

Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN **SACHSEN**

Mundboden- und
Zungenkarzinom

Überwachung der
Aufbereitung von
Medizinprodukten

Wie Zahnärzte in
anderen EU-Ländern
arbeiten

ANZEIGE



Duo Dental Zahntechnik

Perfekte Symbiose aus Einfachheit und Präzision

Sicherheit für Zahnarzt, Patient und Labor



04
17



www.AVOSAX.dental

Informieren Sie sich über die Vorteile von AVOSAX.
Made in Germany.

AVOSAX GmbH • Falgarding 7 (im Gebäude der Duo-Dental Zahntechnik) • 08223 Falkenstein
TELEFON: +49 3745 744 30 20 • TELEFAX: +49 3745 74430 21 • E-MAIL: info@avosax.dental

Welcome-Day für neue Kammermitglieder

Die Landes Zahnärztekammer Sachsen lädt alle Zahnärzte, die von 2015 an Mitglied unserer Kammer geworden sind, zum Welcome-Day ein.

Termin: 28. Juni 2017, ab 17 Uhr

Wir freuen uns, einen Veranstaltungsort mit besonderer Clubatmosphäre gefunden zu haben.

Ort: Dresdner Jazzclub „Die Tonne“
Kurländer Palais, Tzschirnerplatz 3–5



Diese Begrüßungsveranstaltung will nicht nur Ohren und Magen mit Musik und Buffet verwöhnen. Die Kammer stellt sich mit all ihren Aufgabenbereichen und Serviceleistungen für ihre Mitglieder vor.

Außerdem wird Petra C. Erdmann, eine erfahrene Referentin für Persönlichkeits- und Teamentwicklung, als Gesprächsangebot einen Vortrag zum Themenbereich Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitern halten.

Anmeldungen unter:

E-Mail: hecht@lzk-sachsen.de, Telefon: 0351 8066-276



Dr. Holger Weißig
Vorstandsvorsitzender
der KZV Sachsen

Es war einmal eine fleißige Biene,

die wie ihre Kollegen voller Freude auf Arbeit flog und viel Nektar für wunderbaren Honig sammelte. Trotzdem war der Imker skeptisch und schaffte sich eine Schar Wespen an, um die Arbeitsleistung der Bienen zu analysieren und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Die Wespen wollten natürlich für ihre Aufsichtsarbeit etwas Honig. Deshalb musste das Bienenvolk die Produktion steigern. Mit Bienenfleiß arbeiteten sie mehr als die anderen und hatten dadurch ein gutes Auskommen. Das sahen die Hornissen, wurden neidisch und sprachen: „Ihr müsst zusätzlich Degressionswaben füllen, dann lassen wir euch in Ruhe.“ Eine Beschwerde der Bienen beim Landesinsektenrat wurde abgewiesen.

Nun strengte sich unsere Biene noch mehr an und flog mitunter nur noch die ergiebigen Blütenfelder an. Da beschwerten sich die kleinen Blütengruppen und forderten über den Blütenbeauftragten die Einführung eines Bienen-QM. Nunmehr musste die kleine Biene jeden Abend eine Dokumentation ausfüllen und ihre Flugroute begründen. Dabei fiel auf, dass ihre Wege nicht alle plausibel waren. Eigens dafür engagierte der Imker Hummeln für Plausibilitätsprüfungen.

Um die Arbeitsleistung effektiver zu überwachen, schuf man künstliche Konnektorblüten, in denen das Bienchen seinen Stachel scannen musste. Auch wenn es nicht viel Zeit in Anspruch nahm, so musste sie ihren Flug dafür immer unterbrechen.

Um die gewonnenen Flugdaten auszuwerten, stellte man wiederum eine Schar Singvögel ein. Diese gaben jährlich den Bienenreport heraus. Hier wurden die Bienen miteinander verglichen und ihre Tagesleistung bekannt gemacht. Die immer noch gut verdienenden Bienen mussten ihren Ertrag in der Imkerzeitung veröffentlichen.

Durch die ständige Beobachtung und Überwachung verlor unsere Biene die Lust, täglich Nektar und Pollen zu sammeln. Es kam nunmehr vor, dass manche Wabe nicht exakt gefüllt war. Solche Auffälligkeiten wurden von neu eingestellten Spinnen, die die Bienen ebenfalls selbst bezahlen mussten, ausgewertet.

Bienen mit auffälligem Verhalten wurden zum Bienenfleißgespräch eingeladen, zum Insektenpflichtfortbildungskurs geschickt oder ihnen wurde eine Mentoren-Wespe zur Flugroutenbeobachtung beigelegt.

Da wiederholt Verfehlungen auftraten und sich die Sammelleistung der Biene weiter reduzierte, wurde mit ihr eine Zielvereinbarung abgeschlossen und die Begehung des Wabenbaus angedroht.

Die gesteckten Ziele der Vereinbarung hat unsere kleine Biene nicht erreicht. Sie kündigte.

Da wunderten sich der Imker, die Wespen, die Hummeln, die Hornissen, die Singvögel und die Spinnen: Wir haben doch für die Biene nur das Beste gewollt!

Die Geschäftsvorgänge der KZV werden neben der Innenrevision regelmäßig durch die Prüfstelle der KZBV und durch das Sächsische Landesprüfungsamt kontrolliert. Die Bundesregierung plant eine Gesetzesinitiative für eine zusätzliche Überprüfung der KZV durch den Bundesrechnungshof!

Mit kollegialen Grüßen

Ihr Holger Weißig

Inhalt

Leitartikel

Es war einmal eine fleißige Biene 3

Aktuell

Vorsitzende der KZV-Vertreterversammlung tagten in Bremen 5

Koordinierungskonferenz der KZV-Vorstände in Sachsen 5

Parlament der Vertragszahnärzte wählte neuen KZBV-Vorstand 6

Sächsischer Akademietag 2017 – rundum gelungen 6

CMD-Patientenakademie war Publikumserfolg 7

Wie funktioniert die zahnärztliche Arbeit und Versorgung in Europa? 8

Die zahnärztliche Behandlung in der Tschechischen Republik 10

Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen 11

IUZ startet mit neuer Struktur in den 5. Veranstaltungszyklus 13

Mitgliederversammlung Dresden des FVDZ 14

Fortbildung

Mundboden- und Zungenkarzinom 23

Termine

Welcome-Day für neue Kammermitglieder 2

Stammtische und Veranstaltungen 14

Kurse im April/Mai/Juni 16

Wissenschaftliches Symposium der Uni Dresden für Zahnärzte und Hausärzte 17

Sächsischer Fortbildungstag 2017 32

Praxisführung

KCH-Leistungen richtig abrechnen – Folge 14 18

GOZ-Telegramm 20

Abrechenbarkeit von Behandlungsleistungen innerhalb der GOZ bei vorzeitigem Behandlungsabbruch 20

Medienecke

Dental Photo Master 21

Broschüre und Kurzfilm zum Umgang mit HIV, HBV und HCV 22

Lesestoff fürs Wartezimmer – Neue „Kinderstube“ erschienen 22

Personalien

Geburtstage 31

Redaktionsschluss für die Ausgabe Juni ist der 17. Mai 2017

Impressum

Zahnärzteblatt SACHSEN

Herausgeber
Informationszentrum Zahngesundheit (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 Feucker, 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.

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

Anzeigen, Satz, Repro und Versand
Gesamtherstellung
Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz
Telefon 03525 718-600, Fax 718-610
www.satztechnik-meissen.de

Anzeigenabteilung
Sabine Sperling
Telefon 03525 718-624
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

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

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

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



Auflage
5.422 Druckauflage, IV. Quartal 2016

Vertrieb

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

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

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe und unaufgefordert eingesandte Beiträge 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 urheberrechtlich geschützt.

© 2017 Satztechnik Meißen GmbH

ISSN 0938-8486

Vorsitzende der KZV-Vertreterversammlungen tagten in Bremen

Zu ihrer halbjährlichen Konferenz trafen sich die ehrenamtlichen VV-Vorsitzenden der KZVen am 3./4. März in Bremen. Nach den Neuwahlen der Vertreterversammlungen waren zur Tagung mehrere neue Kollegen zu begrüßen. Auch die gastgebende KZV war mit einem neuen Gesicht vertreten. Am Abend des Anreisetages erfolgte ein erstes Kennenlernen bei einer Führung durch den unter dem Rathaus gelegenen Ratskeller. Kellermeister Krötz gab einen Einblick in die Kellergewölbe und ließ die Führung im Apostelkeller enden, wo der älteste deutsche Fasswein von 1653 lagert. Beim anschließenden Abendessen ging es dann bereits in den fachlichen Gedankenaustausch.

Am nächsten Morgen besprachen die Tagungsteilnehmer die erfolgten Wahlen der hauptamtlichen KZV-Vorsitzenden. Der Umstand, dass die Aufsichtsbehörde deren Arbeitsverträge vorab genehmigen muss, führt in einigen KZVen dazu, dass Vorstände noch ohne wirksame Verträge im Amt sind. Drei KZVen lassen den neuen Vorstand bereits durch die alte Vertreterversammlung wählen und erhalten so mehr zeitlichen Vorlauf zum Beginn der neuen Amtszeit. Die übrigen Vertreterversammlungen wählen den Vorstand erst in der neuen Zusammensetzung, sind so aber in einem



Intensiv diskutierten die Vorsitzenden der KZV-Vertreterversammlungen die Auswirkungen des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes

sehr engen Zeitfenster gebunden. Die beiden Vorgehensweisen wurden sehr kontrovers diskutiert. Ebenso wurde die Risikoabsicherung der VV-Vorsitzenden durch eine D&O-Versicherung, eine Art Amtshaftpflichtversicherung, thematisiert. Während in Bremen eine solche Versicherung für alle VV-Mitglieder besteht, gibt es in anderen KZVen nur teilweise Versicherungen für VV-Vorsitzende. Nicht zuletzt wegen der zunehmenden Möglichkeit der Einflussnahme seitens der Aufsichtsbehörden

wurde die Wichtigkeit einer solchen Absicherung erkannt. Das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz und die aktuellen Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit der Aufsicht wurden aufschlussreich erörtert.

Abschließend sprachen sich alle dafür aus, den Gedankenaustausch auch künftig halbjährlich stattfinden zu lassen. Die nächste Konferenz findet im September 2017 in Erfurt statt.

*Dr. Uwe Matzen
Stv. VV-Vorsitzender der KZV Bremen*

Koordinierungskonferenz der KZV-Vorstände in Sachsen

Es lohnt sich, Traditionen aufrechtzuerhalten. Von dieser Prämisse ausgehend, trafen sich am 7. März 2017 in Leipzig die Vorstände der KZVen Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu einer ersten Koordinierungskonferenz in neuer Besetzung. Neben dem Kennenlernen der neuen Vorstandsmitglieder galt es, strategi-

sche Ziele der nun laufenden Amtsperiode zu erörtern. Ein Augenmerk lag hier auf den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen, insbesondere auch unter dem Aspekt eines weiteren Ost-West-Angleichs der vertragszahnärztlichen Vergütung. Aktuelle Probleme im täglichen KZV-Geschäft wurden besprochen und Pläne dargelegt, wie die Zahnärzte beim On-

line-Rollout unterstützt werden können.

Ein arbeitsreicher und sehr informativer Tag endete mit der Feststellung, dass ein kollegialer Austausch stets neue Erkenntnisse mit sich bringt, die in die eigene KZV-Arbeit mit eingehen.

Ass. jur. Meike Gorski-Goebel

Parlament der Vertragszahnärzte wählte neuen KZBV-Vorstand



Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) wählte am 17. März 2017 in Berlin den hauptamtlichen Vorstand für die nächsten sechs Jahre. Zum Vorsitzenden wiedergewählt wurde Dr. Wolfgang Eber. Damit bleibt der Mönchengladbacher Zahnarzt Chef der 53.000 Vertragszahnärzte in Deutschland. Als seine neuen Stellvertreter agieren Zahnarzt Martin Hendges (KZV Nordrhein) sowie Dr. Karl-Georg Pochhammer (KZV Berlin). Wahlberechtigt waren die 60 Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV, darunter die drei sächsischen Delegierten Dr. Holger Weißig, Ass. jur. Meike Gorski-Goebel und Dr. Thomas Breyer (v.l.n.r.).

Foto: © KZBV/Darchingner

Sächsischer Akademietag 2017 – rundum gelungen

Im frühlingshaften Dresden trafen sich am 4. März über 100 Kollegen zum „Sächsischen Akademietag 2017“. Dieser machte seinem Titel „Aus der Praxis für die Praxis“ alle Ehre. Interessante Themen ließen fast die Frühlingssonne an diesem Samstag vergessen. Zahnärztliche und zahntechnische Details, Tipps und Kniffe zur prothetischen Umsetzung hielten die gespannte Aufmerksamkeit wach. Der Spaß am Beruf, verbunden mit umfangreichem Erfahrungsschatz und Empathie im Umgang mit verschiedensten Patientengruppen, stand zusammen mit der fachlichen und sozialen Verantwortung des Zahnarztes im Mittelpunkt des Akademietages. Dem Alter angepasste Verhältnismäßigkeit der Therapiemittel sowie die Führung „interessanter Patienten“ jeder Altersgruppe wurden allen Anwesenden kurzweilig vermittelt. Für fachlich neuestes Wissen sorgte auch das Abschlussreferat über zahnärztliche Chirurgie bei Gerinnungsstörungen und Antikoagulantientherapie. Das übersicht-



Ein vollbesetzter Hörsaal und viele Gespräche mit den Referenten in der Pause und auch nach Veranstaltungsende zeugen von einem erfolgreichen Akademietag

liche Skript dazu hilft in der täglichen Praxis bei schneller Entscheidungsfindung. Alles in allem: Der diesjährige sächsische Akademietag war ein TAG der PRAKTIKER – rundum gelungen. Wir sagen: Wieder-

holung erwünscht und Dank an Referenten und Organisatoren.

Dipl.-Stom. Eva Schneider
Dipl.-Stom. Thomas Schneider

CMD-Patientenakademie war Publikumserfolg



Der Sonnenschein lockte auf erfreuliche Art und Weise am Samstag, dem 25. März 2017, eine große Anzahl interessierter Zuhörer zur Frühjahrs-Patientenakademie in das Zahnärzthehaus Dresden. Dr. Utz Damm hatte den Auftrag angenommen, in Vertretung der sächsischen Zahnärzteschaft die Thematik „Probleme im Kiefergelenk – Möglichkeiten und Grenzen einer zahnärztlichen Behandlung“ mit einem Vortrag über Diagnose und Therapie der CMD dem wissbegierigen Publikum darzustellen.

Dr. Damm ist in Plauen als Zahnarzt in eigener Niederlassung tätig. Auf der Grundlage intensiver fachlicher Fortbildungen erwarb er umfangreiche Kenntnisse auf den Gebieten Prothetik, Implantologie und KG-Erkrankungen. Seit Jahren ist er als Gutachterreferent für den Bereich KG-Erkrankungen, als Obergutachter im Bereich Prothetik und KG-Erkrankungen und als Vorsitzender des PEA Chemnitz für die KZV tätig, erfüllt aber auch Aufträge als Sachverständigengutachter für die LZKS.

Mithilfe praktischer Demonstrationen konnte Dr. Damm in seinem Vortrag die Schwierigkeit der CMD gut verständlich vermitteln. So gelang es dem Referenten, auf der Grundlage vereinfachter Anatomiedarstellungen von Kiefergelenk und umgebenden Strukturen, die Fragen der funktionellen Zusammenhänge zwischen Kiefergelenk, Muskelgruppen und zahntragendem Kieferan teil zu erklären.

Ursachen primärer und sekundärer Gelenkerkrankungen wurden übersichtlich gegenübergestellt. Der Referent betonte die Bedeutung der gründlichen Anamnese, klinischen Diagnostik und Inspektion bei der CMD-Therapie, während er bei unterstützenden Hilfsmitteln, wie Röntgendiagnostik, auf deren eingeschränkte Aussagekraft verwies. Anschauliches Bildmaterial zeigte dem Publikum beispielhaft die Möglichkeiten der Störung im Gleichgewicht der genannten Funktionsstrukturen. Erwähnung fanden die Zusammenhänge zwischen CMD und der ganzkörperlichen Funktionalität, hohem ursächlichen Stressanteil, aber auch gehäuft dentale Ursachen als Grund für Probleme im KG-Bereich.

Dr. Damm wies auf die Bedeutung der Schienentherapie, Vorteile und Risiken hin. Anhand klinischer Beispiele wurde gut vorstellbar, dass CMD eine unspezifische Schmerzsymptomatik verursachen kann, was die Bedeutung einer indivi-

duellen und gründlichen Diagnostik unterstützt, aber auch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen fordert.

Mit wie viel Aufmerksamkeit und großem Interesse der Fachvortrag von Dr. Damm aufgenommen wurde, bewiesen die Fragen und Hinweise aufgrund eigener Erfahrungen aus dem Publikum. Dieses fachliche Miteinander von Referent und Zuhörern entspricht ja dem Wunsch und Anliegen der Patientenakademie, nämlich fachliche Beratung und Erfahrungsaustausch auf neutralem Boden.

Der Erfolg der Patientenakademie wird geprägt von der Verständlichkeit der Darstellung, sodass auch dieses Mal die praktischen Demonstrationen an einer Patientin große Aufmerksamkeit auf sich zogen. Dr. Damm stellte an einer eigenen Patientin, die sich nach langer CMD-Problematik einer prothetischen Rekonstruktion des OK-Zahnbestandes



Dr. Utz Damm, Referent der Patientenakademie, ergänzte seinen Vortrag mit Demonstrationen an einer seiner Patientinnen, die sich für diese Veranstaltung zur Verfügung gestellt hatte

Aktuell

unterzog, die wichtigen Handlungsschritte der korrekten Kieferrelationsbestimmung, Erfassung der Ruheschwebe, Stützstiftregistrierung, Anlegen eines Gesichtsbogens und die Übertragung in einen Artikulator dar.

Ein großes allseitiges Dankeschön wurde der Patientin ausgesprochen, die diesen Einblick in ihr individuelles orales Problem dem Publikum gestattete.

Das Ausschöpfen der geplanten Vortragszeit, die vielgestaltigen Fragestellungen aus dem Publikum belegen das große Interesse der Zuhörer an der Thematik und sind als Dank an den Referenten und an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zahnärztheuses, speziell des Ressorts Patientenberatung der LZKS zu werten.

Diese Patientenakademie war ein gelun-

gener Start in den fachlichen Frühling. Wir freuen uns auf die Herbstveranstaltung am **28. Oktober 2017** zum Thema „Altern mit Biss – zahnmedizinische Versorgung von Senioren“.

Dr. med. Gisela Herold

Wie funktionieren die zahnärztliche Arbeit und Versorgung in Europa?

Die Landes Zahnärztekammer Sachsen begrüßt jedes Jahr Vertreter des zahnärztlichen Berufsstandes aus vielen Ländern. Auf den weitesten (Reise-)Weg machten sich im Juni 2007 japanische Gäste, sehr regelmäßig finden im Zahnärztheaus Erfahrungsaustausche mit Tschechien und Polen statt und auch aus Frankreich und Weißrussland kamen schon Berufskollegen. Allen Besuchen gemeinsam war das Interesse an den Organisationsstrukturen des Berufsstandes und wie sich die tägliche Arbeit innerhalb der verschiedenen Gesundheitssysteme gestaltet. Dies nimmt die ZBS-Redaktion zum Anlass, in loser Folge über die zahnärztliche Berufsausübung und Versorgung in verschiedenen EU-Ländern zu berichten.

Daten zur Zahnärztdichte in der EU

Eurostat, das Statistische Amt der Europäischen Union, hat Ende 2016 aktualisierte Zahlen über die Zahnärztdichte in der Europäischen Union veröffentlicht. Demnach arbeiteten 2014 insgesamt rund 345.000 Zahnärzte in der EU. Die Eurostat-Daten zeigen darüber hinaus, dass die Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zur Bevölkerung zwischen den EU-Mitgliedstaaten stark voneinander abweicht. Spitzenreiter ist mit Abstand Griechenland. Hier kommen auf 100.000 Einwohner 126 praktizierende Zahnärzte. Es folgen Bulgarien und Zypern mit jeweils 98 Zahnärzten sowie Estland mit 92. Am unteren Ende der Skala liegen Großbritannien mit 54, die Niederlande mit 52, Malta mit 47 und Polen mit 34 Zahnärzten auf 100.000 Einwohner. Deutschland befindet sich im oberen Mittelfeld. Hierzulande kommen 85 Zahnärzte auf 100.000 Einwohner. Im Nachbarland Österreich sind es dagegen lediglich 57.

Wie dicht ist das zahnärztliche Versorgungsnetz in verschiedenen EU-Ländern?

Griechenland 126 Zahnärzte/100.000 Einwohner

Bulgarien 98 ZÄ/100.000 EW

Zypern 98 ZÄ/100.000 EW

Estland 92 ZÄ/100.000 EW

...

Deutschland 85 ZÄ/100.000 EW

...

Österreich 57 ZÄ/100.000 EW

Großbritannien 54 ZÄ/100.000 EW

Niederlande 52 ZÄ/100.000 EW

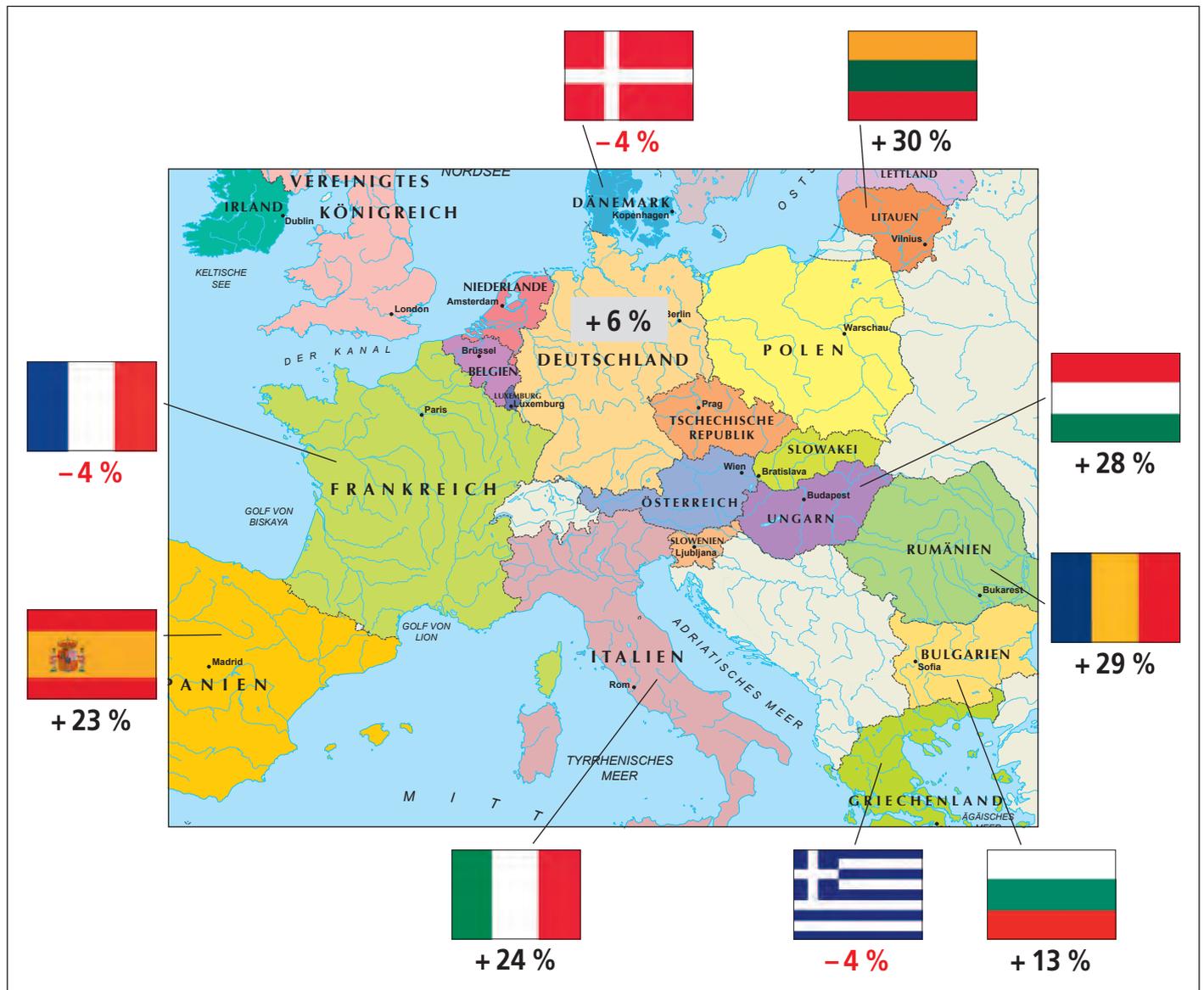
Malta 47 ZÄ/100.000 EW

Polen 34 ZÄ/100.000 EW

Die Zahl der Zahnärzte blieb zwischen 2009 und 2014 in den meisten EU-Mitgliedstaaten relativ unverändert. In sie-

ben Mitgliedstaaten allerdings stieg die Quote um mindestens zehn zusätzliche Zahnärzte je 100.000 Einwohner an. Die

In diesen EU-Ländern hat sich die Zahl der Zahnärzte pro 100.000 Einwohner seit 2009 verändert



Quelle/Bildnachweis Flaggen: © 2010–2011 flaggenbilder.de (newgrafix Ltd.)

größte Veränderung wurde dabei in Litauen mit weiteren 21 Zahnärzten je 100.000 Einwohner (+30 %) verzeichnet. Ein relativ großes Plus bei den praktizierenden Zahnärzten verzeichneten auch Rumänien (+29 %), Ungarn (+28 %), Italien (+24 %), Spanien (+23 %) und Bulgarien (+13 %). Im Gegensatz dazu gab es drei Mitgliedsstaaten, in denen die Zahl der Zahnärzte pro 100.000 Einwohner zwischen 2009 und 2014 leicht zurückging. Dies betrifft mit jeweils 4 % Griechenland und Dänemark. Einen ähn-

lichen Rückgang gab es zudem auch in Frankreich. In Deutschland war laut Eurostat ein Zuwachs von 80 auf 85 Zahnärzte je 100.000 Einwohner zu verzeichnen.

Bewertung eingeschränkt vergleichbar

Die Eurostat-Daten haben einen eingeschränkten Vergleichswert, da die zugrundeliegenden Daten aus den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten auf unterschiedliche Weise erhoben werden. So

weisen mehrere EU-Länder die in eigener Praxis tätigen Zahnärzte aus, andere alle ausgebildeten Zahnärzte und wieder andere die beruflich aktiven Zahnärzte. Diesen Unterschieden zum Trotz lässt sich jedoch feststellen, dass die Zahl der Zahnärzte in der EU in den vergangenen Jahren auf einem weitgehend konstanten, leicht steigenden Niveau geblieben ist.

*Dr. Alfred Büttner
Leiter Abteilung Europa
Internationales Brüsseler Büro der BZÄK*

Die zahnärztliche Behandlung in der Tschechischen Republik

In unserem Nachbarland (ca. 10,5 Millionen Einwohner) arbeiten rund 8.000 Zahnärzte überwiegend in einem Netz von nicht staatlichen ambulanten Zahnarztpraxen. Der Betreiber der Praxis ist in aller Regel der Zahnarzt als Inhaber oder aber eine juristische Person, z. B. die Gemeinde. In den Uni-Kliniken und in einigen großen Krankenhäusern ist der Betreiber der Staat.

Die Kosten für ein Grundspektrum an zahnärztlichen Leistungen und einige einfache prothetische Versorgungen werden in der Tschechischen Republik voll von den sieben vorhandenen Krankenkassen übernommen (ca. 70–80 % der Praxiseinnahmen). Ein großer Teil der prothetischen Versorgungen wird aber nur teilweise von den Krankenkassen getragen. Der Patient ist an der Bezahlung mitbeteiligt. Einige Leistungen und Versorgungen der Zahnmedizin sind vollständig vom Patienten zu tragen (z. B. kosmetische Füllungen, moderne Endodontie, Inlays, Implantate, Hybridersatz).

Einen Vertrag mit den einzelnen Krankenkassen schließt jede medizinische Einrichtung (Praxis) selbstständig ab. Die Zulassung, mit der jeweiligen Krankenkasse abrechnen zu können, wird nach Beratung in der zuständigen Kommission mit Vertretern der Kammer, der Staatsverwaltung und der Kasse erworben. Es besteht kein Anrecht auf einen Vertrag. Die durchgeführten Behandlungen werden jeden Monat direkt mit der jeweiligen Vertragskrankenkasse abgerechnet und im Falle von Unklarheiten führt die Krankenkasse auch die Kontrolle durch.

Jeder Bürger in Tschechien ist ab der Geburt als Pflichtmitglied in einer der sieben gesetzlichen Krankenkassen:

- Allgemeine Krankenkasse „AOK“
- Armee-„BKK“
- Tschechische Industrie-BKK
- Fach-BKK für Banken, Versicherungen und Bauwesen
- BKK Škoda
- „BKK“ Innenministerium
- Knappschaft

Die Krankenkassen verfügen über ein

Filialnetz und treten sehr modern im Internet einschließlich Online-Diensten auf. Der Beitragssatz beträgt 13,5 %, vom Arbeitnehmer zu 1/3 und vom Arbeitgeber zu 2/3 zu tragen. Für ein Jahr liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei rund 1,8 Mio. Kronen, ca. 66.700 Euro, was für das dortige allgemeine Lohnniveau relativ hochgegriffen ist. Man stößt auch auf Tochtergesellschaften, die Zusatzversicherungen anbieten u. a. für ein erweitertes Krankentagegeld, Leistungen bei onkologischen Erkrankungen bis hin zu Sach- und Haftpflichtversicherungen. Daneben existieren Satzungsleistungen.

Auch „Personen mit selbstständiger Erwerbstätigkeit, (OSVČ)“ – so der amtliche Ausdruck – sind in der GKV verankert, wobei sie selbst oder über den Steuerberater zu einer Offenlegung ihrer betriebswirtschaftlichen Daten verpflichtet sind, analog wie bei uns gegenüber dem Finanzamt. Die mögliche PKV hat nur ergänzenden Charakter, betrifft in der Zahnmedizin hauptsächlich Implantate und höherwertige Materialien. Für die GKV gibt es einen definierten Leistungsumfang von Regelleistungen, die jeder Zahnarzt zuzahlungsfrei anbieten muss. Die dementsprechende Gebührenordnung umfasst über das gesamte Fachgebiet nur 94 Positionen mit zwischen Krankenkassen und Zahnärztekammer ausgehandelten Honoraren. Diese umzurechnen, ist müßig, da eine unterschiedliche Kaufkraft und das Währungsgefälle das Ergebnis verzerren würden. Man kann davon ausgehen, dass die Zahnheilkunde auch mit der Einengung auf Regelleistungen nur in einem groben Raster in der Gebührenordnung abgebildet wird.

Weiterhin gibt es Leistungen, die mit ei-

ner Zuzahlung belegt sind, dies betrifft vor allem die Prothetik. Dabei sind fest-sitzende Versorgungen, ganz oder teilweise in Keramik, unterrepräsentiert. Wird im beiderseitigen Einvernehmen eine höherwertige Therapie angestrebt, ist der Behandler verpflichtet, dem Patienten die individuelle Preiskalkulation der Praxis vorzulegen. Mit anderen Worten, es gibt keine GOZ. Nach Aussagen des Kammervorstandes reguliert der Markt die Preisbildung, man beobachtet keine Extreme.

Die „Tschechische Stomatologische Kammer“ hat etwas erweiterte Aufgaben, da es keine KZV gibt. Wobei sie eine solche nicht vollständig ersetzt. Beispielsweise läuft das Zulassungsverfahren über die Kassen, der einzelne Zahnarzt tritt allein einer Krankenkasse gegenüber. Bei Regressen und nachträglichen Budget- bzw. Punktwerteinschränkungen ist er damit in einer schwachen Position.

In der Kammer sind neben rund 2.000 Rentnern und anderweitig nicht aktiven Kollegen ca. 8.000 tätige Zahnärzte als Pflichtmitglieder organisiert. Demgegenüber stehen (beides mit Stand 2015) 10,5 Mio. Einwohner. Die territoriale Verteilung ist recht unterschiedlich und hängt von vielen Faktoren ab. Zum Beispiel in Prag mit 1,3 Mio. Einwohnern arbeiten 1.693 Kollegen. Anders in der mittelböhmischen Region, die ähnlich Brandenburg, die Hauptstadt umschließt. Dort mit fast identischer Einwohnerzahl sind nur 677 tätig. Der statistische Jahresbericht passt auf fünf Seiten, wobei auf einer als Karte die Aufteilung der Landkreise mit den sogenannten Gebietszahnärztekammern (OSK) dargestellt ist. Man kann dort auch auf englisch selbst nachlesen

(www.dent.cz → O nás → Ročenky → gewünschtes Jahr).

In den 61 OSK sind je nach Kollegenzahl 1 bis 5 Landkreise zusammengefasst. Diese sind juristisch keine selbstständigen Institutionen und in der Regel ehrenamtlich besetzt. Kleinere lokale Probleme werden vor Ort gelöst. Sie werden auch als Ansprechpartner für die Bevölkerung bzw. Patienten genutzt.

Eine Vorbereitungsassistentenzeit, wie

bei uns, wird nicht gefordert. Die jungen Absolventen könnten sich sofort niederlassen. Meist wählen sie aber von sich aus den Weg über ein Angestelltenverhältnis bei einem erfahrenen Kollegen. In der Altersstruktur sind die unter 30-jährigen Kollegen besser vertreten als hierzulande, doch jenseits der 55 sind die Jahrgänge überdurchschnittlich festzustellen. In einigen Gebieten wird ein Zahnärztemangel beklagt bzw. eine solche Situation wird zunehmend deutlich.

Zum Schluss noch so viel: Sozialversicherungsrechtliche Begriffe ins Deutsche zu übertragen, ist auch mit Sprachkenntnissen und Wörterbuch nicht ganz so einfach. Ich habe mich um eine Angleichung an unsere Begrifflichkeiten bemüht, auf Ausnahmetatbestände und Feinheiten verzichtet. Die Recherchen fußen auf meinen eigenen Erfahrungen und Internetquellen.

Dr. Hans-Rainer Fischer

Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen

Mit Krankheitserregern kontaminiertes Instrumentarium kann eine Quelle von Infektionen bei medizinischen Eingriffen sein. Die sachgerechte Aufbereitung dieser Medizinprodukte ist deshalb seit Jahren ein Schwerpunkt von Kontrollen der für das Medizinproduktegesetz zuständigen Behörden in sächsischen medizinischen Einrichtungen.

Beginnend mit dem Jahr 2014, wird seitdem auch in Zahnarztpraxen die Aufbereitung von Medizinprodukten (MP) durch die Abteilung Arbeitsschutz der Landesdirektion Sachsen (LDS) überwacht. In Vorbereitung dieser mit der obersten Arbeitsschutzbehörde des Freistaates Sachsen abgestimmten Schwerpunktaktion wurden die Landes Zahnärztekammer Sachsen (LZKS) und der Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Dienst der LZKS (BuS-Dienst) über die Inhalte der anstehenden Kontrollen in einer gemeinsamen Beratung informiert.

Darüber berichtete die LZKS im Zahnärzteblatt Sachsen 07-08/2014 und 05/2015. Mitarbeiter der LDS hielten zudem Vorträge bei Fortbildungsmaßnahmen und Zahnärzttestammtischen, um die Aufgaben der Behörde und die Inhalte der Kontrollen vorzustellen. Somit konnte, wie sich im Verlauf der Aktion zeigte, eine gute Akzeptanz für die behördliche Überwachung bei den Praxisinhabern erreicht werden.

Für die zuständigen Mitarbeiter der LDS

erfolgten fachbezogene Weiterbildungen, unterstützt durch ausgewählte Fachfirmen, sowie interne Beratungen. Dadurch erreichten sie einen hohen Kenntnisstand über die technischen Möglichkeiten zur Aufbereitung der Medizinprodukte im Dentalbereich und konnten ein einheitliches Verwaltungshandeln sicherstellen.

Basierend auf den Erfahrungen der vorangegangenen Schwerpunktaktionen zur Aufbereitung, wurden die Betreiber (Praxisinhaber) ausgewählter Zahnarztpraxen vorab schriftlich informiert und Kontrolltermine einvernehmlich abgestimmt. Nur in wenigen begründeten Einzelfällen erfolgten aufgrund von Anzeigen bei der LDS unangekündigte Kontrollen. Bis zum Jahresende 2016 konnten insgesamt ca. 350 Zahnarztpraxen hinsichtlich der Aufbereitung von Medizinprodukten überprüft werden. Schwerpunkte der Kontrollen waren

- Validierung des Gesamtprozesses (Prozessvalidierung),
- Sachkenntnis des Personals,

- technische Ausstattung zur Aufbereitung,
- Vollständigkeit der erforderlichen Unterlagen (Klassifizierung der MP, Standardarbeitsanweisungen, Herstellerinformationen),
- räumliche Anforderungen an die Aufbereitung.

Die bisherigen Kontrollen zeigen, dass die Forderungen des bis Ende 2016 geltenden § 4 und jetzigen § 8 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung noch nicht in allen Zahnarztpraxen ausreichend erfüllt werden. Mit Beginn der Kontrollen konnten erst wenige Praxen die erforderlichen Nachweise zur Validierung ihres Aufbereitungsprozesses erbringen. Hygienepläne und Standardarbeitsanweisungen (SAA) waren nicht praxisbezogen oder unzureichend erstellt. Festlegungen für die Überwachung der Aufbereitungsschritte durch mitzuführende Kontrollen fehlten. Leistungsbeurteilungen der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG), der Sterilisatoren sowie erforderliche War-

tungen und Inspektionen der Aufbereitungstechnik wurden nicht bzw. nicht umfassend durchgeführt.

Die Ausstattung der Praxen mit normkonformen Geräten für die Aufbereitung war sehr unterschiedlich. Teilweise wurden Sterilisatoren vorgefunden, bei denen die Aufzeichnung der Prozessparameter (Temperatur, Druck, Haltezeit) nicht gegeben war. Ebenso verfügten RDG aufgrund ihres Baujahres nicht über ein sogenanntes Vario-Programm, welches eine Voraussetzung für die Validierung bzw. Qualifizierung der Reinigung und Desinfektion darstellt.

In einigen Praxen wurde keine geeignete Schutzkleidung für den Personalschutz sowie zum Ausschluss von Kreuzkontaminationen zur Verfügung gestellt. Es fehlten Schutzkittel und chemikalienbeständige Schutzhandschuhe für die manuellen Reinigungs- und Desinfektionsschritte. Auch die erforderliche Aufbereitung kontaminierter Arbeits- und Schutzkleidung entsprach nicht den gesetzlichen Bestimmungen. Vorgefunden wurden mitunter sehr beengte räumliche Verhältnisse, keine klare Trennung zwischen unreinem und reinem Bereich sowie mangelhafte Lüftungsmöglichkeiten.

Speziell bei der Aufbereitung der Übertragungsinstrumente war auffällig, dass größtenteils die Betreiber trotz Vorhandensein eines geeigneten RDG diesen nicht zur Aufbereitung ihrer Übertragungsinstrumente nutzen. Als Gründe dafür wurden der höhere Verschleiß dieser Medizinprodukte sowie der zeitliche Aufwand genannt.

Bevorzugt werden vielmehr für die Aufbereitung der Übertragungsinstrumente, eingestuft als MP bis kritisch B, die manuelle Aufbereitung mit entsprechenden Spraysystemen nach Standardarbeitsanweisungen, der Einsatz von speziellen Reinigungsgeräten mit anschließender thermischer Desinfektion im Sterilisator oder vereinzelt der Einsatz von Kombinationsgeräten für Übertragungsinstrumente.

Hieraus resultieren auch Anforderungen

an die Hersteller von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten.

Festgestellte Mängel wurden den Praxisinhabern als Betreiber aufgezeigt und in 290 Fällen schriftlich als Revisionschreiben mitgeteilt. Rückmeldungen über veranlasste Maßnahmen zur Abstellung vorgefundener Mängel erfolgten termingerecht bzw. zeitnah. Nur vereinzelt mussten Anordnungen verfügt werden.

Allerdings konnte auch festgestellt werden, dass bereits die Ankündigung der Schwerpunktaktion bei einigen Betreibern ein Handeln ausgelöst hatte. Es wurden neue Geräte für die Aufbereitung bestellt und teilweise bereits in Betrieb genommen, Umbaumaßnahmen in den Aufbereitungsräumen geplant bzw. vorgenommen und die Durchführung der Validierung terminlich vereinbart. Nach § 8 Abs. 4 MPBetreibV müssen die Validierung und die Leistungsbeurteilung im Auftrag des Betreibers durch qualifizierte Fachkräfte, die die Voraussetzungen nach § 5 MPBetreibV erfüllen, erfolgen. Es muss der gesamte Aufbereitungsprozess mit allen Einzelschritten validiert werden.

Mittlerweile nutzen viele Zahnarztpraxen die Angebote der LZKS: das im Internet veröffentlichte Praxishandbuch für die Erstellung der SAA, die Ausbildungsangebote zum Erreichen der erforderlichen Sachkenntnis sowie die Überprüfung und Durchführung der Validierung des Gesamtprozesses durch den BuS-Dienst. Festzustellen ist, dass die Durchführung der Validierung durch den BuS-Dienst der Sächsischen Landes Zahnärztekammer ein Prozess ist, der einer stetigen Überprüfung, Vervollständigung und Anpassung an die im praktischen Handeln gewonnenen Erkenntnisse bedarf. Als hilfreich zur Erreichung praktikabler und gesetzeskonformer Lösungen hat sich dabei der in mehreren Besprechungen mit dem Vorstand der LZKS, dem Fachreferat des SMWA, Vertretern der zuständigen Behörde und dem BuS-Dienst praktizierte Erfahrungsaustausch erwiesen. Grundlage für eine quali-

fizierte Tätigkeit des BuS-Dienstes ist neben der eigenen Weiterbildung auch die wissenschaftliche Beratung durch den Bereich Krankenhaushygiene der Universität Dresden.

Die bisherigen Ergebnisse der Schwerpunktaktion zeigen, dass die Kontrollen ein wichtiger Teil der Überwachungstätigkeit der LDS sind und bleiben müssen. Die Zahnärzte in Sachsen konnten für eine sachgerechte und rechtskonforme Aufbereitung ihrer Medizinprodukte sensibilisiert werden, was sich letztlich in einer verbesserten Patientensicherheit und im Schutz des mit der Aufbereitung betrauten Personals niederschlägt.

Ergänzend finden Sie hier Fachinformationen für die Zahnarztpraxen:

Was ist für die Validierung vorzubereiten?

- Risikobewertung der Instrumente nach KRINKO-BfArM-Empfehlung (10-2012) Ziffer 1.2.1 durchführen
- Herstellerangaben zum Sterilisator und zur Aufbereitung der Instrumente vorhalten
- QM-Unterlagen/Standardarbeitsanweisungen für die Aufbereitung bereithalten
- Qualifikation des Praxispersonals prüfen, d. h. Sachkenntnis vorhanden?
- Dokumentation und Nachweise des Herstellers zum alternativen Verfahren (indirekter Nachweis) vorhanden? Verfahrensweise mit Validierer abstimmen

Was muss der Validierer abarbeiten/erledigen?

- Erfassung des Ist-Zustandes
- Festlegung der Prüfmittel und Prüfkörper
- Validierungsplan erstellen (Verantwortlichkeiten, Validierungsumfang)
- Prüfbeladungen und schwierigstes Instrument festlegen
- Durchführung der Installations-, Betriebs- und Leistungsqualifikation, gegebenenfalls unter Verwendung vom Hersteller bereitgestellter Untersuchungsergebnisse

- Beurteilung der Ergebnisse der Validierung

Erläuterungen zur Validierung der Sterilisation mit Dampf

1. Welche Medizinprodukte (Instrumente, Textilien, Tupfer) kann ich sterilisieren?

- Gerätetyp **B**: alle Medizinprodukte
- Gerätetyp **S**: eingeschränkt entsprechend Herstellerangaben
- Gerätetyp **N**: nur Dampfdesinfektion (unverpackte massive Instrumente)

Achtung – der Sterilisator muss eine Prozessdatendokumentation besitzen (Papier/EDV)

2. Wo sind Informationen zur Qualifikation des Validierers zu finden?

Allgemeine Anforderungen an Validierer siehe z. B. „Leitlinie zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope“, Anlage 6: Qualifikation der durchführenden Personen.

3. Validierungsvorbereitungen

Die Risikobewertung und Einstufung

der Medizinprodukte ist entsprechend Ziffer 1.2.1 der KRINKO-BfArM-Empfehlung (10-2012) vorzunehmen.

- Die Gebrauchsanweisung des Sterilisators muss vorliegen (Spezifikation, Zyklen, Ausrüstung, Prozessbeurteilungssystem, Vorgaben zu Wasserqualität, Wartung und Routinekontrollen).
- Es müssen konkrete Herstellerangaben zu geeigneten Aufbereitungsverfahren entsprechend DIN EN ISO 17664 vorliegen.
- Die einzelnen Arbeitsschritte sind durch Standardarbeitsanweisungen und Dokumentation des Aufbereitungsverfahrens detailliert zu beschreiben.
- Die Sachkenntnis des Personals ist entsprechend Anlage 6 der KRINKO-BfArM-Empfehlung (10-2012) zu prüfen (ggf. Schulungsnachweise vorhalten).
- Beim alternativen Validierungsverfahren müssen am Betriebsort Unterlagen zu Werksprüfung, Musterbeladung und Leistungsqualifikation vorliegen.

4. Was muss im Validierungsbericht stehen?

- Grundlage (Norm, z. B. DIN EN ISO 17665 Teil 1)
- Zusammenfassung/Bewertung der Validierung – wie Ergebnisse, Gültigkeit, erneute Leistungsbeurteilung und Routinekontrollen
- Begründung und Dokumentation der Prüfbeladung – Bezug zur realen Praxisbeladung muss erkennbar sein
- Installationsqualifikation (IQ) – Aufstellung und Betriebsbedingungen
- Betriebsqualifikation (OQ) – Programme, Dichtheit, Sicherheit
- Leistungsqualifikation (PQ) – Nachweis der Sterilisationswirkung
- Beschreibung der Messmittel, Prüfbeladungen, Prozessprüfsysteme
- Dokumentation der Messanordnungen mit Position Messfühler und Messwerte

Demnächst werden durch die zuständige Behörde, die Landesdirektion Sachsen, sogenannte Info- und Merkblätter veröffentlicht, die für die Praxisbetreiber eine Hilfestellung darstellen sollen.

Andreas Modes

LANDESDIREKTION SACHSEN

Ref. 53 Strahlenschutz, Arbeitsmedizin

IUZ startet mit neuer Struktur in den 5. Veranstaltungszyklus



Am 15. März startete Prof. Dr. Klaus Böning als Fortbildungsreferent der LZKS den 5. IUZ-Zyklus. Er ist mittlerweile in zwei Veranstaltungsböcke gegliedert, und jeder Block kann unabhängig voneinander gebucht werden. Zum Auftakt erlebten die 60 Teilnehmer des ersten Blockes Vorträge von Prof. Dr. Dr. Georg Meyer und Prof. Dr. Roland Frankenberger zum Themenbereich „Neue und bewährte Füllungsmaterialien“ sowie „Keramik versus Komposit“. Bis zum Februar 2018 werden weitere 17 Vorträge jeweils an Mittwochenabenden folgen. Der zweite Veranstaltungsblock wird dann Anfang 2019 beginnen.

Mitgliederversammlung Dresden des FVDZ

Die Versammlung am 13. März begann mit einem Vortrag zum Thema „Kurzinformation zu neuen Möglichkeiten der digitalen Diagnostik-Therapie und Versorgung“ von Dipl.-Ing. Jürgen Asmus vom Henry Schein Dental Depot. „Neue patientenorientierte Nutzungsmöglichkeiten sind Gradmesser der Investitionsentscheidungen in den Praxen.“ Für kleinere und Einzelpraxen ist es höchst interessant zu erfahren, was es alles gibt. Derzeit gibt es ein relativ unübersichtliches Angebot an digitalen Lösungen für die Praxis. In der Diskussion entwickelte sich die Idee, zusammen mit einem Dentaldepot einen „Scannerworkshop“ zu organisieren, um die verschiedenen Systeme vor Ort vorzustellen und den Kollegen die Möglichkeit zu geben, die Geräte mal in der Hand zu haben, bevor eine Entscheidung zur Anschaffung fällt. Im Bericht des Bezirksvorsitzenden, Dr. Lutz Krause, wurde über die höchst erfreuliche Entwicklung der Mitgliederzahlen berichtet. Die intensive Arbeit

mit den Studenten spielt eine zentrale Rolle. Die sogenannte Erstsemesterrallye ist für Studienanfänger eine erste Möglichkeit, mit dem Freien Verband in Kontakt zu kommen. Nicht selten finden bereits da schon Eintritte in den Verband statt. Das zentrale Treffen von Verband und Studenten in der Vorweihnachtszeit ist zur festen Größe im Verbandsjahr geworden. Jeweils sieben Delegierte nahmen an den Hauptversammlungen 2015 und 2016 in Bonn und Hannover teil. Vertreter des Freien Verbandes nahmen an den immer im November stattfindenden parlamentarischen Abenden teil. Im Jahr 2015 fand im Leipziger Zoo ein Treffen zur Ehrung langjähriger Mitglieder statt. Der Vorstand wurde einstimmig entlastet. Die Vorschläge für den neuen Vorstand bestehen aus den Kollegen Dr. Lutz Krause als Bezirksvorsitzenden, Zahnarzt Peter Boden, Zahnärztin Cornelia Otto und Dr. Thomas Breyer. Die Kandidaten wurden einstimmig gewählt.



Dr. Krause, ZA Boden, ZÄ Otto, Dr. Breyer (v.l.n.r.).

Im Anschluss wurden die Delegierten zur Landesversammlung im April und zur Hauptversammlung im Oktober gewählt. Es stellten sich vier Kandidaten zur Wahl des Landesvorstandes zur Verfügung. In der Diskussion wurden erste Ideen für Anträge zur Landesversammlung gesammelt.

ZA Peter Boden/Dr. Lutz Krause

Stammtische und Veranstaltungen

Zittau

Datum: Dienstag, 25. April 2017, 19 Uhr;
Ort: Hotel „Olbersdorfer Hof“, Olbersdorf; Themen: Zahnpasten – Technologie eines vermeintlich banalen Alltagsartikels, Informationen der LZKS, Diskussion; Information: Dr. med. dent. Albrecht Buhl, Telefon 03586 404218

Aue-Schwarzenberg

Datum: Mittwoch, 26. April 2017, 19 Uhr;
Ort: Hotel „Neustädter Hof“, Schwarzenberg; Thema: Metalle im Mund; Information: Dipl.-Stom. Ingolf Beierlein, Telefon 03774 22677

Annaberg

Datum: Mittwoch, 3. Mai 2017, 19 Uhr;

Ort: Gaststätte „Frohnauer Hammer“, Annaberg-Buchholz; Themen: Aktuelles aus der Landespolitik, Praxisbegehungen; Information: Dr. Achim Awißbus, Telefon 03733 57583

Hoyerswerda

Datum: Mittwoch, 3. Mai 2017, 19 Uhr;
Ort: Hotel „Zur Mühle“, Hoyerswerda; Thema: Von A wie Antikorruptionsgesetz bis Z wie Zahnärzte-in-Sachsen; Information: Dipl.-Stom. Andreas Heyne, Telefon 03571 426503

Bautzen

Datum: Mittwoch, 10. Mai 2017, 19 Uhr;
Ort: „Best Western Plus Hotel“, Bautzen; Thema: Den Schmerz ausschalten – Dank

moderner Lokalanästhesie; Information: Dipl.-Stom. Andreas Mühlmann, Telefon 03591 44176

Radeberg

Datum: Mittwoch, 17. Mai 2017, 19 Uhr;
Ort: Hotel „Sportwelt Radeberg“, Radeberg; Thema: Information zur aktuellen Entwicklung in der Kieferorthopädie und Funktionstherapie; Information: Dr. med. Simone Pasternok, Telefon 03528 442846

FVDZ Leipzig

Datum: Dienstag, 25. April 2017, 20 Uhr;
Ort: Apels Garten Leipzig; Information: Dr. Angela Echtermeyer-Bodamer, Telefon 0341 4612012

Steuerliche Berücksichtigung von Pkws und deren Privatnutzung

Die steuerliche Berücksichtigung von betrieblichen Pkws, die auch privat genutzt werden können, unterliegt einem ständigen Wandel durch Gesetzgebung, Verwaltungsanweisungen sowie Finanzrechtsprechung. Dabei kommt es sowohl ertragsteuerlich als auch umsatzsteuerlich darauf an, wie das Fahrzeug tatsächlich genutzt wird und gegebenenfalls, welche Entscheidungen zur betrieblichen bzw. unternehmerischen Zuordnung des Fahrzeugs getroffen wurden. Im ersten Schritt werden die ertragsteuerlichen Möglichkeiten der Zuordnung eines Fahrzeugs zur Praxis dargestellt. Im zweiten Schritt wird dann gezeigt, was dies ertragsteuerlich für Sie bedeutet. Die umsatzsteuerlichen Besonderheiten werden im dritten Schritt dargestellt.

I. Ertragsteuerliche Berücksichtigung Zuordnung zum Betriebsvermögen

Für Zwecke der Einkommensteuer kommt es bei der Fahrzeugnutzung zunächst entscheidend darauf an, wie das Fahrzeug tatsächlich genutzt wird und gegebenenfalls, ob eine Zuordnungsentscheidung getroffen wurde.

Betriebliche Nutzung von

- mehr als 50 Prozent → notwendiges Betriebsvermögen
- mindestens 10 bis zu 50 Prozent → gewillkürtes Betriebsvermögen
- weniger als 10 Prozent → notwendiges Privatvermögen

Bei gewillkürtem Betriebsvermögen können Sie das Fahrzeug Ihrem Betriebsvermögen zuordnen – Sie müssen es aber nicht. Da die Zuordnung auch nachteilig sein kann, sollte dies im Vorfeld gut durchdacht werden.

Achtung: In welche dieser Kategorien ein Pkw einzuordnen ist, muss dem Finanzamt gegenüber glaubhaft gemacht werden. Sofern die betriebliche Nutzung nicht offensichtlich ist, sollten daher Aufzeichnungen über betriebliche Fahrten

sowie die Gesamtfahrleistung des Pkws geführt werden. Hierfür reicht in der Regel ein repräsentativer Zeitraum von drei Monaten aus.

Notwendiges Betriebsvermögen

Zählt das Fahrzeug zum notwendigen Betriebsvermögen, sind die laufenden Aufwendungen sowie die Abschreibungen voll als Betriebsausgaben abzugsfähig. Für die Ermittlung des privaten Anteils kann auf ein Fahrtenbuch oder die pauschalierende 1-Prozent-Methode zurückgegriffen werden (*vergleiche Gliederungspunkt II in der nächsten Ausgabe des ZBS*).

Privatvermögen

Gehört das Fahrzeug aufgrund der geringen betrieblichen Nutzung zum notwendigen Privatvermögen, sind die Aufwendungen nicht als Betriebsausgaben abziehbar.

Tipp: Für betriebliche Fahrten mit einem Privatfahrzeug können die selbst getragenen Kosten mit einer Kostenpauschale in Höhe von 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer geltend gemacht werden. Für Fahrten zwischen Wohnung und erster Betriebsstätte werden diese Kosten jedoch auf die Entfernungspauschale (0,30 Euro je Entfernungskilometer – einfache Entfernung) begrenzt.



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

Termine

Fortbildungsakademie: Kurse im April/Mai/Juni 2017

Schriftliche Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden, Fax: 0351 8066-106
E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

Anfragen: Frau Walter, Telefon 0351 8066-101

Genauere inhaltliche Informationen zu den einzelnen Kursen entnehmen Sie bitte unseren Fortbildungsprogrammen für das 1. Halbjahr 2017 oder dem Internet www.zahnaerzte-in-sachsen.de

für Zahnärzte

Dresden

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	D 41/17	Dr. Dominik Haim	19.04.2017, 14:00–17:30 Uhr
Mundschleimhauterkrankungen und Früherkennung: Was der Zahnarzt wissen muss	D 42/17	Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach	10.05.2017, 14:00–18:00 Uhr
Vereinbarkeit von Betriebswirtschaft und GOZ 2012 – Wirtschaftliches Denken in der Zahnarztpraxis	D 44/07	Dr. Tobias Gehre, Ulrich Holzenleiter	17.05.2017, 14:00–18:00 Uhr
Die stressfreie Zahnarztpraxis	D 45/17	Dr. Dipl.-Psych. Bettina Kanzlivius	19.05.2017, 13:00–19:00 Uhr
Update Pharmakotherapie des Zahnarztes	D 46/17	Dr. Dr. Frank Halling	20.05.2017, 09:00–15:00 Uhr
Periimplantitis – Eine Herausforderung für die Zahnarztpraxis	D 47/17	Dr. Elyan Al-Machot	20.05.2017, 09:00–16:00 Uhr
Probleme in der Endodontie: Prävention, Diagnostik, Management	D 48/17	Prof. Dr. Michael Hülsmann, Prof. Dr. Edgar Schäfer	20.05.2017, 09:00–17:00 Uhr
Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	D 49/17	Prof. Dr. Dr. Matthias Schneider	09.06.2017, 14:00–17:30 Uhr
Crashkurs Ausbildung: Das Wichtigste für Ausbilder an einem Nachmittag	D 50/17	Wilma Mildner	16.06.2017, 15:00–19:00 Uhr
Minimal-invasive plastische und prä-prothetische Parodontalchirurgie step-by-step am Schweinekiefer Praktischer Arbeitskurs	D 52/17	PD Dr. Moritz Kebschull	24.06.2017, 09:00–17:00 Uhr

Leipzig

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	L 07/17	Dr. Edgar Hirsch	09.06.2017, 15:00–18:30 Uhr
--	---------	------------------	--------------------------------

Chemnitz

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (mit vorherigem Selbststudium)	C 06/17	Dr. Dominik Haim	09.06.2017, 15:00–18:30 Uhr
--	---------	------------------	--------------------------------

für Praxismitarbeiterinnen

Dresden

ENGLISCH an einem Tag für Teilnehmerinnen mit geringen Vorkenntnissen	D 132/17	Regine Wagner	03.05.2017, 09:00–17:00 Uhr
Aufschleifen des PAR-Instrumentariums	D 134/17	Dr. Steffen Richter	03.05.2017, 14:00–19:30 Uhr
Abrechnungstraining für implantologische und chirurgische Leistungen (auch für Zahnärzte)	D 136/17	Ingrid Honold	05.05.2017, 09:00–16:00 Uhr
Praxisnaher Abrechnungsgrundkurs für Einsteiger und Reaktivierer (Teil C) <i>Abrechnung von parodontalchirurgischen Leistungen wie Kieferbruch (Schienen) nach BEMA, GOZ, GOÄ, für den Kassen- und Privatpatienten</i>	D 140/17	Ingrid Honold	06.05.2017, 09:00–16:00 Uhr
Die Rezeption – Das Herz der Praxis	D 141/17	Brigitte Kühn	10.05.2017, 09:00–17:00 Uhr
Yoga am Arbeitsplatz und für den Alltag (Kurs 2)	D 146/17	Cornelia Groß	17.05.2017, 14:00–18:00 Uhr
Der Parodontitispatient – Ein Intensivseminar für die ZMP	D 150/17	DH Simone Klein	19.05.2017, 13:00–19:00 Uhr 20.05.2017, 09:00–15:00 Uhr
Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen – auch und gerade im Alter!	D 152/17	Dipl. oec. troph. Roselinde Karalus	31.05.2017, 14:00–19:00 Uhr
Erfolgsfaktor – ZMV Häufige Fragen	D 155/17	Uta Reps	09.06.2017, 09:00–16:00 Uhr
Informationen zur Vorsorgevollmacht, Betreuungs- verfügung und Patientenverfügung	D 158/17	Katharina Zodehougan, Matthias Fröhner	14.06.2017, 15:00–17:00 Uhr
Auswirkung von Ernährung, Mineralien und Vitaminen auf den Zahnhalteapparat	D 159/17	Dr. Rudolf Meierhöfer	16.06.2017, 09:00–17:00 Uhr
Zahnersatz-Abrechnung – kein Buch mit 7 Siegeln	D 160/17	Simona Günzler	16.06.2017, 15:00–19:00 Uhr 17.06.2017, 09:00–15:00 Uhr
Grundlagen der Blickdiagnostik an Zunge und Mundschleimhaut	D 161/17	Dr. Rudolf Meierhöfer	17.06.2017, 09:00–15:00 Uhr

Wissenschaftliches Symposium der Uni Dresden für Zahnärzte und Hausärzte

Das 16. Wissenschaftliche Symposium des Universitätsklinikums Dresden widmet sich unter dem Titel „Haben wir die Mundgesundheit im Griff?“ speziell der Zahnmedizin. Dazu laden Prof. Dr. med. Antje Bergmann als Vertreterin der Allgemeinmediziner und Prof. Dr. med. Thomas Hoffmann als Vertreter für die Zahnmediziner sowie Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Kugler als Moderator der Podiumsdiskussion alle sächsischen Zahnärzte und Hausärzte herzlich ein. Der Eintritt ist frei.

Termin: Mittwoch, 26.04.2017, 16:30 Uhr, Universitätsklinikum Dresden, Fiedlerstraße 42, Haus 21

Anmeldung: Telefon: 0351 4583687, E-Mail: allgemeinmedizin@uniklinikumdresden.de; Infolyer: <https://goo.gl/7QVzyv>

KCH-Leistungen richtig abrechnen – Folge 14

Themen dieses Beitrages sind das Entfernen von Zahnstein, Früherkennungsuntersuchungen sowie die Einführung in die Individualprophylaxe.

BEMA-Nr. 107 (Zst)

Das „Entfernen harter Zahnbeläge“ kann einmal je Sitzung berechnet werden.

Die Abrechnungsbestimmung zur Nr. 107 legt fest, dass diese Leistung nur einmal im Jahr für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähig ist. Außerdem sind die Bestimmungen zu den BEMA-Nrn. P 200, P 201, P 202 und P 203 zu beachten. Demnach kann die Zahnsteinentfernung während und unmittelbar nach einer systematischen PAR-Behandlung nicht berechnet werden, da die Leistungen nach Geb.-Nrn. 105 und 107 bereits mit den Nrn. P 200-P 203 abgegolten sind.

Der Zeitraum „unmittelbar nach der systematischen PAR-Behandlung“ ist weder im BEMA noch in den Behandlungsrichtlinien definiert. Daher hat der behandelnde Zahnarzt immer im Einzelfall individuell nach den medizinischen Erfordernissen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu entscheiden.

Ist die Zahnsteinentfernung mehrfach im Jahr erforderlich, muss dies im Vorfeld mit dem Patienten gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z/ § 7 Abs. 7 EKVZ privat vereinbart werden.

Die Leistung „Kontrolle oder Nachreinigung nach Belagsentfernung“ ist nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen. Sie kann dem Patienten als Privatleistung angeboten werden. Zur Abrechnung steht die GOZ-Pos. 4060 zur Verfügung.

Nicht abrechnungsfähig ist die Nr. 107 für das Entfernen weicher Zahnbeläge, das grundsätzlich vom Patienten selbst in der häuslichen Mundpflege erledigt

werden sollte. Eine Zahnsteinentfernung an Implantaten oder Prothesen ist ebenfalls keine Kassenleistung. Wird diese Leistung dennoch gewünscht, ist im Vorfeld ebenfalls eine schriftliche Vereinbarung über eine private Behandlung zu treffen.

In der GOZ stehen für die Entfernung von weichen und harten Zahnbelägen die Pos. 4050 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem **einwurzeligen Zahn** oder Implantat, auch Brückenglied) und die Pos. 4055 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem **mehrwurzeligen Zahn**) zur Verfügung. Für die Leistung „Prothesenreinigung“ oder „Entfernen von Belägen an herausnehmbarem Zahnersatz“ sieht die GOZ keine Abrechnungsposition vor. Diese müsste gemäß § 6 Abs. 1 der GOZ analog berechnet werden.

Ist nach der Zahnsteinentfernung die Behandlung einer diagnostizierten Mundschleimhauterkrankung erforderlich, kann je Sitzung einmal die Nr. 105 (Mu) zusätzlich angesetzt werden. Dagegen ist die Versorgung der ggf. durch die Zahnsteinentfernung entstehenden Wunden keinesfalls nach Nr. 105 zusätzlich berechnungsfähig.

Kann die Entfernung von harten Belägen nur mittels Anästhesie durchgeführt werden, können die BEMA-Nrn. 40 und 41 neben der Nr. 107 berechnet werden. Es empfiehlt sich, die entsprechende Begründung in der Patientenkartei zu dokumentieren.

Seit der BEMA-Umrelationierung im Jahr 2004 stellt die Oberflächenanästhesie keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen mehr dar. Möchte der Patient diese Leistung zur Entfernung der harten Beläge in Anspruch nehmen, muss dies privat mit der GOZ-Pos. 0080 vereinbart und abgerechnet werden.

BEMA-Nr. FU

„Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung“

Zu dieser Leistung sind sechs Abrechnungsbestimmungen vereinbart worden.

1. Im Zeitraum vom 30. bis zum 72. Lebensmonat können drei Früherkennungsuntersuchungen erfolgen, wobei der Abstand zwischen den Untersuchungen mindestens 12 Monate betragen muss.
2. Folgende Leistungen müssen erbracht sein, damit die FU abgerechnet werden kann:
 - die eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung,
 - Einschätzung des Kariesrisikos anhand des dmf-t-Indexes,
 - Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten mit dem Ziel der Keimzahlsenkung durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke und verbesserte Mundhygiene,
 - Empfehlung und gegebenenfalls Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (Fluorid-Tabletten, fluoridiertes Salz, fluoridierte Zahnpasta und dergleichen).
3. Die Nebeneinanderberechnung der Früherkennungsuntersuchung und der BEMA-Nr. 01 im selben Kalenderhalbjahr ist ausgeschlossen (siehe Punkt 2). Im folgenden Kalenderhalbjahr ist die BEMA-Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchungsleistung abrechnungsfähig.
4. Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko kann die Nr. IP 4 (lokale Fluoridierung der Zähne) vom 30. Lebensmonat bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zweimal je Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.

Definition hohes Kariesrisiko gemäß FU-Richtlinie:

Alter bis:

3 Jahre dmf-t > 0

4 Jahre dmf-t > 2

5 Jahre dmf-t > 4

6 Jahre dmf-t > 5

5. Neben den Früherkennungsuntersuchungsleistungen und der Nr. IP 4 kann eine Ä1 nicht abgerechnet werden, da die Beratung Leistungsbestandteil der FU ist.

6. Leistungen der Früherkennungsuntersuchung können nur dann abgerechnet werden, wenn es sich um Einzeluntersuchungen bzw. -unterweisungen handelt.

Seit dem 1. September 2016 beinhaltet das „Gelbe Kinderuntersuchungsheft“ ab der U5 (= 6.–7. Lebensmonat) den „Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut“. Derzeit stehen für Früherkennungsuntersuchungen im Zeitraum zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat der Kinder als mögliche Abrechnungspositionen die Nr. 01 und die Ä1 zur Verfügung. Nur mit drei Ersatzkassen – KKH, BEK und DAK-Gesundheit – gibt es besondere Vereinbarungen zur Frühprävention und deren Abrechnung bereits ab dem 6. Lebensmonat. Die Verträge sind auf www.zahnaerzte-in-sachsen.de unter Download/Frühprävention eingestellt.

Individualprophylaxe

Die Richtlinien zu den individualprophylaktischen Leistungen geben den Ablauf der Prophylaxe vor.

Die Individualprophylaxe beginnt mit der Erstellung des Mundhygienestatus, dem die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein soll. Erforderlichenfalls folgt die Motivationsphase. Eine ggf. notwendige Intensivmotivation mit der Aufklärung über Krankheitsur-

sachen und ggf. Remotivationen sollen zeitnah möglichst innerhalb von vier Monaten abgeschlossen sein.

Individualprophylaxe-Programme sollen Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sinnvoll ergänzen und insbesondere Versicherte erreichen, die nicht an der Gruppenprophylaxe teilnehmen. Patienten mit einem hohen Kariesrisiko soll es helfen, die Mundgesundheit zu verbessern.

Der DMF-T-Index

Für das Milchgebiss werden kleine Buchstaben, für das bleibende Gebiss Großbuchstaben verwendet.

d/D = decayed = kariös

m/M = missing = fehlend wegen Karies

f/F = filled = gefüllt

t/T = tooth = Zahn

S = surfaces = Zahnfläche

Definition hohes Kariesrisiko laut Individualprophylaxe (IP)-Richtlinie:

Alter bis:

7 Jahre dmf/DMF (t/T) > 5 oder D(T) > 0

8–9 Jahre dmf/DMF (t/T) > 7 oder D(T) > 2

10–12 Jahre DMF (S) an Approximal/ Glattflächen > 0

13–15 Jahre D (S) an Approximal/ Glattflächen > 0 und/oder mehr als 2 kariöse Läsionen

Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Bei der **Glattflächenkaries** handelt es sich um einen Kariesbefall der mittleren und inzisalen bzw. dem okklusalen Drittel der Glattflächen, meist vestibulär. Beim DMF-S-Index werden kariöse Läsionen an Approximal/Glattflächen erfasst (nicht an Okklusalfächen) sowie Füllungen.

Bei Patienten im Alter von 7–9 Jahren werden dmf-t-, DMF-T- oder D-T-Index erhoben, da sowohl Milchzähne als auch

bleibende Zähne bewertet werden. Um den Index-Wert zu errechnen, werden alle Zähne des Gebisses, die kariös (d/D), extrahiert (m/M) oder gefüllt (f/F) sind, zusammengezählt.

Beim dmf-t/DMF-T-Index wird jeder Zahn nur einmal gewertet, auch wenn er gleichzeitig eine Füllung und eine kariöse Läsion aufweist. Sind z. B. am Zahn 16 eine Füllung (F) und eine kariöse Läsion (D) bukkal, ergibt das den DMF-T-Indexwert von 1.

Beim DMF-S-Index oder D-S-Index zählt man jede kariöse Zahnfläche. Weist der Zahn 16 z. B. eine mesiale Karies (D) und eine distale Karies (D) auf, ergibt das den DMF-S-Wert oder D-S-Wert von 2.

In der Früherkennungsuntersuchungsrichtlinie (Punkt 7) und der Individualprophylaxe-Richtlinie (Punkt 6) des Gemeinsamen Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ist geregelt, dass ein hohes Kariesrisiko durch die Ermittlung der Werte des Karies-Indexes (dmf-t, DMF-T, DMF-S, D-S) in Abhängigkeit vom Alter des Versicherten festgestellt wird. Daher ist die Dokumentation in der Patientenkartei ratsam. Das alleinige Vorliegen von nicht messbaren Risikofaktoren (z. B. Multibandbehandlung) berechtigt nicht zur Abrechnung einer zweiten Fluoridierungsmaßnahme nach IP 4 innerhalb eines Kalenderhalbjahres.

Für Fragen zur Abrechnung steht Kathrin Tannert gern zur Verfügung: Telefon 0351 8053-449.

Inge Sauer

e-Fortbildung

Zu diesem Beitrag können Sie Fortbildungspunkte erhalten.



www.zahnaerzte-in-sachsen.de

GOZ-Telegramm

Frage Ist eine Berechnung der Geb.-Nr. 2197 GOZ zusätzlich zur Geb.-Nr. 2000 GOZ möglich?

Antwort

Nein

Mit der Geb.-Nr. 2197 GOZ soll ein intraoral erforderlicher zahnärztlicher Mehraufwand (separates Bonden und separates Primen) gegenüber eines konventionellen Verbundes abgegolten werden.

Dies trifft bei der Fissurenversiegelung nicht zu. Es erfolgt ein Anätzen der Zahnoberfläche (Konditionierung). Anschließend wird direkt dünn fließender Kunststoff aufgetragen.

Nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ ist die adhäsive Befestigung Bestandteil der Fissurenversiegelung.



Quelle

Kommentar der BZÄK/GOZ-Infosystem

<http://goz.lzk-sachsen.org>

Abrechenbarkeit von Behandlungsleistungen innerhalb der GOZ bei vorzeitigem Behandlungsabbruch

Teil II –

Berechnung von Teilleistungen

In der zahnärztlichen Praxis kommt es leider vor, dass begonnene Behandlungen aus objektiven Gründen nicht zum Abschluss gebracht werden können. Dem Zahnarzt ist es in diesen Fällen also nicht möglich, eine Weiterbehandlung zu realisieren. Damit stellt sich die Frage nach der Berechnung der erbrachten Leistungen. Allgemein gilt der Grundsatz, dass Leistungen, welche vollständig erbracht wurden, auch vollständig und unter Berücksichtigung der Bemessungskriterien nach § 5 der GOZ zu berechnen sind, auch wenn die eigentliche Hauptleistung nicht vollendet werden konnte.

Für Hauptleistungen im prothetischen Bereich kennt die GOZ 2012 die Gebührenpositionen 2230, 2240, 5050, 5060 und 5240. Wir berichteten hierüber im ZBS 02/2017.

Welche Gebührenpositionen sind nun heranzuziehen, wenn beispielsweise ein Keramikinlay oder ein gegossener Stift-Stumpfaufbau oder ein laborgefertigtes Langzeitprovisorium zwar angefertigt,

2230/2240	Teilleistungen nach den Nrn. 2200 bis 2220 (Kronen, Teilkronen, Veneer)
5050/5060	Teilleistungen nach den Nrn. 5000 bis 5040 (Kronen, Teilkronen, Wurzelkappen, Teleskopkronen, Inlays als Brückenanker)
5240	Teilleistungen nach den Nrn. 5200 bis 5230 (Teilprothesen, totale Prothesen, Deckprothesen)
§ 6 Abs.1 Analogberechnung	zum Beispiel: – Inlay – Nrn. 2150-2170 – geg. Stift-Stumpfaufbau – Nr. 2190 – Langzeitprovisorium – Nrn. 7080, 7090 – Aufbissbehelfe – Nrn. 7000-7020

jedoch nicht eingegliedert wurde? Alle zahnärztlichen Teilleistungen, welche nicht von den Gebührenpositionen 2230, 2240, 5050 oder 5240 benannt werden, gehören unter Zuhilfenahme von § 6 Abs. 1 analog berechnet. Das heißt, es wird eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ oder, wenn nicht zutreffend, dann der GOÄ zur Leistungsberechnung herangezogen. Die bis zum Behandlungsabbruch ent-

standenen Material- und Laborkosten werden in voller Höhe ausgewiesen. Nicht zu vergessen sind hier die bis zu diesem Zeitpunkt verbrauchten Materialien, welche, wie z. B. Kosten für Abformungen, zusätzlich berechnungsfähig sind. Dabei versteht es sich von selbst, zahntechnische Arbeiten bei Bekanntwerden des Behandlungsabbruchs sofort zu stoppen.

Tobias Hellebrand
Vorsitzender GOZ-Ausschuss

Dental Photo Master

Aus der modernen Zahnmedizin ist die Dentalfotografie heute nicht mehr wegzudenken. Schon allein aus forensischer Sicht stellt sie ein geeignetes Mittel der Dokumentation dar, aber auch zur Kommunikation mit dem zahntechnischen Labor oder dem Patienten ist sie eine unverzichtbare Hilfe. Ein Foto sagt eben doch mehr als 1.000 Worte.

Das Buch ist als praktischer Hardcoveraufsteller in Spiralbindung auch in der Handhabung praxistauglich. Es soll ein kurzer, praktischer Leitfaden zur Erstellung einer professionellen, einheitlichen Fotodokumentation für alle praxisrelevanten Anwendungen in der zahnärztlichen Praxis sein.

Der Autor, Krzysztof Chmielewski, ein polnischer Zahnarzt und professioneller Fotograf, vermittelt in diesem Buch praktische Informationen von der richtigen Ausrüstung über die Kameraeinstellung bis hin zu den entsprechenden Hilfsmitteln zur Erstellung einer perfekten zahnärztlichen Fotodokumentation. Er zeigt empfohlene Ansichten und Aufnahmetypen. Unterteilt ist es in drei Bereiche: Porträt-, Lippen- und Zahn- aufnahmen.

Auf jeweils einer Seite sind für alle üblichen Porträtansichten, Lippenbilder und intraoralen Aufnahmen die optimalen Kamera- und Objektiveneinstellungen, Aufnahmetipps und Patienteninstruktionen übersichtlich zusammengestellt. Die Verwendung von Lippenretraktoren und intraoralem Spiegel wird an intuitiven Beispielen gezeigt. Daneben gibt der Autor aus langjähriger Erfahrung Empfehlungen für eine zuverlässige Fotoausrüstung. Das Buch ist 2016 im Quintessenz Verlag erschienen und für stattliche 98 Euro zu haben.

Es ist schon ein beeindruckendes Paket, wenn man den „Dental Photo Master“



erstmalig in den Händen hält. Die Aufmachung ist sehr hochwertig. Leider ist mir nicht ganz klar, wieso er 15! Seiten für die Anfertigung von Porträtfotos

benötigt, obwohl es sich um exakt die gleichen Kamera- und Objektiveneinstellungen und Hilfsmittel handelt. Wegen der verschiedenen Patienteninstruktionen? Ein wenig mehr Kompetenz seiner Kollegen könnte er schon voraussetzen.

Isabell Schulze

Das perfekte Foto
Leitfaden Dentalfotografie
Krzysztof Chmielewski
Quintessenz Berlin Verlag
ISBN 978-3-86867-335-7
Preis: 98,00 Euro

Anzeige

Dresdner Arbeitskreis für Zahnärztliche Implantologie

Vorankündigung zur 16. Veranstaltung

Termin: 17. Mai 2017 · 15.00 – 20.00 Uhr

Tagungsort: Quality Hotel Plaza

Königsbrücker Straße 121 a · 01099 Dresden

Themen:

Der Medikationsplan des Patienten und seine Konsequenzen für die implantologische Praxis

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Bilal Al-Nawas / Mainz

Implantatprothetische Konzepte bei zahnlosem Kiefer unter besonderer Berücksichtigung der Demografie

Dr. med. Thomas Pilling / Dresden

Implantatprothetische Rehabilitationen im Oberkiefer – Seitzahngebiet

Doz. Dr. med. Michael Fröhlich / Dresden

Implantatverluste – Versuch einer Ursachenanalyse

Dr. med. Matthias Brückner / Dresden

Anmeldung: <https://events.colada.biz/DAZI-2017>

Formular für Fax-Anmeldung: Tel. 089 / 189046-0

Broschüre und Kurzfilm zum Umgang mit HIV, HBV und HCV



vor HIV in der Zahnarztpraxis!“ richtet sich vorrangig an das Praxisteam. Mit einer Länge von nur etwa 4 Minuten eignet es sich ideal für die Vorführung in einer Teamsitzung.

Die Broschüre und das Video sind auf der Website der BZÄK verfügbar: www.bzaek.de/hiv

Als Druckversion können Zahnarztpraxen die Broschüre auf der Website der Deutschen AIDS-Hilfe bestellen.

Informationen der BZÄK zu HIV:



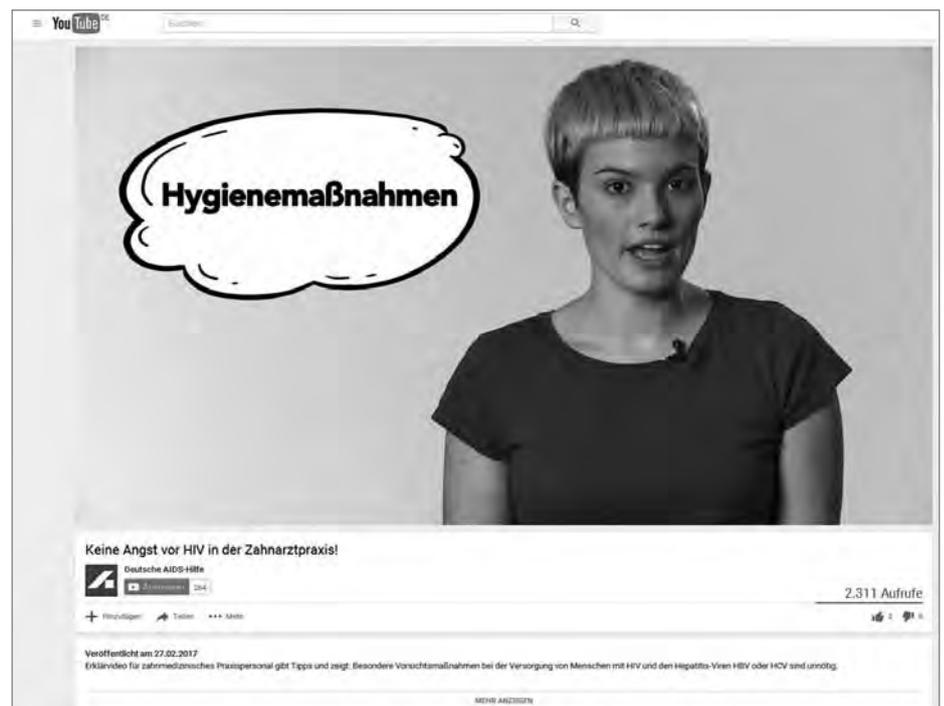
www.bzaek.de/hiv

Broschüre bestellen:



<https://www.aidshilfe.de/shop/keine-angst-hiv-hbv-hcv>

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Deutsche AIDS-Hilfe haben gemeinsam eine Broschüre für das zahnärztliche Behandlungsteam zum Umgang mit Menschen mit HIV und Hepatitis B und C erstellt. Die Broschüre klärt wichtige Punkte beim Umgang mit erkrankten Patienten und gibt Verhaltenstipps. Bei Berücksichtigung der geltenden Hygienestandards sind Ängste vor Ansteckung unbegründet. Daneben gibt es auf YouTube ein Erklärvideo, das häufig gestellte Fragen rund um HIV, Hepatitis B und C beantwortet. Das Video mit dem Titel „Keine Angst



Lesestoff fürs Wartezimmer – Neue „Kinderstube“ erschienen

Die neue Ausgabe der „Kinderstube“ beschäftigt sich mit Themen der Gesundheit jüngerer Schulkinder. Wieder mit dabei ist ein zahnärztlicher Ratgeber, diesmal zum „Gelbe Heft“ und zu Frühuntersuchungen. Das Magazin wird herausgegeben von den sächsischen Heilberufekam-

mern der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, der Sächsischen Landesapothekerkammer sowie dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Es bietet Lesestoff, der auf das Lebensumfeld sächsischer Familien eingeht und Inhalte, die sehr gut verständlich und

auch unterhaltsam aufbereitet sind, aber dennoch sachlich und fachlich fundiertes Wissen in den Mittelpunkt stellt. Die Kinderstube finden Sie auch online unter www.kinderstube-sachsen.de Bestell-Service bei Satztechnik Meißen unter Telefon: 03525 718-60.

Mundboden- und Zungenkarzinom

Mit Krebserkrankungen der Lippen, der Zunge, des Mundbodens, des Gaumens, der Speicheldrüsen und des Rachens zählen zu den bösartigen Neubildungen von Mundhöhle und Rachen. Mit etwa 5 Prozent aller malignen Tumore sind Tumore im Kopf-Hals-Bereich im Vergleich eher selten. Bei Männern waren 2012 in Deutschland 3,7 Prozent aller neu diagnostizierten bösartigen Neubildungen in der Mundhöhle und dem Oropharynx lokalisiert, bei Frauen waren es 1,6 Prozent. Die Zahl der Erstdiagnosen lag bei 12.930, wobei der Anteil an Plattenepithelkarzinomen 90 Prozent betrug (Kaatsch et al., 2015).

Aktuelle Zahlen des Robert-Koch-Instituts gehen von einer deutlichen Zunahme der Erkrankungszahlen bis 2020 aus, wobei aufgrund der Demografie mit einer Zunahme der Erkrankungen vor allem bei Frauen und älteren Patienten zu rechnen ist (Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, RKI, Berlin 2016). Grundsätzlich können dabei die genannten Bereiche des Aerodigestivtraktes von uni- oder multilokulären Karzinomen betroffen sein.

Die öffentliche Wahrnehmung der malignen Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich ist eher gering (Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, RKI, Berlin 2016). Als Risikofaktoren stehen chronischer Tabakkonsum und Alkoholabusus im Mittelpunkt. Sie erhöhen das Erkrankungsrisiko einzeln jeweils um das 6-Fache, in Kombination bis zum 30-Fachen (Corrao et al., 1999, Altieri et al., 2002). Die Infektion des oralen Plattenepithels mit high-risk-Typen humaner Papillomaviren konnte als von Tabak und Alkohol unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung eines Plattenepithelkarzinoms im Kopf-Hals-Bereich nachgewiesen werden (Fakhry C und Gillison ML, 2006). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass HPV-16 DNA-positive, lokal fortgeschrittene Plattenepithelkarzinome des Oropharynx eine höhere Tumorkontrolle nach chirurgischer Therapie mit adjuvanter kombinierter platinhaltiger Radiochemotherapie haben als HPV-negative Plattenepithelkarzinome (Lohaus et al., 2014). Für weitere potenzielle Biomarker, wie z. B. die Krebs-Stammzellmarker oder Hypoxie-induzierte Gen-Signaturen, konnte retrospektiv gezeigt werden, dass diese mit einem Tumorrezidiv nach chirurgi-

scher Therapie und adjuvanter Radiochemotherapie bei fortgeschrittenen HPV-negativen Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereichs korrelieren (Linge et al., 2016).

Der Früherkennung kommt aufgrund des anfangs häufig schmerzlosen Tumorwachstums eine zentrale Bedeutung zu. Sie beeinflusst wiederum günstig die Heilungschancen der Erkrankung. Im Rahmen der Früherkennung übernimmt der Zahnarzt eine wichtige Funktion, da er regelmäßig die Mundhöhle inspiziert. Jedoch kommt auch allen anderen, im Kopf- und Halsbereich tätigen Ärzten und dem Hausarzt hier wesentliche Verantwortung zu. Weitere Aufklärung und Bewusstseins-schaffung – nicht nur beim Patienten, sondern auch und gerade von ärztlichen Kollegen – kann die immer noch häufige Verschleppung der Erkrankung vermeiden.

Seit 2012 liegt zur Behandlung der Mundhöhlenkarzinome eine S3-Leitlinie vor, die mittels wissenschaftlicher Evidenz eine interdisziplinär oder multimodal ausgerichtete Therapie nachvollziehbar analysiert und klare Empfehlungen gibt. Die Therapie von Mundhöhlenkarzinomen ist neben der generellen Abhängigkeit von Lage, Größe des Tumors und dem Allgemeinzustand des Patienten im Besonderen von den durch die Behandlung potenziell verursachten funktionellen und ästhetischen Beeinträchtigungen abhängig. So spielt im Rahmen der Therapie von Mundboden- und Zungenkarzinomen eine Reihe wichtiger Funktionen, wie Artikulation, Phonation, Kau- und Schluckfunktion, eine wesentliche Rolle und sollte, wenn möglich, erhalten oder wiederhergestellt werden. Resultat dieser Überlegungen ist eine

interdisziplinär ausgerichtete Therapie, die nach Abstimmung innerhalb eines am Klinikum etablierten Tumorboards geplant und letztlich von der entsprechenden Abteilung durchgeführt wird. Unter Berücksichtigung der bereits oben genannten Kriterien, wie postoperative Funktionsbeeinträchtigung, Resektabilität des Tumors, allgemeiner Gesundheitszustand und nicht zuletzt auch dem Therapiewunsch des Patienten, stellt die Tumoroperation bei funktionell sinnvoller Resektabilität in Kombination mit einer Defektrekonstruktion die Therapie der Wahl dar. Rekonstruktive Maßnahmen sollten grundsätzlich Teil des gesamten therapeutischen Konzeptes sein und unter Berücksichtigung des onkologischen Gesamtkonzeptes erfolgen. In Abhängigkeit des Tumorstadiums und der Metastasierung folgen adjuvante Maßnahmen, wie Radio- oder Radiochemotherapie.

Symptome und Klinik

Jede Veränderung der Mundschleimhaut im Sinne der klassischen Primär- und Sekundäreffloreszenzen, die nach einer Beobachtung oder Therapie über zwei Wochen keine Regression zeigt oder sich nicht eindeutig einer assoziierten Grunderkrankung oder Ursache zuordnen lässt, gilt als verdächtig und verlangt eine histologische Abklärung. Dabei stellen der Verlust des Oberflächenglanzes der Mundschleimhaut, gesteigerte Verhornungstendenz, Pigmentierung, Verhärtungen und Atrophien, Gewebedefekte im Sinne einer Erosion oder eines Ulcus sowie exophytische Neoplasien Symptome einer pathologischen Mundschleimhautveränderung dar (Abb. 1).

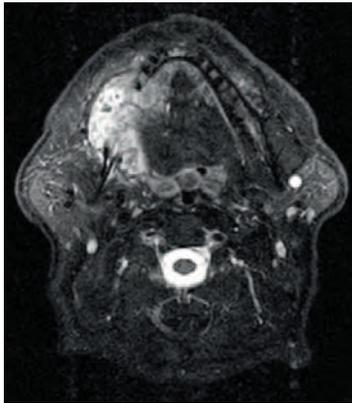


Abb. 1 – Fotografische und radiologische Darstellung eines Plattenepithelkarzinoms der Zunge

Des Weiteren sollten unklare Zahnlockerungen, Fremdkörpergefühl, unklare Blutungen, verstärkter Foetor ex ore oder gravierendere Symptome, wie progrediente Schwellungen, Schmerzen oder unklare Lymphknotenschwellungen, als Warnsymptome erkannt werden. Leider zeigen sich Malignome im Kopf-Hals-Bereich häufig zu Beginn schmerzlos, was eine Frühdiagnostik erschwert.

Im klinischen Alltag treten nicht selten weiße, nicht abwischbare Veränderungen der Mundschleimhaut auf, die unter der Voraussetzung der fehlenden Zuordnung zu einer anderen Erkrankung als sogenannte Leukoplakien bezeichnet werden. Aufgrund einer nicht eindeutigen histopathologischen Klassifizierung sollte dieser Begriff eine ausschließlich klinische Anwendung finden. Üblicherweise wird diese Veränderung der Mundschleimhaut in plane, verruköse oder erosive Leukoplakien klassifiziert. Besonderes Augenmerk sollte auf die erosive oder inhomogene



Abb. 2 – Erythroleukoplakie im Bereich des Gaumens bei einem Plattenepithelkarzinom der Wange und des Gaumens

Erythroleukoplakie gelegt werden (Abbildung 2). Diese klinisch mit rötlichen Anteilen und häufig sehr unruhig erscheinende Veränderung ist mit einem deutlich erhöhten Risiko der malignen Entartung verknüpft (Holmstrup et al., 2006) und erscheint im klinischen Alltag mit dem Auftreten von multilokulären Karzinomen verknüpft.

Diagnostik

Eine besondere Rolle bei der Früherkennung kommt dem Zahnarzt zu. Nicht zuletzt stellt er mit etwa 50 Prozent die größte Überweisergruppe. Die eingehende Untersuchung der gesamten Mundhöhle bei jedem Routinebesuch sollte Standard sein. Besonders die Inspektion der „versteckten“ Regionen unterhalb der Zunge oder des Zungengrundes (Sulcus glossoalveolaris) sowie der Retromolarregion stellen, nicht selten bedingt durch verstärkten Würgereiz des Patienten, eine Herausforderung dar. Aber auch der laterale Zungenrand, der Mundboden und die Zungenunterseite müssen Beachtung finden. Screeningverfahren zur möglichen Senkung von Inzidenz und Mortalität im Zusammenhang mit Mundhöhlenkarzinomen werden in der Literatur immer wieder diskutiert (Kujan et al., 2006). Mit diesen Verfahren, so wird geschätzt, könnte man nicht nur ca. 40.000 Todesfälle weltweit verhindern (Mignogna et al., 2005), sondern möglicherweise auch die Kosten für das Gesundheitssystem signifikant re-

duzieren (Kujan et al., 2006). Auf der anderen Seite kann Screening durch falsch-positive Ergebnisse mit psychologischen Traumata verbunden sein. Diese Aspekte müssen berücksichtigt werden, bevor „Screening“-Programme durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Vorteile die Risiken überwiegen (Kujan et al., 2006). Sankaranarayanan et al. konnten 2005 in ihrer klinischen Studie zeigen, dass Routine-Screening in Hochrisiko-Gruppen (Tabak und/oder Alkoholkonsumenten) einen signifikanten Rückgang der Mortalität aufwies. Bei unklaren Veränderungen oder rezidivierenden Beschwerden ist eine Überweisung zum niedergelassenen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder in eine Fachklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur weiteren Abklärung zu empfehlen.

Neben der umfassenden klinischen Befunderhebung durch Inspektion und Palpation von Mundhöhle und Kopf-Hals-Region sollen zur spezifischen Diagnostik Probenentnahmen aus repräsentativen Arealen, gegebenenfalls aus mehreren Regionen, erfolgen. Dabei sollte die Biopsie aus dem Übergangsbereich von klinisch auffälligem zum scheinbar gesunden Areal erfolgen. Dies kann in Lokalanästhesie oder bei ausgedehnten Befunden auch in Intubationsnarkose erfolgen. Bezüglich des Zeitpunktes der Probengewinnung sollten nicht mehr als 2 bis 3 Wochen vom Verdacht bis zur Biopsie vergehen (Koivunen et al., 2001 und Teppo et al., 2003). Eine Verzögerung von > 4 Wochen hat einen signifikant negativen Einfluss auf die Prognose (Allison et al., 1998 und Kowalski et al., 2001). Da die Biopsie zu einer lokalen Reaktion des Gewebes führt, die einer Verfälschung des Kontrastmittelverhaltens mit sich führen kann, wird bei offensichtlichem Tumorbefund eine Probengewinnung erst nach der Durchführung der KM-gestützten Bildgebung (MRT oder CT) empfohlen. Die Frage nach der Wahl der richtigen Bildgebung wird in der Literatur uneinheitlich diskutiert. So ist

die CT im Hinblick auf die Darstellung von Knochenläsionen der MRT überlegen und wird vom Patienten aufgrund der Schnelligkeit der Untersuchung und des größeren Durchmessers der Gantry als angenehmer empfunden. Die MRT hingegen ist bezüglich der Darstellung von Weichgewebe und Strukturen an der Oberfläche im Vorteil (Wiener et al., 2006).

Der Einsatz von FDG-PET-unterstützten Untersuchungen wird in der Literatur vielschichtig diskutiert. So beschreibt die Leitlinie, dass die diagnostische Sensitivität und Spezifität zum Beispiel einer PET-CT zum einen das Lymphknotenstaging und zum anderen die Erkennung von frühen Zweitumoren oder Rezidiven unterstützt (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Andere Studien zeigten, dass die Genauigkeit der Erkennung von Lymphknoten-Metastasen durch Verfahren wie FDG-PET-MRT im Vergleich zu konventionellen Verfahren (MRT/CT) nicht signifikant erhöht wird (Platzek et al., 2014). Wie in der Abbildung 3 dargestellt, kann die PET-CT die Diagnostik von Lymphknoten unterstützen. In der primären CT-Diagnostik zeigt sich zunächst keine Pathologie. Im Gegensatz dazu wird in der PET-CT ein pathologischer Lymphknoten sichtbar. Der Stellenwert der Halssonografie ist eindeutig. Sie stellt bei höherer Sensibilität und Spezifität gegenüber der CT und MRT die Standardmethode zur Verlaufsbeurteilung der Lymphknoten dar

(Hohlweg-Majert et al., 2009 und Thomsen et al., 2005). Für die Lymphknoten-diagnostik im Rahmen des primären Staging wird hingegen die MRT empfohlen (Dammann et al., 2005).

Das Staging komplettierend, können eine Sonografie des Abdomens und ein Röntgen des Thorax erfolgen. Der regelmäßige Einsatz der CT von Thorax und Abdomen bei Mundhöhlenkarzinomen wird bei einer Auftretenswahrscheinlichkeit eines Zweitkarzinoms oder von Metastasen zwischen 4 bis 30 Prozent vor allem bei Tumoren im Stadium III-IV empfohlen (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012).

Nutzbringend ist ferner eine Fotodokumentation. Bei unerwarteter Histologie, zum Beispiel ohne pathologischen Befund, aber klinisch klarem Verdacht, oder der Exzision eines kleineren Tumors, jedoch knappen Resektionsrand, ist eine Fotografie eine gute Grundlage zur Lokalisation einer erneuten Biopsie oder Nachresektion. Gleichfalls lassen sich benigne Veränderungen der Mundschleimhaut gut im Verlauf dokumentieren.

Die zunächst klinische Inspektion des an die Mundhöhle angrenzenden Pharynx ergänzt die lokale Diagnostik von Neubildungen der Mundhöhle und des Rachens (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Nach Einschätzung der mitbetreuenden HNO-Kollegen kann eine Panendoskopie zum Ausschluss von Zweitkarzinomen erfolgen.

Therapie

Für eine definitive Therapie ergibt sich in der Zusammenschau des Zeitbedarfs von radiologischer und histologischer Diagnosestellung ein Zeitfenster von maximal 4 Wochen. Eine Verzögerung bedingt eine signifikante Verschlechterung der Prognose für den Patienten (Kowalski et al., 2001).

Die Therapieplanung erfolgt unter Beteiligung der Fachdisziplinen Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie, Onkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie in einem interdisziplinären Tumorboard. Der Patient wird ausführlich über alle Therapiealternativen aufgeklärt. Wesentliche Punkte für die Entscheidungsfindung, die Prognose der Therapie und des Patienten sind die Tumorausdehnung, der lokale Lymphknotenstatus sowie die Fernmetastasierung. Faktoren, die für den operativen Therapiepfad herangezogen werden sollten, sind die Resektabilität des Tumors und die daraus resultierende Wahrscheinlichkeit einer funktionellen Beeinträchtigung. Dem R0-Status kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Ein Verfehlen verschlechtert die Prognose signifikant (Parsons et al., 1997). Ein weiterer Aspekt im Rahmen einer patientenindividualisierten Behandlung sind Therapiemotivation und der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten.

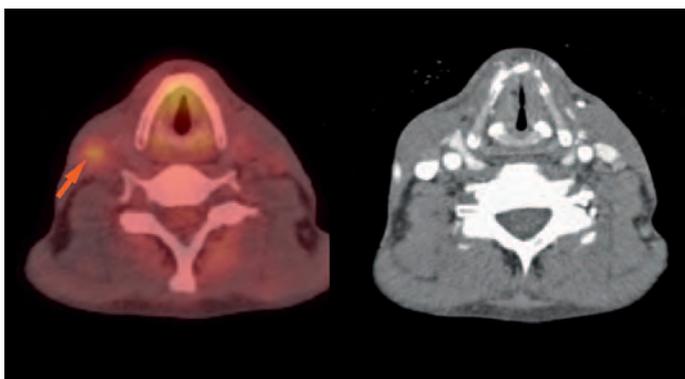


Abb. 3 – PET (links) mit Darstellung eines pathologischen Lymphknoten und KM CT ohne Lymphknotenpathologie (rechts)

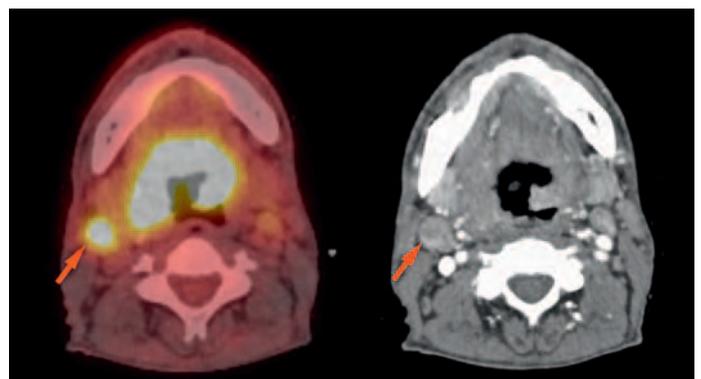


Abb. 4 – Darstellung eines ausgedehnten Zungengrundkarzinoms mit Lymphknoten-Metastase im rechten Hals im PET und KM-CT

Begleitende Maßnahmen

Mit dem Fokus auf eine Radio-(Chemo-) Therapie, die als neoadjuvante Option vor einer Operation durchgeführt wird oder sich bei entsprechendem Tumorstadium als adjuvante Therapie nach einer Operation anschließen kann, hat eine umfassende Zahnsanierung zu erfolgen. Dadurch sollen dentogene Folgen einer etwaigen Radio-(Chemo-) Therapie verringert und das Risiko einer strahleninduzierten Osteomyelitis oder gar Osteoradionekrose minimiert werden. Dazu erfolgen vor Therapiebeginn oder im Rahmen der Tumoroperation eine Hygienisierung der Mundhöhle mit Entfernung von Belägen und Zahnstein, Füllungstherapien und sofern notwendig auch Zahnextraktionen nicht erhaltungswürdiger Zähne zur Reduktion der oralen Keimbelastung.

Die für den Patienten am meisten zu bemerkenden strahlenbedingten Nebenwirkungen sind die Schäden an der Mundschleimhaut, die zwangsläufig durch die Mitbestrahlung gesunder Areale entstehen. So treten für den Patienten in der Akutphase die Mukositis Grad I bis IV in den Fokus. Je höher die Strahlendosis wird, umso mehr nimmt die Schädigung der Mukosa zu. Dies kann bis zum kompletten Versagen der oralen Nahrungsaufnahme führen und die Anlage einer PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) notwendig machen.

Additive Mundspüllösungen können zur Prävention und Risikominimierung der Mukositis eingesetzt werden. Die Ziele, die mit einer konsequenten Anwendung der Spüllösung angestrebt werden, beinhalten den Erhalt der Integrität der Schleimhaut, in Bezug auf Feuchtigkeitserhaltung, Reduktion der Infektanfälligkeit sowie eine Minimierung chemotherapieinduzierter Schleimhautveränderungen. Dabei sind die alkoholfreie Zubereitung, eine einfache orale Anwendbarkeit bei anwenderfreundlicher Konsistenz und möglichst langer Verweildauer an der Mukosa die

wesentlichen Anforderungen. Ein angenehmer Geschmack erhöht zudem die Akzeptanz der Anwender. Nicht zuletzt konnte in Studien gezeigt werden, dass eine suffiziente Behandlung der Mukositis die Lebensqualität der Patienten erhöht (Stokman et al., 2006, Cheng 2007; Cheng et al., 2009) und so die Morbidität und Therapiekosten gesenkt werden können (Peterman et al., 2001 und Verallloch et al., 2006). Benzylamin stellt eine der wenigen evidenzbasierten Optionen in der Behandlung der Mukositis dar. Neben den antiphlogistischen und analgetischen Eigenschaften verfügt es weiterhin über eine lokalanästhetische sowie antimikrobielle Wirkung und greift somit als eines der wenigen Therapeutika in alle Phasen der Mukositis ein (Tabelle) (Steingraber et al., 2006).

Neben der lokalen Therapie wird eine symptomatische Schmerztherapie entsprechend der WHO-Guidelines empfohlen. Diese sollte mit topischen Analgetika begonnen werden und kann bei Bedarf bis hin zu Opioidtherapie maximiert werden (Steingraber et al., 2006).

Der aus der Xerostomie resultierende geminderte Remineralisations- und Reinigungseffekt der Zähne durch den Speichel (Leslie et al., 1994, Grötz et al., 1997) und die damit einhergehende chronische Schädigung der Zahnhartsubstanz im posttherapeutischen Intervall bedingen eine engmaschige Mitbetreuung der

Patienten durch den Zahnarzt. So stellen die Anfertigung von Distanzschienen, die gleichzeitig als Trägerschienen zur Fluoridierung dienen können, und intensivierte Hygienisierungsmaßnahmen vor allem nach einer Bestrahlung wesentliche Bestandteile der zahnärztlichen Aufgaben dar. Der zunehmenden Mundtrockenheit können Patienten zunächst mit einfachen, aber hilfreichen Dingen begegnen, wie das Mitführen einer kleinen Flasche mit Wasser oder Salbeitee. Dabei ist es sinnvoll, die Flüssigkeit nicht einfach nur zu trinken, sondern für die Entwicklung eines Feuchtigkeitsempfindens eine gewisse Zeit im Mund zu behalten.

Die Richtlinie der American Society of Clinical Oncology (ASCO) empfiehlt auf Grundlage der randomisierten Studie von Brizel et al. die Gabe von Amifostin zur Reduktion der akuten und chronischen Xerostomie, die durch Strahlentherapie an Kopf und Hals induziert wurde (Brizel et al., 2000).

Patienten, die sich einer Radiatio unterziehen, sollten auch alle zwei Wochen zahnärztlich kontrolliert werden. Neben der Inspektion der Mundhöhle sind die genannten Hygieneinstruktionen, die Umstellung auf eine weiche Zahnbürste und eine milde Zahnpasta wesentliche Aspekte (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Die Patienten sind weiterhin aufzuklären, dass der schleimhautgetragene Zahnersatz, wenn notwendig, nur zu den Mahlzeiten getragen werden sollte. Ein Haftvermittler sollte vermieden werden.

Der Hauszahnarzt stellt einen wichtigen Kooperations- und Ansprechpartner für die Patienten dar.

Nicht zuletzt ist die unmittelbare postoperative Phase für den Patienten mit dem größten Maß an Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Eingegliederte Resektionsprothesen oder -platten sind für den Patienten nicht nur im Hinblick auf die Anpassung der Nahrungsaufnahme, sondern auch in Bezug auf die Pflege neu. Hier gilt es, den Patienten zu unterstützen.

Phasen der Mukositis

(nach M. Steingraber, P. Feyer, P. Ortner MASCC Mucositis Guidelines (Update 2006))

Initiierung

Hochregulierung und Erzeugung von messenger-Signalen

Signalübertragung und Amplifikation

Ulzeration und Inflammation

Wundheilung

Tab. – Phasen der Mukositis

Postoperativ und in Kombination mit einer Radiatio entstehen nicht selten Narben und Kontrakturen im kaumuskulären System, die in einer eingeschränkten Mundöffnung und reduzierten Beweglichkeit im Kopf-Hals-Bereich resultieren. Mit der Verordnung von Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit und Reduktion der Beschwerden sollte so früh wie möglich begonnen werden. Aufgrund der die Bestrahlung oft begleitenden Hautreaktionen ist dies jedoch nicht selten erst nach deutlicher Reduktion der Symptome oder erst nach Therapieende möglich.

Tumorresektion und Rekonstruktion

Auch wenn die Tumorresektion in diesem Beitrag gesondert von einer Radiatio betrachtet wird, so lassen sich die beiden Therapieoptionen – egal ob als Kombinationstherapie oder allein – nicht gänzlich voneinander trennen. Die Betreuung durch einen Zahnarzt für die prothetische oder auch epithetische Rehabilitation ist bei beiden Varianten notwendig. Bereits vor einer operativen Therapie ist die Zusammenarbeit mit dem heimatnahen Zahnarzt von Gewinn. So können beispielsweise bereits bestehende Modelle genutzt werden, um nach Duplikatur etwaige Verbands- oder Resektionsplatten herzustellen.

Die funktionell sinnvolle Operation, als Therapie der Wahl, umfasst neben der Tumorresektion die Ausräumung der drainierenden Lymphknotenstationen im Hals sowie die Rekonstruktion der resezierten Hart- und/oder Weichgewebe. Bei der Planung des Eingriffs sollte durch den Chirurgen die individuelle Gesamtsituation des Patienten, die Erreichbarkeit einer R0-Situation (Sicherheitsabstand > 10 mm zum Tumorgewebe) sowie die postoperative Funktionalität berücksichtigt werden. Bei funktionell nicht sinnvoller Resektabilität ist die primäre Radio-(Chemo-)Therapie einer Operation vorzuziehen. Bei ausgedehnten, zunächst operativ versorgten fortgeschrittenen Tumorstadien wird nicht selten eine wei-

terführende Bestrahlung ggf. in Kombination mit einer Chemotherapie abgeschlossen. Dabei ist der entscheidende Faktor für die Indikationsstellung einer Chemotherapie der Lymphknotenstatus, im Speziellen die extrakorporale Extension (ECE) der Lymphknotenmetastase, also die Ausdehnung der Metastase über die Kapsel der Lymphknoten hinaus. Zur Rehabilitation der Funktion muss die Rekonstruktion einen wesentlichen Beitrag liefern. Dabei ist gerade bei Karzinomen des Zungenrandes oder des Mundbodens die Frage zu klären, ob es ausreicht, nur das Weichgewebe wiederherzustellen, oder ob aufgrund der räumlichen Nähe und Tumorausdehnung der Kiefer in Abschnitten reseziert und im Anschluss ersetzt werden muss. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar. Der Fragestellung, die Kontinuität des Unterkiefers zu erhalten, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Im Vergleich zur Kontinuitätsresektion konnte erwartungsgemäß gezeigt werden, dass eine Spangen- oder Kastenresektion eine deutlich verbesserte Lebensqualität aufzeigt (Namaki et al., 2004). Diese Resektionsart ist jedoch nur dann zu wählen, wenn in der präoperativen Bildgebung eine eindeutige Knocheninfiltration ausgeschlossen werden kann. Ist eine Kontinuitätsresektion erforderlich, kann durch eine adäquate Rekonstruktion des Unterkiefers mit mikrovaskulären Knochentransplantaten eine Lebensqualität erreicht werden, die mit Kontinuitätserteilenden Techniken vergleichbar ist (Rogers et al., 2004). Generell ist die primäre Rekonstruktion nach Tumoroperation die wesentliche Voraussetzung für eine gute funktionelle und ästhetische Wiederherstellung der Weich- und Hartgewebe im Kopf-Hals-Bereich. Bei kleiner Defektgröße nach Tumorresektion kommen lokalplastische Verfahren, wie Nasolabial- oder Platysmalappen zur Anwendung. Da jedoch auch ausgedehnte Defekte nach Entfernung von T3- und T4-Karzinomen zu versorgen sind, stellen mikrovaskulär anastomosierte Lappentransplantate,

wie beispielsweise der Radialislappen, laterale Oberarm- oder Oberschenkel-lappen, der Latissimusdorsilappen, der Rectus-abdominis-Lappen und der tiefe inferior-epigastrische Perforatorlappen (DIEP) (Leonhardt et al., 2008, Brown et al., 2006, Lyons AJ, 2006, Yokoo et al., 2003 und Yokoo et al., 2004) den Goldstandard für die Weichgeweberekonstruktion dar. Wenn die Kontinuität des Unterkiefers wiederhergestellt werden muss, können zwar der Latissimuslappen und der Rectus-abdominis-Lappen mit Rekonstruktionsplatten aus Titan kombiniert werden, allerdings sollte, wann immer möglich, mikrovaskulären Knochentransplantaten der Vorzug gegeben werden. Je nach Umfang der Kieferresektion werden dafür regelmäßig Beckenkamm (Savant et al., 1995), Fibula- oder Scapulatransplantate eingesetzt (Brown et al., 2006 und Shah et al., 2009) (*Fehler: Referenz nicht gefunden*). Bei der Betrachtung einer primären Knochenrekonstruktion stellt sich jedoch die entscheidende Frage: Sind die knöchernen Resektionsränder tumorfrei? Schnellschnittverfahren zur Klärung einer R0-Situation wie beim rein weichgewebigen Resektaten sind hierfür aktuell noch nicht etabliert (*Abbildung 5*). Der Vorteil der knöchernen Rekonstruktion insgesamt ist die mögliche spätere prothetische Versorgung mittels Zahnersatz. Dies ist auch der Fall, wenn aufgrund der Tumorausdehnung eine postoperative Radiochemotherapie durchgeführt werden muss. Circa ein halbes bis ein Jahr nach abgeschlossener adjuvanter Radiochemotherapie kann je nach patientenspezifischen Gegebenheiten mit der Planung einer prothetischen Rehabilitation begonnen werden. Die prothetische Rehabilitation kann sowohl mittels tegumental getragenen (Teil-, Vollprothese) als auch mittels implantatgetragenen Zahnersatz erfolgen. Besonders beim bestrahlten Patienten wird die Bedeutung der Vermeidung von schleimhautgetragenen Zahnersatz kontrovers diskutiert. Der Vermeidung von Prothesendruckstellen durch schleim-

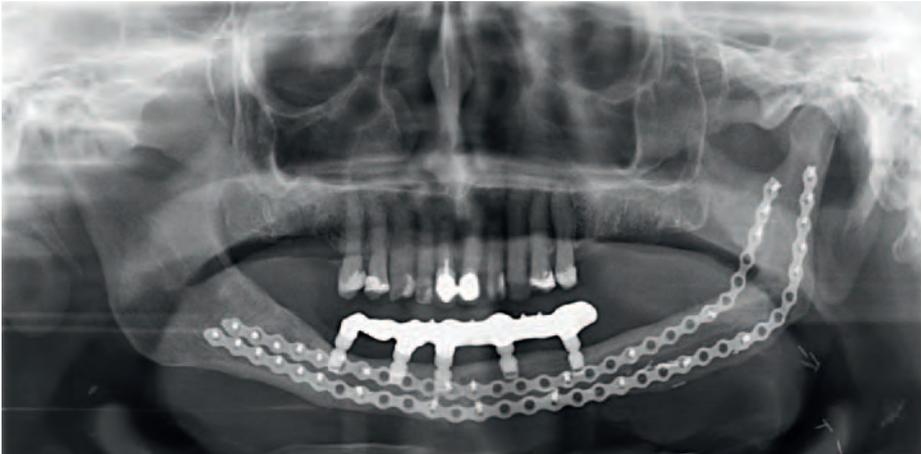


Abb.5 – Postoperative Darstellung einer Unterkieferrekonstruktion mittels eines gefäßgestielten, osseocutanen Fibulatransplantats und kurzen Implantaten

hautfreundlichen, implantatgetragenen Prothesen steht das gesteigerte Risiko einer durch die Implantation induzierten Osteoradionekrose gegenüber (Weischer et al., 1999). Obwohl nach Literatur der Zeitpunkt der Implantatsetzung nach R(C)Tx keinen Einfluss auf das Implantatüberleben hat, wird die Insertion in den postoperativ bestrahlten Knochen 6 bis 12 Monate nach Abschluss der Strahlenbehandlung empfohlen. Die Implantate sollten anschließend 6 Monate einheilen, bevor mit der endgültigen Anfertigung des Zahnersatzes begonnen werden kann (Schiegnitz et al., 2015).

Tumornachsorge

Der Nachsorge von operativ oder primär radio-(chemo)therapeutisch behandelten Tumorpatienten des Kopf-Hals-Bereiches kommt eine wesentliche Bedeutung im therapeutischen Gesamtkonzept zu. Sie umfasst die interdisziplinäre Tumordispensairebetreuung in regelmäßigen Abständen in Abhängigkeit vom Tumorstadium. Das Untersuchungsintervall sollte im 1. und 2. Jahr bei maximal 3 Monaten, ab dem 3. bis zum 5. Jahr bei maximal 6 Monaten liegen. Dabei sollte jeder Patient einen individuell abgestimmten Nachsorgeplan erhalten (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Grundlage der zu Beginn engmaschigen posttherapeutischen Nachsorge ist

die Tatsache, dass es bei immerhin fast 20 % der Patienten mit einem Karzinom der Mundhöhle zu einem Tumorrezidiv kommt, welches zu 76 Prozent in den ersten beiden Jahren auftritt (Schweinfurth et al., 2001). Dabei werden diese Rezidive, wie im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung gezeigt werden konnte, vom Patienten selbst klinisch in nur ca. 40 Prozent der Fälle bemerkt (Schweinfurth et al., 2001). Im Zentrum der Nachbetreuung steht neben der klinischen Untersuchung der Mundhöhle zum Tumorrezidivausschluss die Palpation des Halses auf Veränderungen des Lymphknotenstatus. Die klinische Untersuchung der Lymphknoten unterstützend, sollte bei jedem Vorstellungstermin eine Halssonografie durchgeführt werden. CT- oder MRT-Untersuchungen der Kopf-Hals-Region sind in den ersten 2 Jahren halbjährlich und im späteren Verlauf jährlich durchzuführen (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Ergänzend, vor allem bei Tumoren der Speicheldrüsen, die ein späteres Metastasierungsmuster und eine hämatogene Absiedlung aufweisen können, ist eine Röntgenaufnahme des Thorax zu empfehlen. Nach Abschluss der 5-jährigen Nachbetreuung durch die operativ tätige Klinik folgt die Weiterbetreuung durch den Hausarzt oder Zahnarzt mit den üblichen Früherkennungsprogrammen.

Fazit

Die Behandlung von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichts-Bereich stellt mehr denn je eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Durch Weiterentwicklung moderner rekonstruktiver Verfahren ist die MKG-Chirurgie in der Lage, betroffenen Tumorpatienten sowohl funktionell als auch ästhetisch umfassend zu helfen, um dadurch einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Die Zusammenarbeit zwischen klinisch tätigen Ärzten und ambulanten Zahnärzten ist von enormer Bedeutung. Trotz steigender Erkrankungszahlen ist die öffentliche Wahrnehmung nach wie vor gering. Der Früherkennung durch den „Hauszahnarzt“ kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu; nicht zuletzt stellt er die größte Überweisergruppe. Neben frühzeitiger Erkennung und Abklärung von Veränderungen in der Mundhöhle, die länger als 2 Wochen bestehen, sind Bewusstseins-schaffung für die Erkrankung und Aufklärung über Risikofaktoren wichtige Aspekte. Bei verdächtigen Läsionen ist die rasche histologische Abklärung eventuell therapieverzögernden konservativen Maßnahmen vorzuziehen. Die gründliche und eingehende Untersuchung der gesamten Mundhöhle ist bei jeder Vorstellung zentral. Therapiebegleitende Maßnahmen, wie Hygienisierung, Behandlung von Mukositis oder Xerostomie und die Verordnung von Physiotherapie zur Verbesserung der Mundöffnung, gehören zu den Aufgaben der Hauszahnärzte. Als Teil einer interdisziplinären Behandlergruppe von Klinikern und ambulanten Kollegen sichern sie eine patientenspezifische und individuell abgestimmte Therapie und Nachsorge.

*Dr. med. Alexander Nowak
(Ansprechpartner)*

*Alexander.Nowak@uniklinikum-
dresden.de*

Julia Kramer

Henry Leonhardt

Prof. Dr. Günter Lauer

*Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie
Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

Neue Visualisierungslösung in der Zahnheilkunde

Das neue Dentalmikroskop EXTARO® 300 von ZEISS ermöglicht durch moderne Visualisierungslösungen in der Praxis, minimalinvasive Behandlungen zu verbessern: Erstmals kombiniert ein Dentalmikroskop optische Vergrößerung mit einer Technologie zur Kariesdetektion – der neue Fluorescence Mode unterstützt die Erkennung von kariösem Gewebe während der Exkavation, womit der Behandler möglichst viel gesunde Zahnschicht erhalten kann. Direkt und ohne Unterbrechung des Arbeitsablaufes ermöglicht das Gerät somit eine effizientere Karieserkennung und die Unterscheidung zwischen Zahnschicht und Kompositmaterial. Der TrueLight Mode wiederum verhindert die Aushärtung der häufigsten Komposite unter Mi-



kroskoplicht und erlaubt mithilfe des neuen Farbausgleichs die Beobachtung des Zahngewebes unter natürlichem Weißlicht. Dies schafft Zeit, um komplexe Modellierungen abzuschließen.

Für ein Arbeiten ohne störende Lichtreflexe an der Zahnoberfläche sorgt der NoGlare Mode, womit eine unverfälschte Bewertung der Farbtöne des Zahns möglich ist, da relevante Details wie Farbnuancen sichtbar werden. Diese und weitere Visualisierungsoptionen können direkt und einfach angesteuert werden – ohne die bevorzugte Arbeitsposition zu verändern. Darüber hinaus erlaubt die integrierte HD-Kamera mithilfe der Connect App die digitale, drahtlose Dokumentation der Behandlung und vereinfacht so die Kommunikation mit dem Patienten.

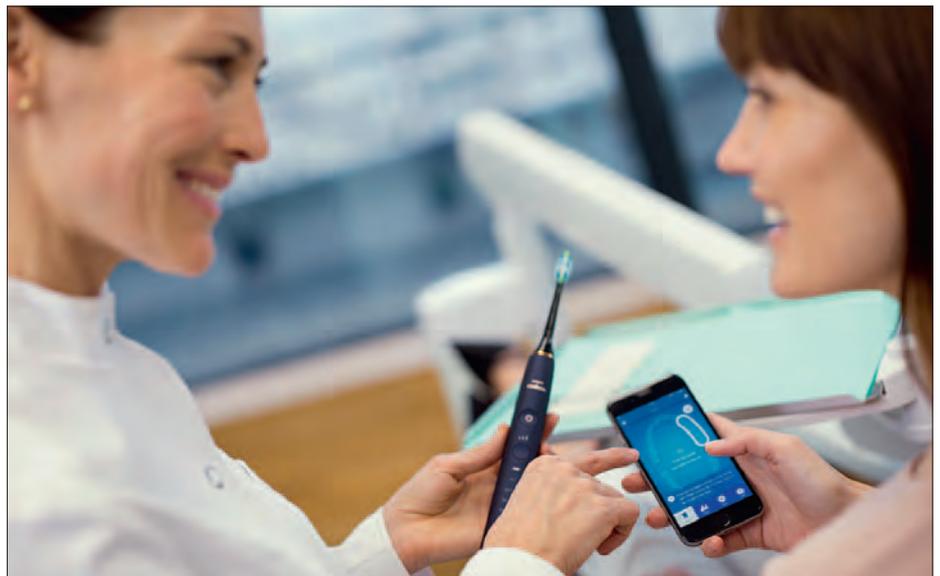
Weitere Informationen:
Carl Zeiss Meditec AG
Telefon 07364 206000
www.zeiss.de

Die Zukunft der Zahngesundheit

Auf der diesjährigen IDS präsentierte Philips den Besuchern digitale Produktneuheiten, gab Einblicke in aktuelle wissenschaftliche Studien und verkündete eine zukunftsweisende Partnerschaft.

Innovationen für ein gesundes Lächeln

Im Mittelpunkt stand auf der diesjährigen IDS der Launch einer innovativen digitalen Plattform, die mit verschiedenen Produkten vernetzt werden kann. Alle über die digitalen Produkte generierten Daten werden in der App dargestellt – und liefern dem Nutzer individuelle Tipps zur langfristigen Optimierung seiner Mundhygiene. Eines der Produkte, das mit der Plattform kommuniziert, ist die neue Sonicare DiamondClean Smart. Mit dem Top-Modell der Range präsentierte das Unternehmen eine Zahnbürste,



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

Herstellerinformation/Kleinanzeigen

die alle Vorteile der Schalltechnologie, wie die schonende, aber effektive Reinigungsleistung, mit richtungsweisendem Design, smarten Features und Accessoires verbindet. Auf diese Weise geht auch das neue Atem-Messgerät vor: In nur 30 Sekunden misst es die Konzentration geruchsbildender Stoffe im Atem und leitet die erhobenen Daten an die App weiter. Diese präsentiert dem Nutzer die Auswertung seiner individuellen Werte sowie entsprechende Handlungsempfehlungen, die ihm dabei helfen, seine Mundgesundheit langfristig zu verbessern.

Wissenschaftlich fundiert

Der Hersteller arbeitet mit zahlreichen unabhängigen Wissenschaftlern aus aller Welt zusammen. In diversen Forschungsprojekten werden die bewährten Produkte weiterentwickelt

oder neue Produktkonzepte getestet. Die fortschrittlichsten Arbeiten sind einem breiten Fachpublikum in wissenschaftlichen Publikationen zugänglich. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse präsentieren auch die Universitäten Köln und Witten im Rahmen einer klinischen Vergleichsstudie. Erneut zeigt sich darin, dass Sonicare AirFloss Ultra die Gesundheit im Approximalraum so gut wie der Goldstandard Zahnseide verbessern kann. Aktuell untersuchen die Wissenschaftler den Einfluss des Produkts in Kombination mit elektrischen Zahnbürsten und Mundspüllösungen.

Starke Partner für eine optimierte Mundgesundheit

Die Produkte bieten Zahnärzten, deren Teams und Patienten gleichermaßen einen großen Nutzen. Um diesen

noch weiter zu steigern, wird aktiv auf die Synergien durch Partnerschaften gesetzt.

Im März 2017 starteten EMS Electronic Medical Systems und Philips gemeinsam mit einer Initiative für Prophylaxe. Die zukunftsweisende Kooperation verbindet die professionelle Zahnreinigung in der Praxis (Pro-Care) mit der häuslichen Zahnpflege (Home-Care) – erst in Deutschland und später weltweit.

Für noch mehr Informationen zu den IDS-Neuigkeiten folgen Sie auch auf Twitter @PhilipsLiveForum, YouTube und LinkedIn.

Weitere Informationen:
Philips GmbH
Telefon 040 28991509
www.philips.de

Praxisverkauf

ZAP in Freiberg ab sofort zu verkaufen. 3 BHZ, gute Nahverkehrsanbindung, kostenfreie Parkplätze; Chiffre 1092

Stellenangebote

Leistungsstarke Praxis sucht ab IV. Quartal 2017 motivierten Kollegen/-in. Zeitnahe Partnerschaft ist möglich. Weitere Infos bei JOBS unter www.dr-mueller-zahnarzt.de

KFO – Raum Chemnitz
 Qualitätsorient. KFO-Praxis nahe Chemnitz su. ab sof. FZA (m/w) für KFO bzw. KFO erfah. ZA/ZÄ z. längerfr. Mitarb. in Teilz. (bei Eign. auch Praxisübern. mögl.). Unser Behandlungssp. ist viels.-ganzheitl. (Bionatorther., FKO, MB-techn., CMD Beh.). Es bestehen eine langj. Berufs- und Weiterbildungserfahr. sowie ein gut geschultes harmon. Praxisteam. Offenh. und Interesse für ganzheitl. Asp. bei KFO-Behandl. erforderl. KFO.John@freenet.de
www.kfo-john.de

Markt



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

Praxiseinrichtung neu (KAVO Estetica E70, Behandlungszeile BKN, dig. RÖ, Vacuklav Melag 40 B, Power Tower u. a.) wegen Krankheit zu verkaufen. Tel. 0172 3665721, inamaria.scherno@gmx.de

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

Praxiseinrichtungen

- 3D-Praxisplanung
- objektbezogene Einrichtung
- Praxismöbel online bestellen

 **Klaus Jerosch GmbH**
 Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
 Mo - Fr: 07.00 - 17.00 Uhr
www.jerosch.com



Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Beilagen der Firmen **SZ-Reisen GmbH**, der **Möbelgalerie Tuffner** sowie **Rainer Dental** bei.

Des Weiteren liegt eine Beilage zum **9. Fränkischen Zahnärztetag** bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung.

Wir gratulieren

- | | | | | | |
|----|------------|---|------------|---|---|
| 60 | 05.05.1957 | Dipl.-Stom. Bernd Schimmel , Meerane | 16.05.1942 | Dr. med. dent. Joachim Anderson , Limbach-Oberfrohna | |
| | 08.05.1957 | Dr. med. Matthias Plewinski , Plauen | 20.05.1942 | Dipl.-Stom. Tatjana Winkler , Chemnitz | |
| | 14.05.1957 | Dipl.-Stom. Mechtild Rickborn , Dresden | 26.05.1942 | SR Dr. med. dent. Angela Hamm , Leipzig | |
| | 18.05.1957 | Dr. med. Sabine Hoyer , Bad Elster | 29.05.1942 | Dipl.-Med. Christa Klinkert , Lichtenau | |
| | 19.05.1957 | Dr. med. Gunter Forker , Dresden | 29.05.1942 | Gisela Raschke , Dresden | |
| | 19.05.1957 | Dipl.-Stom. Michael Wolf , Gelenau | 31.05.1942 | Prof. Dr. Dr. med. Lutz Päßler , Wachau-Feldschlößchen | |
| | 26.05.1957 | Dr. med. dent. Jens-Michael Margull , Dresden | 80 | 06.05.1937 | Dr. med. dent. Christel Weißflog , Lauschgryn |
| | 26.05.1957 | Dipl.-Stom. Jürgen Posselt , Olbersdorf | | 15.05.1937 | Dr. med. Manfred Stranz , Dresden |
| | 26.05.1957 | Dr. med. dent. Elke Voigt , Mittweida | | 21.05.1937 | Dr. med. dent. Annemarie Glas , Leipzig |
| | 27.05.1957 | Dr. med. dent. Andreas Eichler , Döbeln | 81 | 05.05.1936 | Dr. med. dent. Jürgen Schmidt , Leipzig |
| | 28.05.1957 | Dr. med. dent. Thomas Oehme , Lichtenstein | | 20.05.1936 | Dr. med. dent. Ingrid Wanjek , Eilenburg |
| | 28.05.1957 | Dr. med. Uwe Wygoda , Schkeuditz | 82 | 04.05.1935 | Dr. med. dent. Hansgeorg Beck , Großpösna |
| | 31.05.1957 | Dipl.-Stom. Mara Faber , Leipzig | | 25.05.1935 | SR Dr. med. dent. Harti Steglich , Dresden |
| 65 | 02.05.1952 | Dipl.-Med. Werner Siemon , Dresden | | 29.05.1935 | Sieglinde Brühmann , Zittau |
| | 06.05.1952 | Dr. med. Harald Barnasch , Leipzig | 83 | 10.05.1934 | Dr. med. dent. Heinz Baier , Schwarzenberg |
| | 08.05.1952 | Dipl.-Med. Evelyn-Christiane Kobler , Oberbobritzsch | | 26.05.1934 | MR Dr. med. dent. Günther Hilpmann , Leipzig-Mölkau |
| | 13.05.1952 | Dipl.-Med. Evelin Seltmann , Dresden | 85 | 23.05.1932 | MR Dr. med. dent. Kai Callmeier , Wurzen |
| | 21.05.1952 | Dipl.-Med. Karla Roeding , Dresden | 86 | 21.05.1931 | SR Dr. med. dent. Freimut Becher , Chemnitz |
| | 22.05.1952 | Dr. med. Diana Mehlhorn , Dresden | | 21.05.1931 | Dr. med. dent. Wolfgang Unger , Wilkau-Haßlau |
| | 26.05.1952 | Dipl.-Stom. Michael Dworatzek , Dresden | 88 | 29.05.1931 | Dr. med. dent. Reinhard Abel , Neißeau |
| | 26.05.1952 | Dr. med. Maria Eltzschig , Dresden | | 14.05.1929 | SR Gunther Kriegel , Obercunnersdorf |
| | 28.05.1952 | Dipl.-Med. Rosemarie Kahn , Dresden | 89 | 17.05.1929 | SR Gerhard Franke , Bischofswerda |
| 70 | 01.05.1947 | Dr. med. dent. Margitta Paul , Dresden | | 05.05.1928 | Dr. med. dent. Lothar Zimmer , Dresden |
| | 07.05.1947 | Dr. med. dent. Petra-Elisabeth Breitung , Leipzig | | 17.05.1928 | MR Dr. med. dent. Manfred Stock , Rackwitz |
| | 07.05.1947 | Dr. med. Christian Köhler , Jahnsdorf | 90 | 03.05.1927 | Dr. med. dent. Inge-Lore Hornung-Jüttner , Glashütte |
| | 11.05.1947 | Dr. med. dent. Beate Roth , Dresden | 94 | 01.05.1923 | Annelies Sauer , Dresden |
| | 15.05.1947 | Gabriele Beuermann , Ebersbach | | | |
| | 26.05.1947 | Lothar Daumann , Remse | | | |
| 75 | 01.05.1942 | Dr. med. dent. Hedda Kutzschbach , Radeburg | | | |
| | 04.05.1942 | Dr. med. dent. Joachim Eifert , Halle/Saale | | | |
| | 05.05.1942 | Dipl.-Med. Barbara Hasselmann , Naunhof | | | |
| | 09.05.1942 | Dr. med. dent. Ursula Barth , Dresden | | | |
| | 09.05.1942 | Dr. med. dent. Ulrike Wollen , Chemnitz | | | |
| | 14.05.1942 | Hannelore Zimmermann , Glauchau | | | |

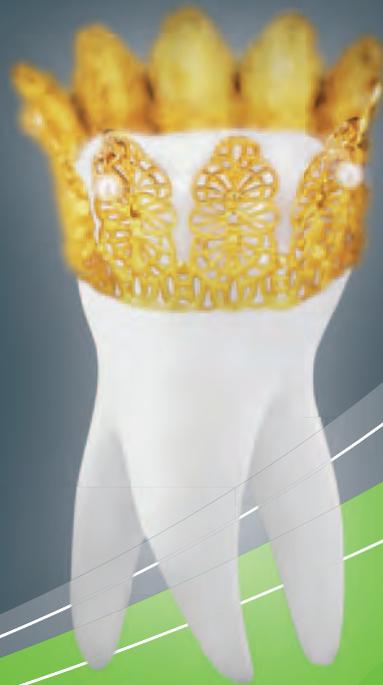
Jubilare, die keine Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Sachsen wünschen, informieren bitte die Redaktion.



Sächsischer Fortbildungstag
für Zahnärzte und Praxisteam

Das reduzierte Lückengebiss

20./21.10.2017
Stadthalle Chemnitz



Workshops
Vorträge
Dentalausstellung

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Jürgen Setz, Halle (Zahnärzte)

Dr. med. dent. Stephan Jacoby, Coswig (Praxismitarbeiterinnen)

Landeszahnärztekammer Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

