält der Zahnarzt die Möglichkeit, mit geringem Zeitaufwand die wesentlichen wirtschaftlichen Parameter des Erfolges im Blick zu behalten.

Der Zahnarzt-Check enthält Daten aus unserem Marktvergleich (Abrechnungssystem). Danach lassen sich **folgende Kriterien** auswählen:

- 1. Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis
- 2. Umsatzklassifizierung
- 3. Eigenlabor oder Fremdlabor

Die Auswertung enthält folgende Elemente:

1. Einnahmen- und Kostenstruktur im Vergleich zum Durchschnitt der gleichen Umsatzklasse

Im Rahmen dieser Auswertung erkennt der Zahnarzt die Abweichungen zu einer Durchschnittspraxis vergleichbarer Umsatzgröße. Größere Abweichungen sind ein Indikator, dass die Position untersucht und plausibilisiert werden sollte.

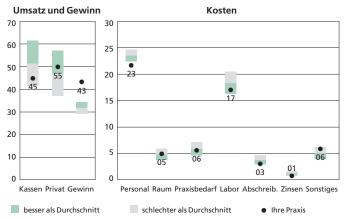
2. Einnahmen- und Kostenstruktur im Benchmarkvergleich

Der Benchmarkvergleich dient dazu, aufzuzeigen, wie hoch das Potenzial in den einzelnen Bereichen (z. B. Gewinn oder Personalkosten) ist. Der schwarze Punkt stellt die Praxis des Mandaten dar. Die Grenze zwischen Grau und Grün bildet den Durchschnitt über alle Umsatzgrößen. Die Ausdehnung der grauen und der grünen Fläche zeigt die typischen Abweichungen vom Durchschnitt nach oben und unten (siehe Grafik).

3. Stundensatzkalkulation für den Zahnarzt

Die Stundensatzkalkulation rechnet Kosten, Gewinn und Honorarumsatz auf die Behandlungsstunden um. Als Behandlungsstunde gilt die reine Behandlungszeit ohne

Einnahmen- und Kostenstruktur in % im Benchmarkvergleich zu allen Umsatzklassen Ost und West



Verwaltungsaufgaben und Fortbildung. Durch die Einbeziehung der Behandlungszeit lässt sich auch bei überdurchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Arbeitszeiten der wirtschaftliche Erfolg der Praxis vergleichen.

Haben Sie Fragen zu unserem Artikel? Rufen Sie uns an.



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

ETL | ADMEDIO Pirna

Steuerberatung im Gesundheitswesen

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

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

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

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

Niederlassung Pirna Gartenstraße 20 · 01796 Pirna Telefon: (03501) 56 23-0 · Fax: (03501) 56 23-30 admedio-pirna@etl.de · www.ADMEDIO.de

Unternehmen der ETL-Gruppe

Fortbildungsakademie: Kurse im September/Oktober/November 2016

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 2016 oder dem Internet www.zahnaerzte-in-sachsen.de

für Zahnärzte

Dresd	len
-------	-----

Dresden					
Rekonstruktion und Bisshebung des Erosions-/ Attritionsgebisses mit indirekten Restaurationen	D 83/16	Dr. Guido Sterzenbach	30.09.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Grundlagen der Implantologie – Einsteigerkurs	D 84/16	Dr. Juliane Schmidt, PD Dr. Dr. Matthias Schneider	01.10.2016, 09:00–17:00 Uhr		
Voll-Keramik	D 85/16	Dr. Guido Sterzenbach	01.10.2016, 09:00–16:00 Uhr		
Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	D 87/16	PD Dr. Dr. Matthias Schneider	05.10.2016, 14:00–17:30 Uhr		
Einstieg in ein praxisinternes Qualitätsmanagementsystem – Grundkurs (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 219/16	Inge Sauer	19.10.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Gottlob gibt's das Teleskop	D 90/16	Prof. Dr. Peter Pospiech	28.10.2016, 14:00–19:00 Uhr		
Fragmententfernung – Zähne erhalten	D 92/16	Dr. Stephan Gäbler	02.11.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen – Schwerpunkte: Endo-Behandlung und besondere Abrechnungspositionen mit ihren Bestimmungen und Fallstricken (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 93/16	Dr. Uwe Tischendorf	02.11.2016, 14:00–19:00 Uhr		
Rund um die Persönlichkeit – Sich und andere besser kennen- und verstehen lernen	D 94/16	Petra C. Erdmann	04.11.2016, 09:00–17:00 Uhr		
Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen nach BEMA und die Mehrkostenvereinbarung in der Kieferorthopädie (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 220/16	DiplStom. Steffen Laubner	04.11.2016, 13:00–19:00 Uhr		
Kniffliges für die Abrechnungsspezialisten der Praxis (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 95/16	Dr. Tobias Gehre, Simona Günzler	04.11.2016, 14:00–19:00 Uhr		
Veneers von konventionell bis NO Prep-Step-by-Step Praktischer Demonstrations- und Arbeitskurs an Modellen	D 96/16	Prof. inv. Dr. Jürgen Wahlmann	05.11.2016, 09:00–15:00 Uhr		
Arbeitsrecht für die Zahnarztpraxis – Häufige Streitpunkte in der täglichen Praxisarbeit	D 98/16	RA Michael Goebel	09.11.2016, 14:00–18:00 Uhr		

Termine

	1		1		
Abrechnungsdschungel Suprakonstruktionen entwirrt (auch für Praxismitarbeiterinnen)	D 201/16	Dr. Tobias Gehre, Simona Günzler	11.11.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Akupunktur in der Zahnarztpraxis für Neueinsteiger	D 202/16	Hardy Gaus	11.11.2016, 14:00–19:00 Uhr 12.11.2016, 09:00–17:00 Uhr		
Schmerz lass nach! Prävention und Selbsttherapie am Arbeitsplatz für das Team	D 204/16	Manfred Just	12.11.2016, 09:00–17:00 Uhr		
Chemnitz					
Die PAR-Behandlung	C 08/16	Inge Sauer, Dr. Tino Schütz	04.11.2016, 14:00–19:00 Uhr		
Erfolgsfaktor QM – Last oder doch Lust? (auch für Praxismitarbeiterinnen)	C 10/16	Inge Sauer	11.11.2016, 14:00–17:00 Uhr		
für Praxismitarbeiterinnen					
Dresden					
Prophylaxe bei KFO-Patienten	D 192/16	Ulrike Brockhage	28.09.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Ich bin ein Anfang – Wie wir gutes Praxisklima aktiv erhalten und fördern können	D 195/16	Petra C. Erdmann	19.10.2016, 09:00–17:00 Uhr		
Individualprophylaxe mit Qualität	D 196/16	Martha Holzhauser-Gehrig	28.10.2016, 09:00–16:00 Uhr		
Praxisnaher Abrechnungsgrundkurs für Einsteiger und Reaktivierer (Teil C) Abrechnung von parodontalchirurgischen Leistungen wie Kieferbruch (Schienen) nach BEMA, GOZ und GOÄ für den Kassen- und Privatpatienten (auch für Assistenzzahnärzte)	D 197/16	Ingrid Honold	02.11.2016, 09:00–16:00 Uhr		
Yoga am Arbeitsplatz (Kurs 1)	D 198/16	Cornelia Groß	02.11.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Implantatpatient – "Schraube locker oder was?" Implantatprophylaxe – Maßnahme zur Sicherung des Erfolges in der Implantologie	D 199/16	Sona Alkozei	04.11.2016, 14:00–18:00 Uhr		
Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz (Kurs ohne vorherigem Selbststudium)	D 300/16	Gerd Lamprecht	04.11.2016, 14:00–17:30 Uhr		
Praxisnaher Abrechnungsgrundkurs für Einsteiger und Reaktivierer (Teil B) Abrechnung von konservierenden und chirurgischen Leistungen nach BEMA, GOZ und GOÄ für den Kassen- und Privatpatienten (auch für Assistenzzahnärzte)	D 301/16	Ingrid Honold	04.11.2016, 09:00–16:00 Uhr 05.11.2016, 09:00–16:00 Uhr		
Diabetespatienten in der Prophylaxe – Einführung der Diabetes-Sprechstunde Optimal und professionell in der Zahnarztpraxis betreuen	D 302/16	Sona Alkozei	05.11.2016, 09:00–16:00 Uhr		
Refresher – ZMV nicht ganz alltägliche Abrechnungen	D 303/16	Uta Reps	05.11.2016, 09:00–16:00 Uhr		
Kompetente Mitarbeit in der kieferorthopädischen Praxis	D 304/16	Ulrike Brockhage	09.11.2016, 09:00–17:00 Uhr		

Zahnärzteblatt SACHSEN 09/16

KCH-Leistungen richtig abrechnen – Folge 7

Mit dem ZBS 9/16 stellen wir die Abrechnung folgender Leistungen vor: Entfernen von Kronen, indirekte und direkte Überkappung sowie Pulpotomie.

BEMA-Nr. 23

Die Leistungsbeschreibung lautet "Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle". Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen gibt es nicht.

Die Entfernung kann erforderlich werden, wenn sich klinische oder röntgenologische Anzeichen auf kariöses Geschehen oder Entzündungen ergeben. Auch bei vorhandenen Kronen und Brücken, die im Zuge einer Neuversorgung entfernt werden müssen, ist die BEMA-Nr. 23 berechnungsfähig.

Anhand von Beispielen stellen wir Möglichkeiten und Grenzen der Abrechnung vor.

Beispiel 1: Die Zähne 11, 21 und 22 sind mit Kronen versorgt, die erneuerungsbedürftig sind. Die vorhandenen Kronen werden aufgetrennt und entfernt. Hierfür ist die BEMA-Nr. 23 dreimal abrechnungsfähig. Für das zusätzliche Durchtrennen eines gegebenenfalls vorhandenen Kronenblockes ist neben dem Auftrennen der Kronen die BEMA-Nr. 23 nicht berechnungsfähig.

Beispiel 2: Von 44 bis 47 ist der Patient mit einer Brücke versorgt, wobei sich die Brückenglieder regio 45, 46 befinden. Der Zahn 47 muss extrahiert werden, die Krone auf dem Zahn 44 soll verbleiben. Für das Durchtrennen der Brücke an den Zähnen 44 und 47 ist die BEMA-Nr. 23 zweimal abrechnungsfähig.

Beispiel 3: Bei gleicher Situation wie unter Bsp. 2 muss der Zahn 47 behandelt werden, die vorhandene Brücke wird vollständig entfernt und nach erfolgrei-

cher Behandlung wieder eingegliedert. Auch hier kann die BEMA-Nr. 23 zweimal abgerechnet werden.

Beispiel 4: Die Zähne 33 und 43 sind mit Kronen versorgt, die einen Steg tragen. Der Steg muss entfernt werden, die beiden Kronen sollen im Mund verbleiben. Für jede Trennstelle kann die BEMA-Nr. 23 berechnet werden, also insgesamt zweimal.

Beispiel 5: Der Zahn 16, versorgt mit einer Krone, muss extrahiert werden. Vor einer Extraktion ist es nicht grundsätzlich nötig, die Krone zu entfernen, daher entfällt in der Regel die Abrechnung der BEMA-Nr. 23. Sollte die Nebeneinanderberechnung von Zahn- und Kronenentfernung erforderlich sein, weil sich beispielsweise die Notwendigkeit der Extraktion erst nach Kronenentfernung herausstellt oder wegen schwieriger anatomischer Verhältnisse, die eine Zahnextraktion samt Krone nicht zulassen, sind die Gründe in der Patientenkartei zu dokumentieren. In diesen Fällen kann die BEMA-Nr. 23 berechnet werden.

Beispiel 6: Der Wurzelstift unter der Krone am Zahn 12 ist abgebrochen und muss entfernt werden. Die Krone hatte sich bereits so gelockert, dass sie nicht mehr im Mund ist. Für das Entfernen des abgebrochenen Wurzelstiftes ist die BEMA-Nr. 23 berechnungsfähig.

Beispiel 7: Muss ein Wurzelstift entfernt werden, der nicht abgebrochen ist, stellt dies keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse dar. Sie kann mit dem Versicherten privat vereinbart werden, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog nicht enthalten ist. Die Vereinbarung ist gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ zwischen Zahnarzt und Patient zu treffen.

Beispiel 8: Regio 16 ist auf einem Implantat eine Krone eingesetzt. Die Krone muss erneuert werden. Hier kann für das

Entfernen der erneuerungsbedürftigen Krone die BEMA-Nr. 23 berechnet werden. Anders liegt der Fall, wenn die Krone zur Reinigung eines Implantataufbaus entfernt werden muss. Die Kronenentfernung als Nebenleistung zu einer privaten Hauptleistung kann nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden. Nach schriftlicher Vereinbarung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ mit dem Versicherten kann dies nach der GOZ-Pos. 2290 - Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes, Steges oder Ähnliches berechnet werden.

Beispiel 9: Das Inlay am Zahn 15 muss wegen Sekundärkaries entfernt werden. Auch diese Leistung kann **nicht** zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden, da die Inlayentfernung nicht in der Leistungsbeschreibung der BEMA-Nr. 23 enthalten ist. Es steht die GOZ-Pos. 2290 zur Verfügung.

BEMA-Nr. 25

Bei der BEMA-Nr. 25, "Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, gegebenenfalls einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität", sind die vereinbarten **Abrechnungsbestimmungen** zu beachten.

- 1. Die Anwendung der Nummern 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.
- 2. Die Nummer 25 kann nicht angewendet werden, wenn es sich darum handelt, aus Zeitgründen eine Kavitätenpräparation und -füllung vorzeitig abzubrechen. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abzubrechen und durch Teilung in zwei oder

mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten.

Neben diesen Bestimmungen sind auch die Allgemeinen Behandlungs-Richtlinien B III.2 zu beachten, die besagen, dass eine Behandlung ursachengerecht, zahnsubstanzschonend und präventionsorientiert erfolgen soll. Jeder Zahn, der erhaltungswürdig ist, soll erhalten werden. Jeder kariöse Defekt an einem solchen Zahn soll behandelt werden. Dabei soll die gesunde natürliche Zahnhartsubstanz so weit wie möglich erhalten bleiben.

Allgemeine Behandlungs-Richtlinie B III.3: Die konservierende Behandlung der Zähne soll so erfolgen, dass

- a) die Kavitäten unter Beachtung der Substanzschonung präpariert werden,
 b) die Karies vollständig entfernt wird,
- c) notwendige Maßnahmen zum Pulpenschutz durchgeführt werden,
- d)Form und Funktion der Zähne wiederhergestellt werden,
- e) die Füllungsoberflächen geglättet werden.

Betont wird auch, dass der Erhaltung der vitalen Pulpa Vorrang einzuräumen ist. In den Richtlinien wird bei Methoden der Pulpaüberkappung auf die Überprüfung der Sensibilität sowie der Röntgenkontrolle in angemessenen Zeitabständen hingewiesen.

Mit der BEMA-Nr. 25 sind leistungsrechtlich das Exkavieren, die indirekte Überkappung und so, in seltenen Fällen erforderlich, auch der temporäre Verschluss abgegolten. In der Regel sollte nach Anwendung ein definitives Abfüllen des Zahnes in derselben Sitzung erfolgen.

Ist die Mehrfachberechnung möglich?

Für einen Zahn kann die indirekte Überkappung mehrfach abgerechnet werden, wenn es sich um mehrere getrennte Kavitäten handelt. Eine Mehrfachberechnung derselben Kavität in unterschiedlichen Sitzungen ist durch die Abrechnungsbestimmung nicht ausgeschlossen. Allerdings ist dann die Dichtigkeit des temporären Verschlusses, der nicht zusätzlich berechnet werden kann, eine wichtige Voraussetzung. Der schrittweise Versuch der Vitalerhaltung der Pulpa mit dem Ziel, eine Reizdentinbildung abzuwarten,

ist im Rahmen der Abrechnungsbestimmungen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu hinterfragen. Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** gemäß § 12 SGB V lautet:

"Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen."

Auch an Milchzähnen kann die Behandlung der Caries profunda erforderlich sein. Die Abrechnung der BEMA-Nr. 25 ist unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen und der Richtlinien möglich.

BEMA-Nr. 26

Im Gegensatz zur BEMA-Nr. 25 kommt die BEMA-Nr. 26 zur Anwendung, wenn es bereits zu einer punktförmigen Eröffnung der Pulpa gekommen ist. Die vereinbarte **Abrechnungsbestimmung Nr. 1** beschränkt die Abrechnungsmöglichkeit folgendermaßen:

 Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizieller oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn

Das Alter und die Abwehrlage des Patienten sind für den Erfolg entscheidend. Trotz der nicht einschätzbaren Prognose ist der Zahn mit einer definitiven Füllung zu versorgen.

Die direkte Überkappung der Pulpa von Milchzähnen ist nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Für Milchzähne stehen die BEMA-Nr. 27 – Pulpotomie – sowie die Leistungen der endodontischen Maßnahmen zur Verfügung.

Können die BEMA-Nummern 25 und 26 für einen Zahn berechnet werden?

An einem Zahn ist dies in derselben Sitzung in seltenen Fällen möglich, wenn es sich um getrennte Kavitäten handelt.

Auch in verschiedenen Sitzungen können die beiden Leistungen im Ausnahmefall für einen Zahn abgerechnet werden, wenn beispielsweise nach Anwendung der Maßnahmen nach der BEMA-Nr. 25 im Rahmen der Weiterbehandlung doch noch eine punktförmige Pulpaeröffnung erfolgt.

BEMA-Nr. 27

Folgende Abrechnungsbestimmungen sind vereinbart: "Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa am Milchzahn und am symptomlosen bleibenden Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum einschließlich Abtragen des Pulpendaches, Amputation der koronalen Pulpa, Spülung und Blutstillung, Aufbringen eines Überkappungspräparates, je Zahn. Eine Leistung nach Nr. 27 ist bei Milchzähnen nur abrechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung eine der Nrn. 13 a bis g oder 14 erbracht wird."

In der Regel ist die Behandlung damit abgeschlossen.

Die Kosten für die erforderlichen Medikamente werden über die Vereinbarung zum Sprechstundenbedarf zusätzlich vergütet. Die Abrechnung erfolgt seitens der KZVS automatisch mit der Quartalsabrechnung. Eine zusätzliche Berechnung ist nicht möglich.

Inge Sauer



@-Fortbildung

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

Zitat des Monats

Zivilisation bedeutet, dass die Eskimos warme Wohnungen bekommen und arbeiten müssen, um Geld für Kühlschränke zu verdienen.

Gabriel Laub (Poln.-dt. Schriftsteller, 1928 – 1998)

Praxisführung

GOZ-Telegramm

Frage	Wie wird die Rebasierung einer Prothese berechnet?							
Antwort	Im Gegensatz zu einer Unterfütterung, bei der weitere Kunststoffschichten auf die Prothesenbasis aufgetragen werden, erfolgt bei einer Rebasierung die Erneuerung des Prothesenkörpers (der Basis) unter Beibehaltung des Kauflächenkomplexes.							
	Die Maßnahme der Rebasierung einer Prothese ist in der GOZ 2012 nicht beschrieben. Werden entsprechend Leistungen erbracht, ist eine Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ in Analogie vorzunehmen.							
	Wird in diesem Zusammenhang eine anatomische/funktionelle Abformung mit einem individuellen Löffel erforderlich, sind zusätzlich die GebNrn. 5170 bzw. 5180 oder 5190 GOZ berechnungsfähig. Dabei kann auch die vorhandene Prothese als individueller Löffel dienen.							
	Eine eventuelle Umarbeitung/Vorbereitung der Prothese für die Abdrucknahme am Behandlungsstuhl (Chairsi de-Leistung) bzw. im Eigenlabor kann gemäß § 9 GOZ berechnet werden.							
	Des Weiteren sind die Kosten für Abformmaterialien gemäß § 4 Abs. 3 GOZ und Auslagen für zahntechnische Leistungen gemäß § 9 GOZ zusätzlich berechenbar.							
Quelle	Kommentar der BZÄK GOZ-Infosystem http://goz.lzk-sachsen.org							

Bissregistrierung innerhalb der GOZ 2012 – Abrechnung, aber wie?

Für eine Vielzahl von Behandlungsmaßnahmen ist es erforderlich, Bissregistrierungsverfahren anzuwenden. Zu diesen Verfahren gehören der Quetschbiss, der Bisswall mit Basis, die intraorale Stützstiftregistrierung, das Zentrikregistrat und ggf. weitere. Der Quetschbiss und der Bisswall dienen der einfachen Registrierung und sind Leistungsbestandteile der Gebührenpositionen 2150-2170, 2200-2220, 5000-5040, 5200-5230.

Die funktionsanalytischen (FAL) und funktionstherapeutischen (FTL) Leistungen sind im Abschnitt J der GOZ beschrieben. Im § 4 der GOZ ist das Zielleistungsprinzip geregelt. Wenn eine zahnärztliche Leistung erbracht wird, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer in der GOZ vorhandenen Gebührennummer ist, ist diese Gebühr zum Ansatz zu bringen. Sollte die Leistung nicht in der GOZ oder GOÄ beschrieben sein, kann anhand des § 6 Abs. 1 der GOZ eine Analogieabrechnung vorgenommen werden.

In der GOZ-Nr. 8010 ist das "Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung je Registrat" hinterlegt. Diese Position kann je Sitzung zweimal abgerechnet werden. Somit sind das Zentrikregistrat und die intraorale Stützstiftregistrierung nach der GOZ-Nr. 8010 abzurechnen. Im Zeitalter der Digitalisierung hat sich eine Reihe von elektronischen Verfahren, wie das in den Praxen weit verbreitete DIR®-System und auch das IPR®-System, etabliert. Mithilfe von Messfühlern werden elektronische Stützstift-Registrate aufgezeichnet. Dies stellt aber nur ein anderes Verfahren dar, um zu einem Stützstift-Registrat zu gelangen. Es besteht somit keine andere Möglichkeit, als diese zahnärztliche Leistung nach der GOZ-Nr. 8010 abzurechnen. Selbstverständlich ist es jederzeit möglich, unter Berücksichtigung der Bemessungskriterien nach § 5 der GOZ eine Steigerung des Faktors für den individuell notwendigen Zeitbedarf/ Aufwand vorzunehmen. Wenn eine Steigerung über das 3,5-Fache nötig wird, ist vor Behandlungsbeginn entsprechend des § 2 Abs. 2 der GOZ eine abweichende Vereinbarung mit dem Patienten zu treffen.

Fazit: Eine in der GOZ bereits beschriebene zahnärztliche Leistung kann nur anhand der vorliegenden Gebührennummer abgerechnet werden. Der Weg und die Methode zum Ziel sind dabei unwichtig, aber bestimmen den Steigerungsfaktor! Im Zusammenhang mit einer Bissregistrierung ist es oft sinnvoll, das Oberkiefermodell schädelbezüglich in einen Mittelwertartikulator einzujustieren. Dies kann über eine arbiträre Scharnierachsenbestimmung durch Anlegen eines Übertragungsbogens/Gesichtsbogens erfolgen. Dies ist Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 8020. Die für die GOZ-Nrn. 8010 und 8020 anfallenden Material- und Laborkosten sind gesondert berechnungsfähig. Auch für die GOZ-Nr. 8010 sind das Einarbeiten des Registrierbesteckes und auch die Montage des Gegenkiefers gesondert berechnungsfähig. Dies erfolgt dann nach BEB im Eigenlabor. Die Gebührennummern 8010 und 8020 können unabhängig von der Gebührennummer 8000 zum Ansatz gebracht werden.

Dr. Tobias Gehre Mitglied des GOZ-Ausschusses

Amalgam grundsätzlich unbedenklich OLG Hamm verneint Aufklärungspflicht

Die Verwendung von Amalgam ist seit Jahrzehnten in der zahnärztlichen Praxis umstritten, immer wieder führen Patienten multiple Beschwerden auf die Verwendung von Amalgam zurück, obwohl eine Amalgamallergie nicht nachgewiesen ist. Seitens der Krankenkassen wird eine Amalgamfüllung unverändert als ausreichend und zweckmäßig gehalten, Mehrkosten für andere Füllungsstoffe sind von dem Patienten zu tragen, solange eine allergische Reaktion auf Amalgam nicht nachgewiesen ist.

Das OLG Hamm hatte am 04.03.2016 (Az. 26 U 16/15) über einen Sachverhalt zu entscheiden, bei dem die Patientin dem Zahnarzt vorwirft, Amalgam und weitere Metalle, insbesondere Gold, zusammen zu verwenden. Die Klägerin ließ mehrere Amalgamfüllungen entfernen und durch Kunststofffüllungen ersetzen. Sie suchte darin die Lösung für anhaltende gesundheitliche Probleme und verfolgt nun einen ganzheitlichen Ansatz. Nach Einholung eines Sachverständigengutachtens gelangt das Gericht zu der Feststellung, dass die Verwendung von Amalgam grundsätzlich unbedenklich ist. Die Oberfläche von Silberamalgam werde bei dem Kontakt mit Speichel mit einem Niederschlag überzogen, der weitere elektrochemische Reaktionen verhindere. Das entspreche gesicherter zahnmedizinischer Erkenntnis, die darauf gründet, dass Amalgamfüllungen langjährig in einer hohen Anzahl und ohne Beeinträchtigungen verwendet worden sind und eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen beweisen, dass eine Gefährdung nicht gegeben ist. Offensichtlich wurde von der Klägerin zur Klagebegründung auch das Kieler Amalgam-Gutachten aus dem Jahr 1997 herangezogen. Von dem Sachverständigen in dem dortigen Verfahren wird dem Ergebnis des Gutachtes klar entgegengetreten, das Gutachten hätte sich weder national noch international durchgesetzt, auch heute gebe es keine Erkenntnisse, die für die Richtigkeit des Kieler Gutachtens sprechen würden. Zur Verwendung von Amalgam werde auch nicht mehr geforscht, weil man sich nun mit den Auswirkungen von Nachfolgematerialien beschäftige.

Unbedenklich sei auch der Verbleib von Amalgamresten bei dem Aufbau von neuen Goldkronen. Nicht zu beanstanden sind aus Sicht des Gerichtes auch die Verwendung von Gold in einem Kieferbereich und die Verwendung von Amalgam bei dem entsprechenden Antagonisten im anderen Kieferbereich.

Da bei der Verwendung von Amalgam kein Risikopotenzial besteht, ist der Zahnarzt auch nicht zu einer Risikoaufklärung verpflichtet, das Gericht hat auch Zweifel, ob überhaupt eine Pflicht zur Aufklärung über anderweitige Füllungstherapien besteht. Nach ständiger Rechtsprechung besteht eine solche Pflicht nur dann, wenn es mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden gibt, die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen aufweisen, also eine echte Behandlungsalternative besteht. Eine solche Pflicht hat das Gericht nicht bestätigt. Selbst wenn man eine solche Pflicht jedoch annehmen sollte, wird der Nachweis eines Gesundheitsschadens durch die Verwendung von Amalgam regelmäßig äußerst schwer sein. So hat das OLG Koblenz z. B. bereits am 02.03.1999 entschieden (Az. 3 U 328/97), dass sich das allgemeine Risiko, an amyotropher Lateralsklerose zu erkranken, durch die Verwendung von Amalgamfüllungen nicht erhöht.

Natürlich bestehen für die Anwendung von Amalgam auch verschiedene Kontraindikationen (Allergie, Niereninsuffizienz etc.), diese sind zu beachten, eine Aufklärung über Behandlungsalternativen ist notwendig.

Im Übrigen sorgt die Entscheidung des OLG Hamm nochmals dafür, die Unbedenklichkeit der Verwendung von Amalgam zu betonen und eine Haftung des Zahnarztes für behauptete Gesundheitsschäden zu verneinen. Unabhängig von der rechtlichen Seite wird aber jeder Zahnarzt heute den Stoff der Füllungstherapie mit seinem Patienten besprechen, um hier eine bestmögliche Versorgung zu erreichen, auch wenn nicht alle Kosten von der GKV übernommen werden.

Matthias Herberg Rechtsanwalt

Wir trauern um unsere Kollegen

Dr. med.

Heinz Rüdiger Müller

(Dohna)

geb. 05.08.1942 gest. 18.08.2016

Dr. med.

Stefan Mende

(Leipzig)

geb. 12.04.1944 gest. 02.08.2016

Dr. med. dent.

Martin Ostermeyer

(Leipzig)

geb. 10.03.1944 gest. 03.07.2016

Dr. med. dent.

Ferry Schröter

(Leipzig)

geb. 15.05.1931 gest. 06.06.2016

Wir werden ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Patientenwunsch rechtfertigt keine Fehlbehandlung

Auszug aus der Pressemeldung des OLG Hamm

Verlangt ein Patient eine Behandlung, die gegen medizinischen Standard verstößt, muss ein Arzt diese ablehnen. Auch eine eingehende ärztliche Aufklärung über die möglichen Behandlungsfolgen legitimiert kein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen. Unter Hinweis auf diese Grundsätze hat der 26. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Hamm am 26.04.2016 die erstinstanzliche Verurteilung eines Zahnarztes aus Herne durch das Landgericht Bochum bestätigt.

Der von einem zahnmedizinischen Sachverständigen beratene 26. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Hamm hat die vom Landgericht dem Grunde nach festgestellte Schadensersatzpflicht des Beklagten bestätigt. Die Klägerin habe, so der Senat, unter einer CMD geglitten. Diese habe der Beklagte zunächst auch fachgerecht therapieren wollen. Hiervon habe er sich aber abbringen lassen und die notwendige Schienentherapie nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt. Die endgültige Frontzahnsanierung habe er behandlungsfehlerhaft zu früh begonnen. Hierdurch sei die Bisshöhe falsch festgelegt worden, es habe sich eine Kompression der Kiefergelenke eingestellt, die durch die weitere Behandlung nicht beseitigt worden sei.

In diesem Zusammenhang könne sich der Beklagte nicht darauf berufen, dass die Klägerin ein Vorziehen der Frontzahnsanierung ausdrücklich verlangt habe. Selbst wenn man ein solches Verlangen unterstelle, verstoße die gewünschte Behandlung gegen den medizinischen Standard und habe vom Beklagten abgelehnt werden müssen. Auch eine eingehende

ärztliche Belehrung über die möglichen Behandlungsfolgen legitimiere kein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen. Im Übrigen habe der Beklagte auch nicht hinreichend dargelegt, die Klägerin eindringlich auf die dauerhaften Beeinträchtigungen und Auswirkungen einer perpetuierten CMD hingewiesen zu haben. Die Klägerin habe zudem Anspruch auf Rückzahlung des geleisteten Zahnarzthonorars. Die Leistung des Beklagten sei insgesamt unbrauchbar gewesen und könne bei der künftigen zahnärztlichen Behandlung der Klägerin keine Verwendung finden.

PM (Auszug) OLG Hamm Urteil des 26. Zivilsenats des OLG Hamm vom 26.04.2016 (26 U 116/14)

Videoaufnahmen führten zur Entziehung der Zulassung

Auch Verfehlungen außerhalb der eigentlichen vertragszahnärztlichen Tätigkeit können einen Verlust der vertragszahnärztlichen Zulassung zur Folge haben. Dies entschied das Sozialgericht (SG) Gotha in seinem nicht rechtskräftigen Urteil vom 23. März 2016 (Az. S 7 KA 2580/15).

Sachverhalt

Ein Vertragszahnarzt hatte über Jahre hinweg seine weiblichen Praxisangestellten mittels einer versteckten Kamera beim Aus- bzw. Umkleiden beobachtet. Im Ergebnis der Strafanzeigen des Personals wurden auf seinem PC mehrere Tausend Videodateien beschlagnahmt, die die Mitarbeiterinnen in Unterwäsche sowie mit entblößtem Körper zeigten. Das Amtsgericht Gera verurteilte den Vertragszahnarzt daraufhin im September 2013 gemäß § 201a Strafgesetzbuch (StGB) wegen unbefugten Herstellens, Übertragens und Gebrauchens von Bildaufnahmen zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren und 4 Monaten ohne Bewährung. Der Vertragszahnarzt legte beim Landgericht Gera Berufung gegen das Urteil ein. Nachdem er Geldzahlungen an die geschädigten Mitarbeiterinnen geleistet hatte, nahmen diese ihre Strafanzeigen zurück. Dadurch trat ein Strafverfolgungshindernis ein, infolgedessen das Landgericht das Strafverfahren gegen den Vertragszahnarzt einstellen musste.

Die zuständige KZV hatte aufgrund des Urteils des Amtsgerichts im Januar 2014 beim Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung des Vertragszahnarztes beantragt, da dieser für die vertragszahnärztliche Tätigkeit ungeeignet sei. Der Zulassungsausschuss fasste einen

entsprechenden Beschluss. Der dagegen eingelegte Widerspruch, mit dem der Vertragszahnarzt u. a. einwandte, dass die ihm zur Last gelegten Taten nicht im Zusammenhang mit seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit stünden, blieb ohne Erfolg. Der Berufungsausschuss bestätigte die Entziehung der Zulassung. Unabhängig von der strafrechtlichen Verfahrenseinstellung seien die dem Vertragszahnarzt zur Last gelegten Taten tatbestandsmäßig, rechtswidrig und schuldhaft geschehen und die Ermittlungen hierzu verwertbar. Der Verstoß gegen § 201 a StGB sei lediglich strafrechtlich nicht mehr verfolgbar, womit er zwar straffrei bleibe, aber nicht schuldfrei sei.

Gegen die Entziehung der Zulassung erhob der Vertragszahnarzt Klage vor dem SG Gotha. Der Umstand, dass sich das ihm vorgeworfene Verhalten in den Personalräumen seiner Praxis abgespielt habe, reiche für eine drohende Gefährdung der Patientinnen und Patienten nicht aus. Es sei nicht erkennbar, dass seine weitere Tätigkeit als Vertragszahnarzt die Versorgung der GKV-Versicherten gefährde.

Entscheidung des SG Gotha

Gemäß § 95 Abs. 6 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist die Zulassung u. a. dann zu entziehen, wenn der Vertragszahnarzt seine vertragszahnärztlichen Pflichten gröblich verletzt hat. Nach der Judikatur des Bundessozialgerichts (BSG) ist eine Pflichtverletzung dann als gröblich einzustufen, wenn sie so schwer wiegt, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung notwendig ist. Davon ist auszugehen, wenn die gesetzliche Ordnung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Verhalten des Zahnarztes in erheblichem Umfang verletzt wird und das Vertrauensverhältnis zu den vertragszahnärztlichen Institutionen tiefgreifend und nachhaltig gestört ist, so dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragszahnarzt nicht zugemutet werden kann.

Das SG Gotha entschied, dass das Verhalten, welches die grobe Pflichtverletzung begründet, nicht unmittelbar mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in Zusammenhang stehen muss. Damit folgte es der Rechtsprechung des BSG. Dieses hatte in der Vergangenheit bereits mehrfach festgestellt, dass auch Verfehlungen außerhalb der eigentlichen vertragszahnärztlichen Tätigkeit eine Zulassungsentziehung rechtfertigen können. Seinen Entscheidungen lag z. B. eine versuchte Vergewaltigung einer Praxismitarbeiterin oder der sexuelle Übergriff eines Arztes gegen eine Auszubildende in der Praxis zugrunde.

Das BSG hat ein derartiges Verhalten als gröbliche Verletzung der vertragszahnärztlichen Pflichten angesehen. Dadurch erweist sich ein Zahnarzt, ebenso ein Arzt, als ungeeignet für die Tätigkeit im Beruf und in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Nach dem BSG können außerhalb eines Tatgeschehens mit sexuellem Einschlag, auch fortgesetzte, grob beleidigende und diffamierende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern und Funktionsträgern der KZV als Pflichtverletzungen eine Zulassungsentziehung rechtfertigen. Ebensolche Konsequenzen stehen bei Verurteilungen eines Arztes oder Zahnarztes wegen Betrugs oder Erpressung im Raum.

Nach dem SG Gotha stellen sich die dem Vertragszahnarzt zur Last gelegten Verfehlungen als schwerwiegende Verstöße gegen seine Verhaltenspflichten als Zahnarzt und Inhaber einer zahnärztlichen Praxis dar. Er hat mittels der von ihm aufwendig installierten technischen Vorrichtung Unmengen von Videoaufzeichnungen angefertigt. Indem er die Angestellten jahrelang in ihrer Intimsphäre visuell ausspionierte, verletzte er den höchstpersönlichen und gesetzlich geschützten Lebensbereich dieser Frauen.

Fazit

Es ist ohne Belang, dass es zu keiner rechtskräftigen strafrechtlichen Verurteilung kam. Pflichtverletzungen i. S. des § 95 Abs. 6 SGB V setzen kein strafbares Verhalten voraus. Entscheidend ist, dass das Verhalten einen so gewichtigen Unwert darstellt, dass daraus das Fehlen der Eignung zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit abzuleiten ist. Auf das Verhalten in der Zeit nach der Zulassungsentziehung – im Sinne eines Wohlverhaltens – kommt es nicht an. Die Zusicherung des Zahnarztes, eine zukünftige Gefährdung seiner Patienten sei nicht zu befürchten, greift nicht durch. Es ist vom BSG entschieden, dass eine Zulassungsentziehung keine Negativprognose für das künftige Verhalten im Sinne einer Wiederholungsgefahr erfordert. Das SG entscheidet allein über die Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentziehung wegen eines in der Vergangenheit liegenden Verhaltens.

Carola Brechel

LZKS-FORTBILDUNGSAKADEMIE

Start der Fobi-Reihe Zahnärztliche Chirurgie

Kurs 1 12.11.2016, 9–16 Uhr **Grundlagen zahnärztlicher Chirurgie**

Kurs 2
Die Zahnextraktion und Zahnerhaltung

Kurs 3

Kurs 4
Odontogene Infektionen und Zysten

Verlagerte und retinierte Zähne

Kurs 5 25.03.2017, 9–17 Uhr **Traumatologie, Risiken** und Komplikationen

Kurs 6 28.04.2017, 14-20 Uhr **Mundschleimhauterkrankungen**

Kurs 7 17.07.2017, 9–15 Uhr Standards, Falldemonstrationen, Besprechung individueller Problemfälle

Die Kurse 2, 3 und 4 finden in Hospitationspraxen statt, die Termine werden in Kurs 1 bekannt gegeben.

Gebühr: Kurse 1, 5, 6, 7 je 160 EUR Kurse 2, 3, 4 je 255 EUR

Gemäß Empfehlung BZÄK/DGZMK erhalten Sie 47 Fortbildungspunkte.



Anmeldung:

www.zahnaerzte-in-sachsen.de/ Zahnärzte/Fortbildung Fax: 0351 8066-106 E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

Landeszahnärztekammer Sachsen Körperschaft des öffentlichen Rechts



Personalien

Geburtstage im Oktober 2016

0	01.10.1956	MUDr./Univ.Olomouc Michael Jaquet		14.10.1946	DiplMed. Brigitte Göbel
U	01.10.1936	04357 Leipzig		14.10.1940	08315 Bernsbach
	04.10.1956	DiplStom. Marion Wolfermann		15.10.1946	Christine Meyer
		01796 Pirna			01159 Dresden
	08.10.1956	Dr. med. Jörg Rietschel		27.10.1946	Uta Fiedler
		01307 Dresden			02779 Großschönau
	08.10.1956	DiplStom. Thomas Schneider 08056 Zwickau	75	09.10.1941	Dr. med. dent. Gerlinde Ludwig 01307 Dresden
	15.10.1956	DiplStom. Monika Schleicher 04838 Eilenburg		10.10.1941	MR Dr. med. dent. Thomas Ahlborn-Güttne 01326 Dresden
	16.10.1956	Dr. med. Lutz Goldmann		10.10.1941	MR Dr. med. Günter Prenzel
	21 10 1056	08396 Waldenburg		12 10 10 11	01326 Dresden
	21.10.1956	DiplStom. Margret Schultze 08233 Treuen		13.10.1941	Dr. med. Juri Kowaltschuk 01328 Dresden
	23.10.1956	DiplStom. Manuela Ernst		15.10.1941	Dr. med. dent. Heidrun Knapp
		09236 Claußnitz			04159 Leipzig
	23.10.1956	DiplStom. Marion Raddatz		25.10.1941	Dr. med. dent. Joachim Neumann
	24101056	04416 Markkleeberg		20 10 10 11	04288 Leipzig
	24.10.1956	DiplStom. Sabine Schmitz 02957 Krauschwitz		29.10.1941	Dr. med. dent. Volkmar Oehme 08523 Plauen
	26.10.1956	DiplStom. Frank Hohlfeld	80	07.10.1936	Dr. med. dent. Hannelore Bretschneider
	20.10.1330	08340 Schwarzenberg	00	07.10.1330	01069 Dresden
	29.10.1956	Dr. med. Reinhard Kleinert		09.10.1936	Hans Schneeweiß
		08412 Werdau			08538 Weischlitz
5	01.10.1951	DiplStom. Gudrun Pöllnitz 09221 Neukirchen		11.10.1936	SR Ingrid Kreller 02763 Zittau
	03.10.1951	DiplMed. Brigitte Sommer		12.10.1936	Charlotte Schäffer
	1 W	09514 Lengefeld			01904 Neukirch
	04.10.1951	DiplStom. Christiane Laub 09526 Olbernhau		18.10.1936	Dr. med. dent. Renate Höppel 01259 Dresden
	13.10.1951	DiplMed. Eveline Hensel	81	13.10.1935	Johannes Reißmann
		02763 Zittau			08280 Aue
	16.10.1951	DiplMed. Gerhard Hermsdorf 09306 Schwarzbach		31.10.1935	SR Liselotte Hertig 09599 Freiberg
	18.10.1951	Dr. med. Sabine Alex		31.10.1935	Dr. med. dent. Katharina Pläging
	10.10.1951	01309 Dresden		31.10.1333	04275 Leipzig
	21.10.1951	DiplMed. Annelies Georgi	82	11.10.1934	MR Dr. med. dent. Ulrich Damm
		04523 Pegau			08547 Plauen
	23.10.1951	DiplMed. Renate Ludwig 04275 Leipzig		25.10.1934	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Rolf Pinkert 01259 Dresden
	26.10.1951	Dr. medic stom./IMF Bukarest	84	21.10.1932	SR Horst Lange
		Reinhild Zimmermann			01906 Burkau
		09126 Chemnitz	87	17.10.1929	Dr. med. dent. Helmut Reinhardt
	31.10.1951	Dr. med. Christine Truntschka		00.40	01796 Pirna
	02 10 1046	02708 Löbau	89	08.10.1927	SR Eva Hebold
1	02.10.1946	DiplMed. Gabriele Hoffmann 04838 Eilenburg		30.10.1927	01796 Pirna SR Dr. med. dent. Harald Runge
	02.10.1946	Dr. med. Heinz Salomon		30.10.1927	09484 Kurort Oberwiesenthal
	02.10.1940	01277 Dresden			55 76 Fixarore Oberwiesentrial
	08.10.1946	DiplMed. Elke Scholz 04425 Taucha	Wii	gratulieren!	
			171		
	11.10.1946	Dr. med. Armin Matauschek	Lub	llare die koine	Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Sachsen

Nicht-chirurgische Therapie einer aggressiven Parodontitis

Die aggressive Parodontitis zeichnet sich durch eine rasch fortschreitende parodontale Destruktion aus, die zu schnellem Stützgewebeverlust und frühzeitigem Zahnverlust führen kann. Eine erst 17-jährige Patientin mit einer generalisierten aggressiven Parodontitis wies bereits bei Erstdiagnostik einen stark fortgeschrittenen Attachmentverlust auf. Dieser Fallbericht beschreibt die Diagnostik, das schrittweise therapeutische Vorgehen sowie die Nachsorge. Es wird dargestellt, wie durch eine nicht-chirurgische Parodontitistherapie in Kombination mit einer adjuvanten Antibiotikagabe mittelfristig ein zufriedenstellendes und stabiles Behandlungsergebnis erreicht werden kann.

INDIZES

Aggressive Parodontitis, nicht-chirurgische Behandlung, adjuvante Antibiotikagabe, antiinfektiöse Therapie, unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Einleitung

Die aggressive "juvenile" Parodontitis ist eine infektiöse Erkrankung des Zahnhalteapparates, die durch einen progressiven Verlauf, einen schnellen Stützgewebeverlust, jedoch klinisch meist durch relativ wenig Entzündungsreaktion gekennzeichnet ist 1-2. Typisch für eine aggressive Parodontitis sind die nach Sondierung blutenden Taschen, Pusentleerung und die entzündliche Schwellung, wobei sie sich gleichzeitig meist mit wenig ausgeprägter Plaque und akkumuliertem Zahnstein zeigt 1-2. In selteneren Fällen kann sich die aggressive Parodontitis aber auch mit einer verstärkten Plaque- und Zahnsteinakkumulation darstellen³⁻⁴. Im weiteren Verlauf dieser Erkrankung kommt es häufig zur Furkationsbeteiligung sowie zu erhöhter Zahnlockerung. Im Zusammenhang mit dieser erhöhten Beweglichkeit kann es durch Zahnfehlstellung zu funktionellen Problemen kommen. Das familiäre Auftreten der Erkrankung ist ein wichtiges Merkmal, das bei der Diagnose und durch die Erhebung der Anamnese und familiärer Geschichte beachtet werden sollte⁵. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Prävalenz parodontaler Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen relativ gering ist. Attachmentverlust und knöcherne Destruktionen sind auch ebenfalls sehr selten bei Jugendlichen, jedoch steigt die Inzidenz in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen im Vergleich zu Kindern im Alter von fünf bis elf an. 6-8 Die Einteilung der aggressiven Parodontitis kann nach dem Ausmaß der Erkrankung

in eine lokalisierte oder eine generalisierte Form erfolgen². Bei der lokalisierten Form sind neben dem ersten Molaren und den Inzisiven nicht mehr als zwei weitere bleibende Zähne betroffen. Bei der generalisierten Form sind mindestens drei bleibende Zähne zusätzlich zu den ersten Molaren und Inzisiven betroffen.

Die pathogenen Keime, wie z. B. Aggregatibacter actinomycetemcomitans sowie in manchen Fällen Porphyromonas gingivalis, sind meist mit dieser Erkrankung assoziiert⁹. Die Besiedlung durch diese parodontalpathogenen Keime konnte nicht nur in (tiefen) Taschen, sondern auch tief im Gewebe nachgewiesen werden, was für eine Gewebegängigkeit dieser Keime spricht und einen Virulenzfaktor dieser Pathogene darstellt. Mikrobiologische Studien zeigen außerdem, dass die instrumentelle Behandlung im Zuge der antiinfektiösen Therapie die tief im Gewebe eingedrungenen Keime nicht vollständig beseitigen kann 10-11. Die antiinfektiöse Therapie sollte deshalb durch die Gabe eines geeigneten Antibiotikums kombiniert und unterstützt werden 12-13. Dieses Fallbeispiel zeigt step-by-step die systematische Behandlung der aggressiven Parodontitis einer 17-jährigen Patientin durch eine antiinfektiöse Therapie in Kombination mit der systemischen Antibiose.

Anamnese

Eine 17-jährige aus Afrika stammende Patientin wurde vom Hauszahnarzt (HZA) mit der Bitte um Übernahme der Behandlung einer schweren rezidivierenden Parodontitis und parodontaler Abszesse in die Klinik für Parodontologie des Universitätsklinikums Marburg überwiesen. Die allgemeine Anamnese ergab keinerlei Hinweise auf Vorerkrankungen, und die Patientin nahm keine Medikamente ein. Sie ist und war Nichtraucherin und hat nach Aussage der

Mutter keine kieferorthopädische Behandlung durchlaufen. Die große Schwester litt zum damaligen Zeitpunkt ebenfalls an einer schweren Form der Parodontitis und war diesbezüglich bei ihrem HZA in Behandlung. Die Erhebung der familiären









Abb. 1 – Klinischer Befund zu Beginn der antiinfektiösen Therapie (02.02.2015)

Zahnärzteblatt SACHSEN 09/16

Fortbildung

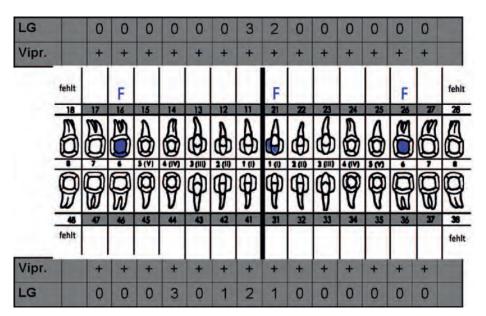


Abb. 2 - Dental Befund (01) bei Erstdiagnose (11.12.2014)

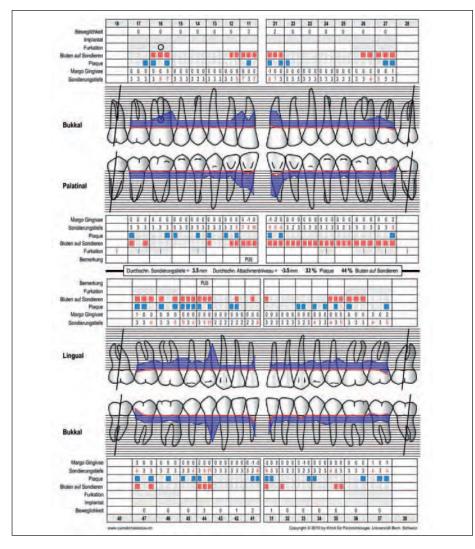


Abb. 3 – Parodontalstatus bei Erstdiagnose (11.12.2014)

Anamnese durch die Patientin und der Mutter hat ergeben, dass eine Häufung von Parodontalerkrankungen bei der Familie väterlicherseits bekannt ist. Die spezielle zahnmedizinische Anamnese ergab, dass die Patientin zum damaligen Zeitpunkt unter Beschwerden an den Zähnen 44 und 11 litt. Sie gab an, dass sie sich zwei- bis dreimal täglich ihre Zähne putzt und keine Interdentalraumpflege betreibt.

Klinischer Befund

Der extraorale Befund stellte sich unauffällig dar. Keine Asymmetrien wurden gefunden und die Palpation hat keine Schwellungen, Entzündungszeichen oder pathologischen Befunde ergeben. Bei der intraoralen Untersuchung der 17-jährigen Patientin zeigte sich ein gepflegtes, konservierend versorgtes, bleibendes Gebiss mit Kompositrestaurationen (*Abb. 1*). Die Zähne 16, 21 und 26 waren mit Kompositrestauration versorgt und eine Fissurenversiegelung bestand zusätzlich an Zahn 26. Alle Zähne reagierten auf den Sensibilitätstest positiv und es gab keine Perkussionsempfindlichkeit (Abb. 2). Die Zähne 18, 28, 38 und 48 waren noch nicht durchgebrochen. Die Gingiva in regio 11, 21 und 44 war gerötet und geschwollen. Lokalisiert konnte Zahnstein regio 31, 41 festgestellt werden (Abb. 1). Bei der Patientin fiel ein anamnestisch bereits langjährig bestehendes Diastema mediale im Unterkiefer auf.

Die Patientin zeigte bei der ersten Sitzung eine relativ gute Mundhygiene mit einem approximalen Plaqueindex (API) von 23 %. Der Index Bleeding on Probing (BOP) ergab einen Wert von 44 % (im Vergleich zur Plaque wurde eine erhöhte Blutungsneigung auf Sondierung (BOP = 44 %) festgestellt). Die Erhebung eines ausführlichen parodontalen Status ergab Sondierungstiefen von bis zu 11 mm (Abb. 3). Bei der Untersuchung konnte zusätzlich Pus an den Zähnen 11 und 44 festgestellt werden. Furkationsbefall Grad I konnte lediglich an Zahn 16 festgestellt werden. Lockerungsgrad I zeigte sich an den Zähnen 31 und 42, während die Zähne 21 und 41 Lockerungsgrad II aufwiesen. Eine pathologisch erhöhte Zahnbeweglichkeit von Grad III wurde an den Zähnen 11 und 44 festgestellt (Abb. 3).

Röntgenbefund

- Panoramaschichtaufnahme vom November 2014 (durch HZA mitgegeben) (*Abb. 4*): In der Aufnahme zeigten sich die retinierten Zähne 18, 28, 38 und 48. Ein lokalisierter fortgeschrittener vertikaler Knochenabbau bis ins apikale Wurzeldrittel konnte an Zahn 44 befundet werden.
- Röntgenstatus vom März 2015 (Abb. 5): Ein röntgenologischer Status in Rechtwinkel-Paralleltechnik wurde zur besseren Beurteilung der knöchernen Situation angefertigt. Die Zahnfilme zeigten einen radiologisch erkennbaren Knochenabbau vor allem im Bereich der ersten Molaren (16, 46) und Inzisiven (11, 21, 31, 41). Ein vertikaler Knochendefekt lag an den Zähnen 11 (mesial), 21 (mesial) und 44 (mesial) vor. Der Zahn 16 zeigte eine radiologische Aufhellung im Furkationsbereich. Die Zahnfilme zeigten auch die retinierten Zähne 18, 28, 38 und 48.

Mikrobiologischer Befund

Da die Identifizierung der Leitkeime und die Darstellung der mikrobiologischen Situation bei der aggressiven Parodontitis sehr entscheidend für die Gabe und die Wahl eines Antibiotikums sein können 9,14, wurde eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt. Im Februar 2015 wurden die subgingivalen Proben an den tiefsten Stellen (16 mb, 11 mp, 21 p, 41 mb, 44 mb) entnommen und ausgewertet. Dabei konnten die parodontalpathogenen Keime Aggregatibacter actinomycetemcomitans (A.a.), Porphyromonas gingivalis (P.g.), Tannerella forsythia (T.f.), sowie Treponema denticola (T.d.) nachgewiesen werden. Abbildung 6 stellt die pathogene Keimzahl und den pathogenen Schwellenwert der Keime dar.

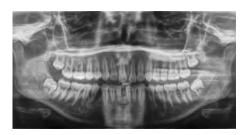


Abb. 4 – Panoramaschichtaufnahme (2014) durch Hauszahnarzt

Prognose

Der ausgeprägte Knochenabbau und der erhöhte Lockerungsgrad führten zu einer un günstigen Prognose der Zähne 11, 21 und 44 ^{15–16}. Die Prognose der Zähne 16 und 41 wurde aufgrund der klinischen und radiografischen Befunde als mäßig bewertet, die übrigen Zähne mit einer guten bis sehr guten Prognose für einen langfristigen Erhalt ¹⁵ (Abb. 7).

Therapieplanung

Die systematische Therapie war folgendermaßen strukturiert:

- 1. Initialtherapie I: supragingivale Zahnreinigung inklusive weitergehendem Mundhygienetraining mit Motivation und Instruktion, um vorhandene orale Hygienedefizite zu beseitigen
- 2. Initialtherapie II: Reinigung und Glättung der Wurzeloberflächen (SRP) mit adjuvanter systemischer Antibiotikatherapie
- 3. Reevaluation der klinischen Situation
- Gegebenenfalls weiterführende parodontalchirurgische Maßnahmen
- 5. Lebenslange Nachsorge durch die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Die Patientin und die Eltern wurden einge-

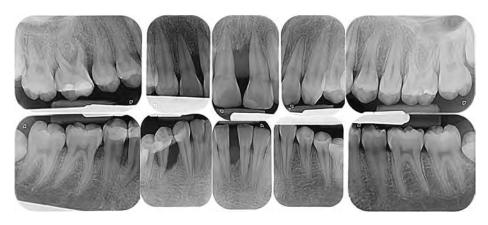


Abb. 5 - Röntgenstatus bei Anfang der Behandlung

		Pathogener Schwellenwert**
Aggregatibacter		
actinomycetemnomitans	9,4E+06	1,0E+03
Porphyromonas gingivalis	2,1E+07	1,0E+05
Tannerella forsythia	1,2E+07	1,0E+05
Treponema denticola	3,3E+06	1,0E+05
Prevotella intermedia	0,0E+00	1,0E+05
Gesamtbakterienzahl	1,3E+08	

Abb. 6 - Auswertung der mikrobiologischen Untersuchung

	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
Hoffnungslos														
Fraglich							Х	Х						
Mäßig		Х				Х								
Gut	Х		Х	Х	Х				Х	Х	Х	Х	Х	Х
Gut	Х	Х	Х		Х	Х		Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
Mäßig							Х							
Fraglich				Х										
Hoffnungslos														
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

Abb. 7 – Vorläufige Einzelzahnprognose vor der antiinfektiösen Therapie

Fortbildung

hend über das Krankheitsbild, die geplante Behandlung und über die Wichtigkeit der adäquaten häuslichen Mundhygiene nochmals aufgeklärt.

Behandlung

1) Vorbehandlung/Hygienephase

Die Initialtherapie I bestand aus drei Vorbehandlungsterminen, die je einen Abstand von ca. zwei Wochen hatten, sodass die Gesamtdauer dieser Initialtherapie I 6 Wochen betrug. Jede dieser drei Sitzungen war wie folgt aufgebaut: Nach der Spülung mit 0,2%iger CHX-Lösung wurden zunächst der modifizierte Sulkus-Blutungs-Index (SBI)¹⁷











Abb. 8 – Klinische Situation nach der antiinfektiösen Therapie (06.07.2015)

und der approximale Plaque-Index (API)¹⁸ zur Dokumentation der Mundhygiene sowie der gingivalen Entzündung erhoben. Die Patientin wurde dann eingehend über die Bedeutung der häuslichen Mundhygiene informiert. Um sie in ihrer häuslichen Mundhygiene zu unterstützen, erlernte sie die modifizierte Bass-Technik. Die Anwendung von Zahnseide und Interdentalraumbürsten bei den Lücken zwischen den Zähnen wurde bei jeder Sitzung unterwiesen. Die supragingivalen harten und weichen Zahnbeläge wurden nach der Motivation und Reinstruktion im Zuge einer professionellen Zahnreinigung entfernt. Nach abschließender Politur erfolgte eine lokale Fluoridierung. Zur Stabilisierung des gelockerten Zahnes 44 wurde dieser in der ersten Sitzung geschient. Im Verlauf der drei Sitzungen zeigte die Patientin sich sehr aufgeschlossen und

eine gute Mitarbeit bei der Umsetzung der Empfehlungen. Der API konnte von 41 % auf 23 % und der SBI von 54 % auf 43 % gesenkt werden.

2) Initialtherapie II (Scaling/Root Planing; SRP)

In der Initialtherapie II wurde das Scaling und Root Planing in insgesamt zwei Terminen (SRP I & II) durchgeführt. Zwischen beiden Terminen waren drei Tage Abstand. Unter Lokalanästhesie (Ultracain® D-S, Sanofi-Aventis, Frankfurt, DE) wurde die subgingivale Instrumentierung aller pathologisch vertieften Taschen ≥ 4 mm in Form eines Deep-Scalings und einer Wurzelglättung mit Ultraschall (Piezon® Master 700, EMS, Schweiz), mit Handinstrumenten (Küretten "Gracy", Hu-Friedy, Rotterdam, Niederlande) sowie Pulverstrahlgerät (PerioFlow

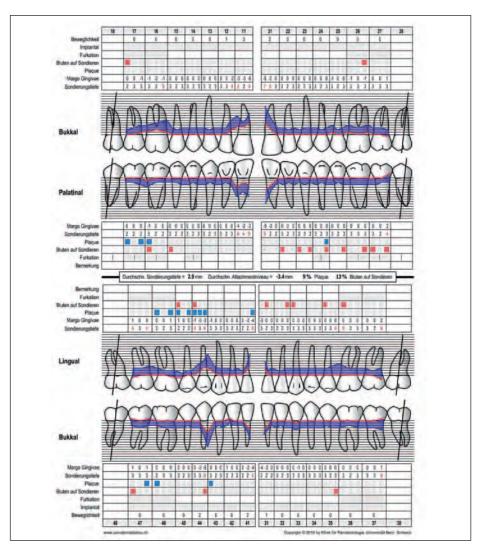


Abb. 9 – Parodontalstatus bei Reevaluation

Piezon® Master 700, EMS, Schweiz) durchgeführt ¹⁹. Die behandelten Taschen wurden nach der Wurzelglättung mit 0,2% iger CHX-Lösung gespült und ein 1% iges CHX-Gel in die Taschen appliziert. Aufgrund der mikrobiologischen Untersuchung wurde die subgingivale Instrumentierung mit einer adjuvanten Antibiotikagabe von 3 x 400 mg Metronidazol und 3 x 500 mg Amoxicillin täglich für sieben Tage, beginnend nach Abschluss des SRP, unterstützt. ²⁰⁻²¹ Die Patientin wurde angewiesen, in den folgen-den 14 Tagen 2 x täglich zusätzlich zur häuslichen Mundhygiene morgens und abends mit 0,2% iger CHX-Lösung zu spülen.

3) Reevaluation nach antiinfektiöser Therapie

Etwa zehn Wochen nach Abschluss des SRP wurde die Reevaluation durchge-

führt. Bei der Untersuchung konnte eine deutliche Verbesserung der klinischen Entzündungszeichen festgestellt werden. Im Rahmen der Erhebung des ausführlichen Parodontalstatus zeigte sich ein deutlicher Rückgang der geschwollenen Gingiva an den Zähnen 11, 21 und 44 (Abb. 8) sowie Reduktionen der Sondierungstiefen (Abb. 9). An den Zähnen 21 und 44 wurden persistierende Sondierungstiefen von 6 mm bzw. 7 mm am Zahn 21 festgestellt. Eine supragingivale Zahnreinigung verbunden mit erneuter Motivation und Reinstruktion wurde in derselben Sitzung durchgeführt. Alle vertieften Taschen mit ST von 4 mm und Blutung sowie ST≥5 mm wurden erneut instrumentiert und anschließend mit CHX-Lösung gespült. Aufgrund des Alters der Patientin von 17 Jahren wurde zu diesem Zeitpunkt zunächst auf parodontal-chirurgische

Maßnahmen verzichtet, um dem Regenerationspotenzial noch Zeit zu geben. Die Patientin und die Eltern wurden aufgeklärt, dass die chirurgischen Maßnahmen oder die endgültige prothetische Versorgung im Sinne der Versorgung des ästhetischen Defizits regio 11 und 21 erst dann sinnvoll ist, wenn stabile parodontale Verhältnisse vorliegen. Aufgrund der Ergebnisse der Reevaluation wurde ein erneutes SRP, in Form einer zweimaligen Nachbehandlung der tiefen Taschen, an den Zähnen 21 und 44 durchgeführt. Die parodontale Befundung sowohl nach den Nachbehandlungsterminen als auch nach einem Jahr Kontrolle zeigten eine weitere Reduktion der tiefen persistierenden Sondierungstiefen an o.g. Zähnen und eine deutliche Verbesserung des Lockerungsgrades, insbesondere an 44 (Abb. 10). Ein Röntgenstatus in Rechtwinkel-Paralleltechnik, bestehend aus zwei Einzelaufnahmen (Zähne 21 und 44), wurde erstellt. Der röntgenologische Befund zeigte einen positiven regenerativen Prozess (Abb. 11, 12). Die Zähne 21 (mesial) und 44 (mesial) wiesen



Abb. 11 – Röntgenstatus vom Zahn 21 vor der antiinfektiösen Therapie (li.) und 4 Monaten nach dem Abschluss der Therapie (re.)



Abb. 12 – Röntgenstatus vom Zahn 44 vor der antiinfektiösen Therapie (li.) und 4 Monate nach dem Abschluss der Therapie (re.)

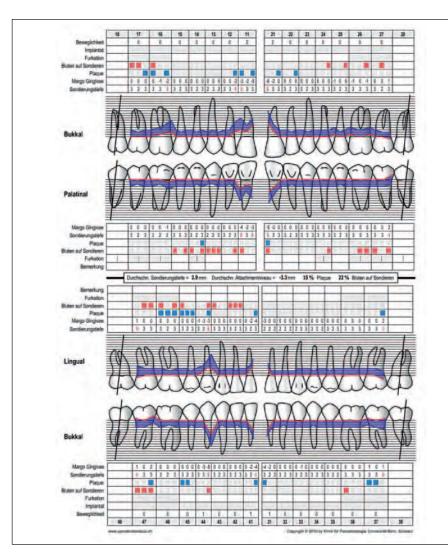


Abb. 10 - Parodontalstatus nach der Initialtherapie II (23.11.2015)

Fortbildung

einen knöchernen Aufbau im Bereich des vertikalen Defekts auf, was als klinischer Attachmentgewinn verzeichnet werden kann.

4) Unterstützende Parodontitistherapie (UPT):

Der Patientin und den Eltern wurde die

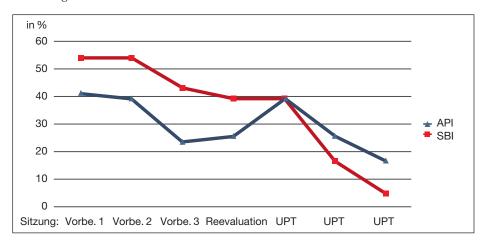


Abb. 13 – Ausschnitt aus dem Verlauf der Mundhygieneindizes über den Behandlungszeitraum bis 1 Jahr nach SRP (API = Approximaler Plaqueindex, SBI = Sulkusblutungsindex)

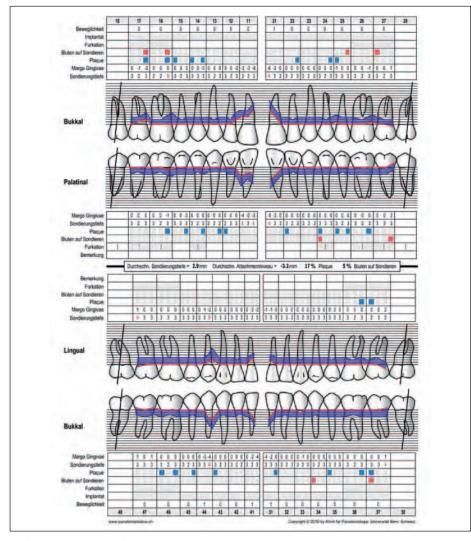


Abb. 14 – Parodontalstatus nach der antiinfektiösen Therapie (18.04.2016)

Wichtigkeit der häuslichen Mundhygiene sowie die regelmäßige unterstützende Parodontitistherapie (UPT) als ein Teil der Therapie nahegelegt. Die Nachsorgesitzungen der UPT wurden nach Abschluss der aktiven Parodontaltherapie begonnen. Obwohl die Patientin voll bezahnt und Nichtraucherin ist, wurde das Parodontitisrisiko bei aggressiver PA als "hoch" eingestuft, da der Alveolarknochenverlust bei der Patientin teilweise schon stark fortgeschritten ist 22. Die UPT wird im vierteljährlichen Recall-Intervall durchgeführt. Die dentalen und parodontalen Befunde werden im regelmäßigen Abstand von sechs Monaten erhoben (bei jeder zweiten UPT-Sitzung). Im Rahmen der UPT werden weitere Mundhygieneindizes erhoben (Abb. 13). Trotz der deutlichen Verbesserung des Lo-

Trotz der deutlichen Verbesserung des Lockerungsgrades des Zahnes 21 hat die Patientin ausgesagt, dass sie eine Kaufunktionsstörung im Frontbereich hat. Eine Kunststoffschiene an den Zähnen 11 und 21 wurde deshalb eingegliedert. Die supra- und subgingivale Instrumentierung erfolgen regelmäßig durch Handinstrumente und Ultraschall. Nach der Politur werden die Zähne am Ende einer jeden Sitzung fluoridiert. Der parodontale Status zeigte ein Jahr nach Abschluss des SRP ein stabiles Ergebnis (managbare Taschen ≤ 5 mm) (Abb. 14). Der klinische Status wird in Abb. 15 dargestellt.

Epikrise und Prognose

Für die anfänglich gestellte Diagnose "generalisierte aggressive Parodontitis" spricht, dass es zu einer schweren Destruktion des parodontalen Gewebes bei einer allgemeinmedizinisch gesunden jugendlichen Patientin gekommen ist 1-2. Da keine älteren klinischen wie auch röntgenologischen Aufzeichnungen zur Verfügung standen, konnte der Verlauf der Erkrankung nicht rückwirkend eruiert werden. Die Patientin war bei der Erstvorstellung 17 Jahre alt und zeigte einen Attachmentverlust von bis zu 11 mm. Es gab außerdem keine Beziehungskorrelation zwischen Schwere und Ausmaß der Destruktion von parodontalen Geweben und lokalen Faktoren, was als ein Kennzeichen der aggressiven Parodontitis betrachtet werden kann 1-2.

Als weiteres Merkmal der aggressiven Parodontitis liegt die familiäre Häufung von Parodontalerkrankungen vor ⁵. Diese Häufung wurde nach Erhebung der Familienanamnese festgestellt. In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass afrikanischstämmige Jugendliche ein signifikant höheres Risiko aufweisen, an aggressiver Parodontitis zu leiden²³.

Ein weiteres vorhandenes Merkmal ist die stark erhöhte Keimzahl von A.a., die mit aggressiver Parodontitis assoziiert ist ^{9,24}.











Abb. 15 – Klinische Situation nach der antiinfektiösen Therapie (18.04.2016)

Da der Erfolg der Behandlung einer aggressiven Parodontitis ohne adäquate Infektionskontrolle durch Elimination der Leitkeime A.a. und P.g. kaum zu erwarten ist, wird eine Kombination von supra- und subgingivaler Instrumentierung mit der systemischen Gabe von Antibiotika als die geeignete Therapie empfohlen 12-13. Die Gabe der Kombination der Antibiotika Amoxicillin und Metronidazol wurde deshalb im Rahmen der Behandlung verordnet 20-21. Die Antibiotikagabe von Amoxicillin und Metronidazol kann außerdem die Entzündungsparameter wie aMMP-8 und aMMP-9 bei Patienten mit aggressiver Parodontitis reduzieren²⁵. In einem Übersichtsartikel konnte gezeigt werden, dass die unterstützende Gabe von Amoxicillin und Metronidazol zu SRP zu besseren klinischen Resultaten führen kann²⁶. Eine weiterführende mikrobiologische Untersuchung wurde nach der antiinfektiösen Therapie vorgeschlagen, um die Keimzahl der parodontal pathogens festzustellen. Diese wurde von der Patientin aufgrund der Kosten abgelehnt.

Bei der Reevalution kam es zu einer Reduktion der Sondierungstiefen und zum Abklingen der klinischen Entzündungszeichen. Eine Sondierungstiefe von mehr als 5 mm war nur noch an den Zähnen 21 und 44 feststellbar. Da eine erhöhte Sondierungstiefe mehr als 5 mm ein signifikantes Risiko für weiteren Attachmentverlust darstellt 22,24, wurde eine erneute subgingivale Instrumentierung durchgeführt. Zur Taschenelimination wurde an den Zähnen 21 und 44 bisher auf eine regenerative Operation verzichtet, da die Patientin unter 18 Jahre alt ist und mehr Zeit für das Regenerationspotenzial gegeben werden soll. Das erneute SRP kann zu einem zusätzlichen Attachmentgewinn

führen und evtl. die Chirurgie ersetzen²⁷. In dem vorliegenden Fall konnten die persistierenden Sondierungstiefen durch das erneute SRP nochmals reduziert werden. Eine starke Retraktion der Gingiva wurde an den Zähnen 11, 21 sowie 44 festgestellt. Die Patientin wurde aufgeklärt, dass die ästhetische Versorgung an den Zähnen 11 und 21 erst nach Abschluss der aktiven Parodontitis-Therapie und nach Erhalt entzündungsfreier Verhältnisse durchgeführt werden sollte. Aufgrund des individuell hohen Risikos wurde ein Recall-Intervall von drei Monaten vorgeschlagen. Die Patientin hat in den UPT-Sitzungen eine Verbesserung der Mundhygiene (API < 20%) gezeigt. Die ebenfalls deutliche Reduktion der Sondierungsblutung (< 10%) ist eine der wichtigen Voraussetzungen für eine gute Prognose 28-29. Im Vergleich zum Ausgangsbefund zeigte der parodontale Status eine signifikante Verbesserung. Es konnte eine deutliche Reduktion der Sondierungstiefe ein Jahr nach SRP festgestellt werden. Die Prognose der Zähne 11, 21 und 44 wurde zu Anfang der Therapie als fraglich beurteilt. Aufgrund der parodontalen Therapie hat die Prognose dieser Zähne sich verbessert. Die klinische Situation aller Zähne ist bei der letzten Sitzung als sicher zu bewerten (Abb. 16). Aggressive Parodontitiden sind (zum Glück) selten. Im Falle der Diagnose ist-gerade bei jungen Patienten – eine sorgfältige, systematische und strukturierte Therapie inklusive einer lebenslangen Nachsorge notwendig.

Dr. med. dent. Mohammad Basel Altarabulsi Prof. Dr. med. dent. Nicole B. Arweiler Prof. Dr. med. dent. Thorsten M. Auschill Klinik f. Parodontologie, Uniklinikum Marburg E-Mail: b.tarabulsi@gmail.com

	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
Hoffnungslos														
Fraglich														
Mäßig														
Gut	Х	Х	Х	Χ	Х	Х	Х	Х	Χ	Х	Х	Х	Х	X
Gut	Х	Х	Χ	Х	Х	Х	Х	Х	Χ	Х	Х	Х	Х	Х
Mäßig														
Fraglich														
Hoffnungslos														
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

Abb. 16: Vorläufige Einzelzahnprognose ein Jahr nach der antiinfektiösen Therapie

Für Interessierte, Einsteiger und Fortgeschrittene

Die Depotphorese® mit Cupral® ist ein endodontisches Verfahren, das selbst bei sonst nicht mehr therapierbaren Zähnen Erfolgsguoten von > 90 % zeigt. Hierfür werden die Wirkstoffe des Cuprals® mithilfe eines schwachen elektrischen Feldes durch das gesamte apikale Delta transportiert. Die nächste Möglichkeit, einen Überblick zu diesem Thema zu bekommen, bietet sich am 15.10.2016 in Potsdam. An diesem Tag lädt die Humanchemie GmbH von 10:00 bis 17:00 Uhr in das NH Hotel im malerischen holländischen Viertel zur Depotphorese®-Fortbildung ein. Die Grundlagen des Verfahrens, die Anwendung und Einbindung in die tägliche Praxis so-



wie die Patientenaufklärung und Abrechnungsmöglichkeiten, werden in diesem Tagesseminar von praktischen Anwendern vorgestellt.
Darüber hinaus wird der Einsatz in der Parodontitis ein weiterer Schwerpunkt sein.

Für die Fortbildungsteilnahme erhalten Sie entsprechend der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK 6 Punkte. Die Kursgebühr beträgt 210,00 EUR zzgl. MwSt.

Weitere Informationen HUMANCHEMIE GmbH Telefon 05181 24633 www.humanchemie.de

Verwirrung um Verpackungsverfahren

Ist die Verwendung von selbstklebenden Sterilisationsbeuteln regelkonform? Bei dieser Frage herrscht aktuell Verwirrung unter Zahnärzten: Die DGSV-Leitlinie rät von ihrer Verwendung ab, der DAHZ-Hygiene-Leitfaden sieht in Selbstklebebeuteln hingegen eine geeignete Verpackungsmethode. Wie sollen sich Zahnärzte verhalten? Die Antwort verbirgt sich im Detail: Sofern der Verpackungsprozess validierbar ist, sind Zahnärzte mit selbstklebenden Sterilisationsbeuteln auf der sicheren Seite.

Bei der Beurteilung, ob ein Verpackungsverfahren richtlinien- und gesetzeskonform ist, kommt es nicht auf die Einschätzung einer Leitlinie oder eines Leitfadens an. Diese haben zwar einen empfehlenden Charakter, aber keine rechtliche Bindung. Entscheidend ist dagegen, ob die



zugrunde liegenden Verordnungen, Empfehlungen und Normen eingehalten werden – insbesondere sind hier die Medizinprodukte-Betreiberverordnung MPBetreibV, RKI-Richtlinie und Normreihe DIN EN ISO 11607-2 zu nennen.

Da die selbstklebenden PeelVue+ Sterilisationsbeutel von DUX Dental bereits seit 2010 den dort genannten Anforderungen entsprechen und im Rahmen eines validierbaren Verpackungsprozesses sichere Sterilbarrieresysteme ermöglichen, handeln Zahnärzte, die diese Sterilisationsbeutel in ihrer Praxis einsetzen, somit richtlinien- und gesetzeskonform.

Praxen können somit frei entscheiden, ob sie die Verpackungsprozesse maschinell anhand eines validierbaren Durchlaufsiegelgerätes oder manuell anhand validierbarer Selbstklebebeutel durchführen möchten. Beide Verfahren liefern bei ordnungsgemäßer Anwendung validierbare, richtlinienkonforme und sichere Sterilbarrieresysteme.

Weitere Informationen
DUX Dental
Telefon (+31) 30241 0924
www.dux-dental.com

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

Bewerbungsstart zum Wrigley Prophylaxe Preis 2017

Wissenschaftler, Ärzte und andere Akademiker können sich ab sofort wieder um den Wrigley Prophylaxe Preis bewerben. Die Gesundheitsinitiative Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP) zeichnet 2017 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) zum 23sten Mal die besten Arbeiten und Projekte zur Prävention oraler Erkrankungen aus. Die Ausschreibung läuft bis zum 1. März nächsten Jahres, der Preis ist mit bis zu 10.000 Euro dotiert. Ziel des Preises ist die Verbesserung der Zahnund Mundgesundheit aller Bevölkerungsgruppen. Neben dem Wrigley Prophylaxe Preis wird zum vierten Mal zusätzlich der mit bis zu 2.000 Euro dotierte Sonderpreis "Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement" ausgeschrieben.

Der Preis ist eine der renommiertesten Auszeichnungen auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe. Damit werden herausragende Arbeiten zur Forschung und Umsetzung der präventiven Oralmedizin prämiert. Das Auswahlverfahren wird von einer siebenköpfigen unabhängigen Expertenjury geleitet, die sich aus Professoren der Zahnerhaltungskunde, dem Präsidenten der Schirmherrin DGZ sowie



einem Vertreter aus dem öffentlichen Gesundheitswesen zusammensetzt. "In der Zahnmedizin gibt es nicht viele vergleichbare Preise, die über so einen langen Zeitraum engagiert die Prävention fördern. Deshalb sind wir von der DGZ sehr froh, das Wrigley Oral Healthcare Program als Partner an unserer Seite zu haben", betonte DGZ-Präsident Professor Edgar Schäfer in seiner Eröffnungsrede zur letztjährigen DGZ-Jahrestagung in München. Traditionell wird der Preis seit vielen

Jahren im Rahmen der feierlichen Eröffnung des Kongresses verliehen. Auch der Sonderpreis "Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement" wird aufgrund der überzeugenden Einreichungen erneut ausgeschrieben. Mit ihm erhalten auch kleinere, nicht wissenschaftlich ausgerichtete Projekte aus Zahnarztpraxen, Schulen, Kindergärten und anderen Institutionen Anerkennung und Aufmerksamkeit. Um den Sonderpreis bewerben können sich beispielsweise Praxismitarbeiter, Lehrer, Erzieher und alle, die sich – auch ehrenamtlich – für die Oralprophylaxe engagieren.

Informationsflyer und Bewerbungsformulare mit Teilnahmebedingungen – auch zum "Sonderpreis Praxis" – sind unter unten genannter Adresse abrufbar.

Weitere Informationen Wrigley GmbH Telefon 089 66510338 www.wrigley-dental.de

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

Markt



Stellenangebot

Gut gehende GP in Limbach-Oberfr., Randlage Chemnitz, sucht ZÄ/ZA zur Entlastg., spät. Praxisübernahme mgl. h.hering-manzke@web.de

Praxisabgabe, -verkauf

Chemnitzer Zahnarztpraxis, 108 qm, aus Altersgründen zum 1.4.2017 abzugeben. 2 BHZ, KAVO-Einheiten, digitales Klein-Rö., Kamera; Chiffre 1074

Östl. Rhein-Main-Gebiet – Frankfurt 45 Min., etabl. mod. Landpraxis aus fam. Gründen abzugeben. Ohne Konkurr., hohe Freizeit- und Lebensqual., Zuzahlg., voll etabl., in allen Beh.-Bereichen ausbaufähig, auch für 2 Behandler; Chiffre 1073

Kleine ZA-Praxis in Dresden, neu, 46 m², 1 Behandlungszimmer, Nähe Neumarkt, wegen Krankheit zu verkaufen. Telefon 0172 3665721

Praxis in Rostock abzugeben Umsatzstarke Praxis im EFH (2001), 3 BHZ, OPG, Intraorale/s Rö/Kamera, EDV in 5 Zimmern (neu 2015/16), behindertengerecht, eigene Parkplätze, ZA-Labor (Keramik, Frästechnik, Vak.-Gussgerät), Implantat-/chir., KFO, PA, Endo Ausrichtung. Chiffre 1070

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Beilagen der Firmen Rainer Dental,
Möbelgalerie Tuffner sowie der RST Steuerberatungsgesellschaft mbH bei.
Des Weiteren liegt eine Beilage zum Deutschen Zahnärztetagbei.
Wir bitten um freundliche Beachtung.

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte an

Satztechnik Meißen GmbH Anzeigenabteilung, Chiffre-Nr. Am Sand 1c, 01665 Nieschütz



DIE ERSTE KERAMIK ZUM FÜLLEN

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

Admira Fusion





- * Alle aktuellen Angebote finden Sie unter www.voco.de oder sprechen Sie bitte Ihren VOCO-Außendienstmitarbeiter an.
- ** im Vergleich zu allen herkömmlichen Füllungscomposites

