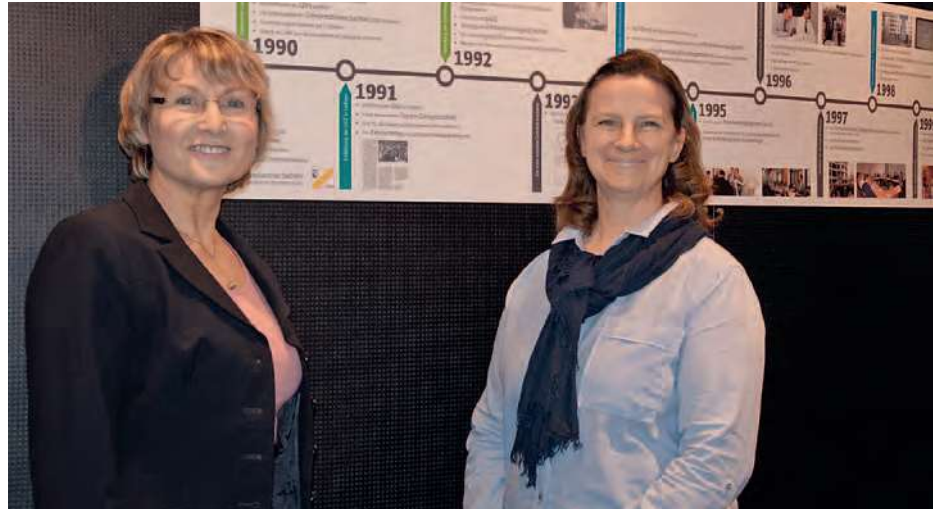


Sie waren „Mitbegründerinnen“ der LZK Sachsen

Die LZK Sachsen war die erste Kammer in den neuen Bundesländern, die den Weg für die Freiberuflichkeit der Zahnärzte ebnete. Noch bevor sich die Landes Zahnärztekammer Sachsen gründete, nahm die Geschäftsstelle ihre Tätigkeit auf. Sabine Dudda (links) und Anke Zuchold waren vom ersten Tag an nicht nur Ansprechpartner für rund 3.500 sächsische Zahnärzte als künftige Kammermitglieder, sondern standen auch sofort vor der Mitorganisation des 1. Sächsischen Zahnärztetages für 1.600 sächsische Zahnärzte, und hatten innerhalb weniger Wochen mit einfachsten Mitteln die erste Wahl zur Kammerversammlung vorzubereiten. Frau Dudda als Geschäftsführerin und Frau Zuchold als Büroleiterin begleiteten im Laufe der 25 „Kammer-Jahre“ viele Projekte der Ersten Stunde, die heute feste Tätigkeitsfelder der Selbstverwaltung sind. So sorgte Frau Dudda u. a. auch für das



Erscheinen der ersten Zahnärzteblätter. So ein gemeinsames langes Stück Arbeitsleben schweißst in besonderer Weise zusammen und bringt auch eine besondere

Ausstrahlung hervor, die die Verwaltungsmitarbeiter schätzen und die jeder Besucher, jeder Anrufer, jeder Ratsuchende spüren kann.

17. Dresdener Herbstsymposium zum Thema „Der Tumorpatient im täglichen Praxisalltag“

Im September 2015 fand unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Günter Lauer das 17. Dresdener Symposium der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie zum Thema „Der Tumorpatient im täglichen Praxisalltag“ statt. Ein Schwerpunkt lag auf der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Zunächst referierte **Dr. med. dent. Mari-ka Schubert**, niedergelassene Oralchirurgin in Löbau, über Veränderungen der Mundschleimhaut und die Früherkennung des Plattenepithelkarzinoms. Hierbei wies sie auf Vorläuferläsionen, wie zum Beispiel der Leukoplakie und der Erythroplakie hin, welche mit Bildern dargestellt wurden. Sie erläuterte die wichtige Rolle des Zahnarztes bei der Früherkennung von Entartungen und betonte, dass auch die Inspektion der Mundschleimhaut zur zahnärztlichen Untersuchung („01“) gehöre. Frau Dr. Schubert gab Hinweise und Tipps zur Behandlung von oralem Lichen ruber: Einfache Maßnahmen, wie das Glätten von Füllungen oder Schienen zur positiven Beeinflussung von Parafunktionen

sind erste Schritte. Ergibt die Verlaufsbeobachtung, dass ungünstige Zahnstellungen wesentlich sind, muss auch über eine Extraktion nachgedacht werden. Der zweite Referent, **Dr. med. Steffen Appold**, leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie am Universitätsklinikum in Dresden, stellte neue Aspekte in der Strahlentherapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich vor. Er verwies auf die Wichtigkeit in der Definition der exakten Lokalisation von Lymphknotenmetastasen, um den Patienten nicht durch zu große Bestrahlungsareale zu belasten. Wesentliche Aufgaben des Zahnarztes liegen zum einen in der umfassenden Gebissanierung vor Bestrahlung, zum anderen in der Herstellung einer sogenannten

„Strahlenschutzschiene“. Damit liegt die Mundschleimhaut nicht mehr direkt den Zähnen an, die Wirkung der durch metallhaltige Legierungen reflektierten Streustrahlung wird reduziert und das Weichgewebe im Strahlengang geschont. Des Weiteren ging er auf die intensitätsmodulierte Strahlentherapie und die neue innovative Protonenbestrahlung am Universitätsklinikum Dresden ein. Prinzipieller Vorteil sei die Zielgenauigkeit der neuen Methode, weil die Energie ganz präzise in das zu bestrahlende Areal gebracht und gleichzeitig das umgebende gesunde Weichgewebe geschont werde. Das Risiko sei, selbst kleine Abweichungen können fatale Nebenwirkungen auslösen.





Das Dresdner Herbstsymposium der Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie des Universitätsklinikums der TU Dresden vereint jährlich namhafte Referenten, zahlreiche Teilnehmer und begleitende Aussteller

Über Systemtherapien von MKG-Tumoren berichtete **PD Dr. med. Thomas Illmer**, niedergelassener Hämatologe und Onkologe in Dresden. Wie neueste US-amerikanische Studien belegen, steigen Prävalenz und Inzidenz des oralen Plattenepithelkarzinoms insbesondere bei jüngeren Patienten im Alter von 40–60 Jahren. Häufig seien die Tumoren auch HPV-assoziiert. Obwohl diese Nachricht im Anbetracht des Alters zunächst beunruhige, scheinen diese Tumoren besser auf Chemotherapie anzusprechen als HPV-negative, erläuterte Dr. Illmer. Seine praktischen Hinweise zur Behandlung von Chemotherapie-induzierter Mukositis: Lutschen von Eiswürfeln, Salbeisud oder Kristerlösung. Ausdrücklich wies er auf die Vermeidung von Chlorhexidmundspüllösung hin.

Dr. med. Alexander Nowak, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Universitätsklinikum Dresden, präsentierte Konzepte zur Geweberekonstruktion bei Tumorpatienten und deren Bedeutung für den Zahnarzt.

Im Mittelpunkt stehen neben der Ästhetik hierbei vor allem die Wiederherstellung von Funktionen, wie Schlucken, Sprechen und Kauen. Trotz aller Bemühungen können Veränderungen der normalen Anatomie nach Tumoroperationen, Strahlen- und/oder Chemotherapie bestehen bleiben und müssen nicht zuletzt bei der sozialen Rehabilitation berücksichtigt werden.

Weiter zeigte Dr. Nowak Beispiele von Sofortrekonstruktionen, wie sie gerne an gut einsehbaren Bereichen, zum Beispiel im

Unterkiefer-Mundbodenbereich vorgenommen werden und wo durch die Resektion viel Volumen verloren geht.

In seiner zentralen Rolle als Bindeglied zwischen Patient und kieferchirurgischem Spezialisten soll der Zahnarzt den Patient begleiten, angefangen bei der Früherkennung auffälliger Läsionen, bei der Betreuung nach der Tumorthherapie, z. B. im Sinne der prothetischen Versorgung und auch langfristig bei der rechtzeitigen Erkennung von Komplikationen, z. B. der gefürchteten Osteoradionekrose beim bestrahlten Patienten.

Zu Aspekten der Zahnerhaltung bei einem zu bestrahlenden Patienten sprach **Dr. med. Thomas Klink**, Poliklinik für Zahnerhaltung, Universitätsklinikum Dresden. Zunächst ging er auf die Ätiologie der Karies ein und zeigte die aggravierenden Faktoren beim bestrahlten Patienten auf. Die Xerostomie ist dabei ein folgenreicher Faktor. Essen kann nur suboptimal aus der Mundhöhle und von den Zähnen entfernt werden, der natürliche Puffer und Kalziumionenlieferant ist nicht mehr vorhanden. Das Hauptziel der Therapie ist auch hier die Vermeidung der Osteoradionekrose. Die gründliche Sanierung vor Bestrahlung soll mögliche Infektionsherde wie Karies beseitigen. Während der Bestrahlung ist auf einen erhöhten Bedarf an Fluoridierung zu reagieren – gern wöchentlich. Auch nach Bestrahlung ist eine regelmäßige Kontrolle notwendig, um einer Extraktion, verbunden mit dem Risiko der Osteoradionekrose, vorzubeugen.

PD Dr. med. dent. Barbara Noack aus der

Poliklinik für Parodontologie, Universitätsklinikum Dresden, beleuchtete das Thema „Tumorpatient in der Zahnarztpraxis“ aus parodontologischer Sicht. Auch sie teilte die Ansicht von Vorredner Dr. Klink, dass nur eine gute Mitarbeit des Patienten eine adäquate Behandlung ermöglicht. Sie erörterte die Risikofaktoren, die zu einer Parodontitisprogression führen können. An erster Stelle steht die reduzierte Mundhygiene, bedingt durch den geminderten Speichelfluss. Auch wurden etwaige Gefäßschäden in Desmodont und Gingiva, sowie Schädigungen an Osteoblasten, verbunden mit gestörter Kollagensynthese, als Faktoren der Parodontitisprogression benannt. Letztlich kann dies wiederum zur Osteoradionekrose führen und eine kieferchirurgische Behandlung erfordern. Deshalb nehmen persönliche Mundhygiene und regelmäßige PZR vor, während und nach der Bestrahlung einen zentralen Stellenwert ein.

Einblicke in die orale Rehabilitation durch Implantate gab **Prof. Dr. Dr. Lauer**, Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie, Universitätsklinikum Dresden. Er zeigte viele praktischer Beispiele der Rekonstruktion. So können im Bereich des Oberkiefers geschickt gesetzte Implantate eine unauffällige prothetische Versorgung ohne vorherigen Knochenaufbau ermöglichen. Auch im Unterkiefer ist eine Versorgung mit Implantaten bei der nach Tumoroperation und Bestrahlung veränderten Anatomie erstrebenswert, da das reduzierte Prothesenlager den Halt einer konventionellen Prothese häufig nicht zulässt. Gerade nach großen Knochentransplantationen zur Unterkieferrekonstruktion eröffnen sich durch die Verwendung kurzer Implantate interessante Möglichkeiten.

Zum Schluss präsentierte **Dr. med. Dr. med. dent. Winnie Pradel**, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Dresden, anhand von Röntgenbildern zwei Fallbeispiele, wie fulminant bei Tumorpatienten Zähne durch Karies zerstört werden und wie der Zahnverlust, aber auch rekonstruktive Maßnahmen strahlungsbedingt letztlich in der Osteoradionekrose, und damit verbunden im Verlust ganzer Kieferabschnitte, enden.

MUDr. Adrian Franke,
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie,
Universitätsklinikum Dresden



Komorbidität von Zöliakie und Zahnschmelzhypoplasie

Die Zöliakie ist eine autoimmunologisch bedingte Enteropathie, ausgelöst durch das Klebereiweiß Gluten in unseren heimischen Getreidearten Weizen, Gerste und Roggen. Histologisch besteht eine Dünndarmschädigung mit der Folge einer globalen Malabsorption und damit zu gesundheitlichen Risiken des Betroffenen. Mit der Zöliakie ist eine Reihe anderer, meist ebenfalls autoimmunologischer Erkrankungen assoziiert. Eine solche Komorbidität wird auch für Zahnschmelzhypomineralisationen diskutiert. Dieser Frage sind wir in einer Fall-Kontroll-Studie nachgegangen, wobei der Zahnstatus hinsichtlich einer Mineralisationsstörung bei 83 Kindern und Jugendlichen mit einer sicheren Zöliakie und 111 im Alter vergleichbaren Kontrollpersonen beurteilt wurde. Es fand sich signifikant häufiger eine Zahnschmelzhypomineralisation bei den Zöliakiepatienten. Bei Nachweis einer solchen Veränderung am Gebiss sollten die Kinder deshalb zu einem (Kinder-)Gastroenterologen zur weiteren Diagnostik überwiesen werden.

Veränderte Symptomatik

Die Zöliakie ist eine Erkrankung, die sich in jedem Alter manifestieren kann. In Deutschland ist mit einer Prävalenz von 0,2 bis 0,4 % zu rechnen. Es handelt sich bei der Zöliakie um eine immunologisch bedingte Enteropathie mit genetischer Disposition. Die Zöliakie wird durch das Klebereiweiß Gluten in den Getreidearten Weizen, Roggen und Gerste verursacht, für den Hafer ist dies noch unklar. Histologisch findet sich an der Dünndarmschleimhaut eine Zottenatrophie, sodass die Funktionen der Mukosa weitestgehend gestört sind. Das bedeutet einerseits eine globale Resorptionsstörung der Kalorien-träger (Fette, Eiweiße, Kohlenhydrate), Vitamine, Spurenelemente und Mineralstoffe, andererseits werden Stoffe durch die erhöhte Durchlässigkeit vermehrt in den Organismus aufgenommen und können zu unerwünschten immunologischen oder toxischen Organalterationen führen. Die Diagnose wird serologisch durch den Nachweis zöliakiespezifischer Antikörper und histologisch mittels Gastroduodenoskopie mit Dünndarmbiopsie gestellt. Die höchste Sensitivität und Spezifität haben Immunglobulin-Klasse-A-Antikörper gegen Gewebstransglutaminase und Endomysiale Antikörper. Eine nicht diagnostizierte und damit nicht behandelte Zöliakie bedeutet für den Betroffenen eine höhere Morbidität und Mortalität, so dass die rechtzeitige Diagnosestellung vorteilhaft für den Patienten ist.

Die Symptomatik der Zöliakie hat sich durch Änderung bestimmter sozioökonomischer Faktoren und Ernährungsgepflogenheiten in den letzten Dezenien deutlich geändert. Die früher beobachtete typische Symptomatik mit Gedeihstörung, chronischen Durchfällen (massige, fettglänzende, übelriechende Stühle), vorgewölbtem Abdomen, Appetitmangel, Misslaunigkeit und Folgen von Vitamin- und Mineralstoffmangel beobachtet man heute nur noch selten. Stattdessen dominieren silente (stumme oder asymptomatische), mono- oder oligosymptomatische Verlaufsformen. Diese Zöliakie-Form wird in der Regel im Rahmen einer Antikörperbestimmung bei bestimmten Symptomen, assoziierten Erkrankungen oder genetischen Konstellationen gestellt. Die Zöliakie-Symptomatik fehlt bei solchen Verläufen oder ist nur diskret vorhanden. Häufig liegt nur eine Eisenmangelanämie, ein Kleinwuchs, chronische Müdigkeit oder Leistungsinsuffizienz vor. Sowohl Zöliakie-Serologie als auch Duodenalschleimhaut sind aber charakteristisch ausgeprägt. Gelegentlich offenbaren sich erst nach Einführung einer glutenfreien Diät, die lebenslang eingehalten werden muss, vorher nicht wahrgenommene Symptome. So entwickeln etwa 10 % aller Typ-1-Diabetiker eine Zöliakie. Bei etwa 5 % der Zöliakiepatienten besteht gleichzeitig eine Autoimmun-Thyreoiditis. Eine solche Komorbidität ist u. a. für (meist autoimmunologische) Erkrankungen von Lunge, Herz, Darm, Haut, Niere und ZNS bekannt;

außerdem für einige genetisch bedingte Erkrankungen (Ullrich-Turner-Syndrom, Trisomie 21, Williams-Beuren-Syndrom). Nicht immer ist eindeutig zu klären, ob es sich tatsächlich um ein gemeinsames Vorkommen zweier Erkrankungen handelt, also eine Assoziation oder Koinzidenz besteht, oder ob Zweiterkrankungen (wie eine Zahnschmelzhypomineralisation) lediglich Folge der Enteropathie sind. Eine Komorbidität von Zöliakie und Zahnschmelzdefekten wird seit Langem diskutiert. Da meist keine Kontrollgruppe mit untersucht wurde, ist die Frage bis heute nicht eindeutig geklärt. Auch wir hatten in einer 1989 durchgeführten Studie an 55 Zöliakiepatienten und 58 Kontrollpersonen keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen gefunden (Seidler und Henker, 1989). In einer Fall-Kontroll-Studie sind wir erneut der Frage nachgegangen, ob tatsächlich eine Komorbidität von Zahnschmelzdefekten und Zöliakie besteht. Zahnschmelzdefekte können nach dem **DDE-Index** (index of developmental defects of dental enamel) der Fédération Dentaire Internationale (FDI) 1982 oder dem Index der European Academy of Paediatric Dentistry (Weerheijm et al., 2003) klassifiziert werden. Danach ist in Deutschland mit einer Häufigkeit von durchschnittlich 10 – 20 % zu rechnen, wobei es deutliche regionale Unterschiede gibt. Kühnisch (2014) fand im Rahmen der GINI-Geburtskohorten-Studie in München bei mindestens einem bleiben-



Fortbildung



Grad I

Farbdefekt mit einzelnen oder multiplen gelben oder braunen Trübungen, Verlust des Glanzes



Grad II

Leichte Strukturdefekte mit aufgerauter Oberfläche des Schmelzes, Rillen und flachen Vertiefungen



Grad III

Ausgeprägte Strukturdefekte mit Vertiefungen und horizontalen Rillen



Grad IV

Schwere Strukturdefekte mit veränderter Zahnform, starke Verfärbung

den Molar in 14,7 % bzw. in 16,3 % im Rahmen der LISA-Geburtskohorten-Studie eine Zahnschmelzhypomineralisation. Beurteilte er Molaren und Inzisivi, fand er in 9,4 % (GINI-Geburtskohorte) bzw. 8,0 % (LISA-Geburtskohorte) einen Zahnschmelzdefekt. Wenigstens eine Hypomineralisation zeigte sich bei 36,5 % (GINI-Geburtskohorte) bzw. 24,3 % (LISA-Geburtskohorte). Petrou et al. (2013) gaben für Düsseldorf 14,6 %, für Greifswald 4,3 % und für Hamburg 14 % an. Im Dresdner Raum ist mit knapp 6 % zu rechnen (Dietrich et al., 2003).

Bei Untersuchungen zur Prävalenz von Zahnschmelzdefekten bei Zöliakiepatienten hat sich in den letzten Jahren die Klassifikation von Lisa Aine (1986) etabliert (s. Abb. 1 – Grad I bis IV).

Zur Beurteilung der Zahnschmelzdefekte verwendeten wir zum besseren Vergleich die Klassifikation von Aine (1986). Die Zöliakie war bei den Betroffenen serologisch und histologisch gesichert, bei den Kontrollpersonen und den Geschwistern bestand klinisch und serologisch kein Hinweis auf das Vorliegen einer Zöliakie. Die Altersverteilung zwischen den drei Gruppen war vergleichbar und unterschied sich nicht signifikant (s. Tabelle 1).

Ergebnisse

Bei Beurteilung der Zahnschmelzveränderungen am bleibenden und Wechselgebiss (spezifische Zahnschmelzveränderungen) ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p = 0,002$) zwischen der Patienten- und der Kontrollgruppe (27,3 % / 7,6 %). Dieser ist genauso deutlich bei Beurteilung der Zahnschmelzveränderungen nur am bleibenden Gebiss ohne Beachtung der Symmetrie (unspezifisch). Dabei fanden sich bei 54,5 % der Zöliakiepatienten und in 23,8 % der Kontrollpersonen Zahn-

schmelzhypoplasien (Signifikanz $p = 0,023$). Die Prävalenz der Geschwisterkinder von Zöliakiepatienten lag bei Beurteilung der Zahnschmelzveränderungen am bleibenden und Wechselgebiss (spezifische Zahnschmelzveränderungen) mit 11,8 % etwas höher als in der Kontrollgruppe, aber nicht signifikant. Damit ist eine genetische Ursache von Zahnschmelzdefekten bei Zöliakiepatienten eher unwahrscheinlich.

Ein Grad IV nach Aine war in der Zöliakiegruppe und bei den Geschwistern nicht nachweisbar, in der Kontrollgruppe in zwei Fällen.

Diskussion

Unsere Untersuchungen zeigen, dass Zahnschmelzhypoplasien bei den Zöliakiepatienten signifikant häufiger zu finden sind als bei Nichtbetroffenen.

Der genaue Mechanismus der Ausbildung von Zahnschmelzhypoplasie bei der Zöliakie ist nicht geklärt. Zwei wichtige Ursachen werden diskutiert:

- eine Mineralisierungsstörung aufgrund einer verminderten Verfügbarkeit von Kalzium und Phosphat
- eine immunologisch vermittelte Störung der postnatalen Zahnschmelzbildung.

Die Entwicklung des Zahnschmelzes der Milchzähne ist bis zum 11. Lebensmonat und der bleibenden Zähne etwa um das 7. Lebensjahr abgeschlossen. Ein Auftreten von Zahnschmelzhypoplasien aufgrund einer Zöliakie ist daher am wahrscheinlichsten, wenn die Erkrankung vor dem 8. Lebensjahr auftritt.

In unserem Klientel wurde keine signifikante Korrelation zwischen dem Alter bei Diagnosestellung und der Häufigkeit und Schwere der Zahnschmelzhypoplasien gefunden.

		weibliche	männliche
Zöliakiepatienten	(n = 83)	54	29
Kontrollgruppe	(n = 111)	55	56
Geschwister von Zöliakiepatienten	(n = 21)	12	9
Gesamtzahl	(n = 215)	121	94

Tabelle 1 – Untersuchte Probanden



In Abbildung 2 sind die Ergebnisse neuerer Studien zur Prävalenz von Zahnschmelzhypoplasien bei Zöliakiepatienten dargestellt. Bis auf die Studie von Aine (1986) wurden in den anderen Untersuchungen die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe verglichen. Dabei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Studien von Lähteenoja (1998) und Bucci (2006).

Ein reales Ergebnis in unserer Studie ist ein signifikant häufigeres Vorkommen von Zahnschmelzdefekten bei Zöliakiepatienten (27,3 %) bei Beurteilung des bleibenden Gebisses und des Wechselgebisses (spezifisch) im Vergleich zur Kontrollgruppe (7,6 %).

Kritikpunkte unserer Studie sind, dass es sich nicht um eine prospektive, sondern um eine Querschnittstudie handelt und dass die Klassifikation der Zahnschmelzdefekte nach L. Aine (1986) erfolgte. Dabei könnte es sich beim Grad I durchaus auch um eine milde Dentalfluorose und nicht um eine Zahnschmelzhypoplasie handeln. Dennoch sind wir der Überzeugung, dass eine Komorbidität von Zahnschmelzhypoplasie und der Zöliakie besteht.

Unsere Empfehlung und Bitte an die Zahnärzte ist deshalb, bei der Behandlung eines Patienten mit Zahnschmelzhypoplasie diesen auf das mögliche gleichzeitige Vorliegen einer Zöliakie hinzuweisen und einem (Kinder-)Gastroenterologen zuzuweisen.

Autor, Jahr	Zöliakiepatienten (n)	Prävalenz der DED (%)	Untersuchte Dentition
Aine, 1986	86	96	P
Aine et al., 1990	40	83	P
Aine et al., 1992	30	58,3	P
Aguirre et al., 1997	137	52,5	M; P
Rasmussen et al., 2001	40	50	M; P
Martelossi et al., 1996	603	32,4	M; P
Procaccini. et al., 2007	50	26	P
Lähteenoja et al., 1998	128	10,1	D; M; P
Petrecca et al., 1994	29	76	M; P
Bucci et al., 2006	70	20	D; M; P
	17	5,88	D
	53	24	M, P
Eigene Studie	83	27,3/54,5	D+M+P/nur P

Abb. 2 – Prävalenz (%) von Zahnschmelzdefekten bei Kindern mit Zöliakie in verschiedenen Studien, unter Verwendung des Index nach L. Aine (Pastore et al., 2008)
D Erste Dentition; M Erste und zweite Dentition; P Zweite Dentition

Prof. Dr. Jobst Henker,
 Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt
 Friedrichstraße 38/40, 01067 Dresden
 Jobst.Henker@uniklinikum-dresden.de

Dr. Guido Nitzsche
 Radebeuler Straße 9, 01640 Coswig

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



Wir danken den Kolleginnen Sibylle Koletzko (München) und Giesela Laske (Berlin) sowie Kollegen Thomas Richter (Leipzig) für die Möglichkeit der zahnärztlichen Untersuchung ihrer Zöliakiepatienten.

Anzeige

Ihr „Widerrufsjoker“ bei Lebens- und Rentenversicherungen

Ob nun gekündigt oder regulär abgelaufen, Verträge, die in der Zeit von 1995 bis 2007 abgeschlossen und erst ab 2003 beendet wurden, können bei fehlerhaften Widerspruchs- und Rücktrittsbelehrungen heute noch durch Versicherungsnehmer rückabgewickelt werden. Der Europäische Gerichtshof und der Bundesgerichtshof haben hierfür in 2014 und 2015 Meilensteine zum Schutze der Versicherungsnehmer gesetzt. Steuervorteile müssen nicht zurückgezahlt werden.

Zum Beispiel kann bei gescheiterter Praxisfinanzierung aus 1996 die Nachzahlung aus 2011 an die Bank dadurch kompensiert werden, dass wegen Fehlern in der Widerspruchsbelehrung heute noch dem Lebensversicherungsvertrag widersprochen wird. Eingezahlte Prämien müssen mit 7 % verzinst werden. Nach

Abzug der Versicherungsleistung ergibt sich ein Nachschlag von bis zu weiteren 25 %, der beim Versicherer durchzusetzen ist.

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

Jens Reime | Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht

Innere Lauenstraße 2 | Eingang Heringstraße | 02625 Bautzen
 Telefon 03591 2996133 | Telefax 03591 2996144
www.rechtsanwalt-reime.de | info@rechtsanwalt-reime.de