

ZahnMedizin 2012

Prothetische Behandlungskonzepte

- 11.** Thüringer Zahnärztetag
10. Thüringer Helferinnentag
10. Thüringer Zahntechnikertag
3. Thüringer Studententag

30.11. und 1. 12. 2012 | Messe Erfurt

20 Jahre Lobby für gesunde Kinderzähne

Lesen Sie S. 11



tzb

Anzeige

*Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,*

kaum hat das Jahr begonnen, neigt es sich auch schon wieder mit rasanter Geschwindigkeit dem Ende zu. Ein Jahr voller Neuerungen und Veränderungen in unseren Praxen, manches davon für Sie offensichtlich, andere Umstellungen laufen mehr im Hintergrund ab oder werden erst im nächsten Jahr wirksam. Am meisten hat die Arbeit in den Praxen in diesem Jahr sicher die Einführung der papierlosen Abrechnung verändert. Von den meisten Kollegen wird jede dieser gravierenden Umstellungen des gewohnten Ablaufes in der Praxis natürlich am Anfang mit einem gewissen Unbehagen und so einem Gefühl latenter Abneigung umgesetzt. Mir persönlich geht es da nicht anders. Aller Anfang ist schwer. Ist die Sache aber erst einmal rundherum am Laufen, dann fragt man sich, warum es nicht schon immer so schnell und einfach ging. Sie alle, als Thüringer Kollegen, haben gezeigt, wenn die Vorbereitung richtig ist, werden auch große strukturelle Veränderungen beherrschbar. In den meisten KZVen ist diese Umstellung nicht so reibungslos verlaufen, wie bei uns. Die Krankenkassen haben uns nicht eine einzige Quartals- oder Monatsabrechnung zurückgeschickt, weil sie fehlerhaft war. Das können wirklich nur die wenigsten KZVen von sich behaupten. Das ist ein Erfolg, auf den wir zurecht gemeinsam stolz sein können. So haben wir über längere Zeit schon

eine ganze Reihe von Vorarbeiten erledigt, die in anderen KZVen jetzt in rasendem Tempo nachgeholt werden müssen. Wir werden die Kollegen immer dort, wo Sie in der Praxis die Auflagen erfüllen müssen, die uns der Gesetzgeber in seiner, freilich oft nicht nachzuvollziehenden „Weisheit“, erteilt hat, unterstützen. Für uns ist es normal, dass die papierlose Abrechnung online die KZV erreicht und das mittels der Signaturkarte auf einem Wege, der den allerhöchsten Datenschutzanforderungen gerecht wird. Diese jetzige Signaturkarte soll in Thüringen nach Ablauf des Zertifikates der elektronische Heilberufeausweis werden. Viele unserer Patienten kommen schon mit elektronischer Gesundheitskarte in die Praxen und schneller als wir es erwartet haben, soll auch der elektronische Stammdatenabgleich der Versichertendaten mit denen auf dem Server der Trustzentren der Krankenkassen hinterlegten Daten eingeführt werden. In den Testregionen wird im nächsten Jahr damit begonnen, die neuen Prozesse in der Praxis anzuwenden. Auch in Sachsen gibt es eine Testregion. Das bedeutet in letzter Konsequenz, in jeder Vertragszahnarztpraxis wird ein weiteres Lesegerät benötigt, das über eine ausreichend schnelle Internetverbindung mit dem Kassenserver verbunden sein muss und das zusätzlich mit einer SMCB-Karte (eine etwas abgespeckte Signaturkarte für den



Praxisbetrieb) erst freigeschaltet werden kann. Ich denke, auch diese Aufgabe wird durch unsere Mitglieder, natürlich wieder nicht ohne aktive Unterstützung durch die KZV, in der gewohnten Art und Weise, geräuschlos bewältigt werden. Wie durch uns immer hingewiesen, das elektronische Zeitalter hat in den Praxen nicht nur begonnen – wir sind mittlerweile mittendrin.

*Ihr Dr. Karl-Friedrich Rommel
Vorsitzender der KZV Thüringen*

Editorial 3



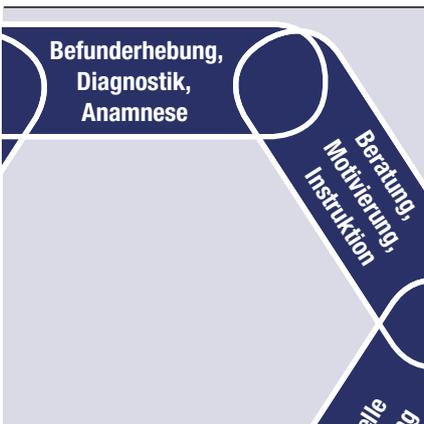
KZVTh

„Wenn die Kirche ins Dorf geht“ 5
 Statistische Betrachtungen 6
 Verschiedene Formen der Berufsausübung 7
 Ein Jubiläum und eine Erfolgsgeschichte 9



LZKTh

Was? Wann? Wo? 10
 20 Jahre Lobby für gesunde Kinderzähne 11
 Prüfungstermine für ZFA-Azubis 12
 Dr. Lothar Bergholz zum 70. Geburtstag 13



Praxisratgeber

Von der Delegation bis zur Liquidation 14
 Die Arbeit mit der neuen Gebührenordnung 16

Weitere Rubriken

Spektrum 17
 Glückwünsche/Kleinanzeigen 18
 Fortbildung 19

Thüringer Zahnärzte Blatt

22. Jahrgang

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:
 Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Dr. Andreas Wagner (v.i.S.d.P. für Beiträge der LZKTh)
 Dr. Karl-Friedrich Rommel (v.i.S.d.P. für Beiträge der KZVTh)

Redaktion:
 Dr. Andreas Wagner (LZKTh)
 Dr. Karl-Heinz Müller (KZVTh)
 Katrin Zeiß (LZKTh)

Anschrift der Redaktion:
 Landes Zahnärztekammer Thüringen, Juliane Burkantat, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt
 Tel: 0361/74 32-136
 Fax: 0361/74 32-150
 E-Mail: ptz@lzkth.de
 webmaster@kzv-thueringen.de
 Internet: www.lzkth.de

Leserpost:
 leserbriefe@lzkth.de
 Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe zu kürzen. Als Leserbriefe gekennzeichnete Beiträge und wörtliche Zitate müssen nicht die Meinung der Herausgeber darstellen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Unterlagen und Fotos wird keine Gewähr übernommen.

Anzeigenannahme und -verwaltung:
 Werbeagentur Kleine Arche GmbH, Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt
 Tel: 03 61/74674-80, Fax: -85
 E-Mail: info@kleinearche.de
 Internet: www.kleinearche.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 11 seit 01.01.2012.

Anzeigenleitung:
 Birgit Schweigel
 Anzeigen und Beilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Einlagenwerbung erfolgt im Verantwortungsbereich der LZKTh.

Gesamtherstellung/Satz/Layout:
 WA Kleine Arche GmbH
Druck und Buchbinderei:
 Druckhaus Gera GmbH

Titelbild:
 proDente
 Einzelheftpreis: 4,90 €
 Jahresabonnement: 53,91 €
 jeweils inkl. Versand und ges. MwSt.

November-Ausgabe 2012:
 Redaktions- und Anzeigenbuchungsschluss: 10.10.2012
Auflage dieser Ausgabe: 2700
ISSN: 0939-5687

„Wenn die Kirche ins Dorf geht“

Die Umsetzung des A & B-Konzeptes aus vertragszahnärztlicher Sicht

Dr. med. Uwe Tesch

Unter dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ liegt seit einiger Zeit ein gemeinsames Konzept zur Alters- und Behinderten-zahnheilkunde (A & B-Konzept) von KZBV, BZÄK, Deutscher Gesellschaft für Alterszahnmedizin und des Berufsverbandes der Deutschen Oralchirurgen vor, das auf Grundlage wissenschaftlicher Erhebungen und praktischer Erfahrungen Vorschläge für die zahnärztliche Betreuung dieses Bevölkerungskreises unterbreitet. Erfolgte deren Betreuung anfänglich eher spontan bzw. durch den Enthusiasmus einiger Weniger, so haben sich in den letzten Jahren zunehmend regionale Strukturen in unterschiedlicher Form herausgebildet. Auch bei uns in Thüringen existiert inzwischen das durch die LZÄK initiierte „Patenschaftskonzept zur zahnärztlichen Betreuung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen“ sowie durch Zusammenarbeit mit einem Dentaldepot die Möglichkeit der Ausleihe einer transportablen Behandlungseinheit.

Problematisch aus vertragszahnärztlicher Sicht ist, dass Untersuchungs- und Behandlungsleistungen für diesen Patientenkreis mit einem unvergleichbar höheren Aufwand verbunden sind, der bisher in der gesetzlichen Krankenversicherung in keiner Weise mit einer angemessenen Honorierung verbunden ist und komplett den Budgetzwängen unterliegt.

Durch eine seit Jahren hartnäckige und auf vielen politischen Ebenen geführte Sachdiskussion der Zahnärzteschaft sowie die sich verschärfende demographische Situation musste inzwischen auch der Gesetzgeber erkennen, dass ein „weiter so“ auf diesem Gebiet nicht möglich ist.

Der Vorschlag für einen zusätzlichen und bedarfsgerechten „Präventiven Leistungskatalog“ liegt mit dem o. g. Konzept vor. Die ordnungspolitische Umsetzung (Änderung des SGB V, Änderung der BEMA-Z und der Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) ist nun der nächste Schritt.

Äußerst erfreulich ist, dass noch vor diesen konkreten Veränderungen inzwischen mehr als 300 Thüringer Vertragszahnärzte bereit sind, am Projekt der AOK Plus und der KZV Thüringen „Zahn-gesundheit PLUS – auch im Alter“ mitzuarbeiten. Dies ist ein weiterer Schritt in die „richtige“

Richtung. In den nächsten Wochen werden wir darum bemüht sein, noch vorhandene „weiße“ Flecken auf der Thüringer Landkarte zu beseitigen. Deshalb sind alle unsere Kollegen gefordert, zu überlegen, wie sie sich in diesem Zusammenhang beteiligen können.

Was ist nun generell bei der „außer Haus“ Betreuung gesetzlich versicherter Patienten zu beachten? Welche Möglichkeiten gibt es bisher?

„Guter Wille“ versus fachlich korrektes Arbeiten

- Jede/r Zahnarzt/ärztin muss eigenverantwortlich abwägen, was außerhalb der eigenen Praxisräumlichkeiten machbar ist und was nicht. Erschwerende Umstände verhindern im Einzelfall nicht den Vorwurf eines Behandlungsfehlers (z. B. misslungene Zahnextraktion am Pflegebett ohne hinreichende Ausleuchtung, adäquate Röntgenbildkontrolle u. ä.) oder einer unzureichenden Qualität (Wirtschaftlichkeit).
- Liegt die Einwilligung zur Behandlung vor (rechtswirksamer Behandlungsvertrag)? Dies ist insbesondere bei kooperationsunfähigen Patienten bzw. Menschen mit gesetzlichem Vertreter bedeutsam. Informationen diesbezüglich sind vom Grundsatz sowie natürlich auch für den Umfang einer Behandlung bedeutsam und vorab erforderlich.
- Unterliegen wir in unseren Praxisräumlichkeiten sehr hohen berufstypischen hygienischen Standards, so sind diese im häuslichen Umfeld, aber auch in pflegerischen Gemeinschaftseinrichtungen in dieser Form nicht vorhanden. Zusätzliche Maßnahmen zum Patientenschutz, aber auch Eigenschutz sind deshalb unabdingbar.
- Von wenigen Ausnahmen abgesehen (zahnärztliche Behandlungseinheit ist vor Ort vorhanden), finden die meisten Außer-Haus-Betreuungen unter unzureichenden, meist völlig fehlenden ergonomischen Bedingungen statt. Hinsichtlich des Behandlungsausgangs gilt das oben Gesagte. Der Schutz unserer und der Gesundheit unserer Mitarbeiter sollte dennoch nicht außer Acht gelassen werden.

Was ist bei der Abrechnung erbrachter Leistungen zu beachten?

1. Versicherungsnachweis

Zweckmäßigerweise erfolgt das Einlesen der KVK/EGK über ein mobiles Kartenlesegerät. Das Einlesen der Versichertenkarte in der eigenen Praxis (Kartentransport zwischen Patient und Praxis durch Zahnarzt) sollte dem Ausnahmefall vorbehalten bleiben.

2. Gebühren

Außer-Haus-Besuche werden mit der Abrechnungs-Nr. 7500 (GOÄ Nr. 50) abgegolten, die die Untersuchung, Beratung sowie den sonstigen Mehraufwand abdecken soll. Eine Parallelabrechnung der BEMA-Nr. 01 bzw. der Ä1 ist ausgeschlossen. Werden z. B. in einer Pflegeeinrichtung zum gleichen Zeitraum mehrere Bewohner aufgesucht, ist für jeden weiteren Patienten die Abrechnungs-Nr. 7480 (GOÄ Nr. 48) zu berechnen. Eine Begrenzung bei mehrfachem Besuch innerhalb eines Abrechnungszeitraumes ist nicht gegeben.

Eine zusätzliche Berechnung der BEMA-Nr. 03 für Leistungen außerhalb der Sprechzeit ist ausgeschlossen. Diese ist an die Leistungserbringung innerhalb der eigenen Praxisräume gebunden.

Wegegeld wird nach dem Radius (einfache Entfernung Praxis – Patient) bemessen und bis 25 km nach § 8 GOÄ berechnet (Abrechnungs-Nr. 7810 ... 7841). Eine Unterscheidung zwischen Tag und Nacht (20 bis 8 Uhr) ist vorzunehmen. Die Anwendung der Gebühr erfolgt unabhängig vom gewählten Transportmittel (zu Fuß, Rad, PKW, öffentliche Verkehrsmittel) und ist beim zeitgleichen Besuch mehrerer Patienten jeweils anteilig anzusetzen. Sollte die Entfernung größer 25 km sein, greift die Reiseentschädigung nach § 9 GOÄ (Abrechnungs-Nr. 7928), sollte jedoch auch in diesem Zusammenhang das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht außer Acht gelassen werden.

3. Dokumentation

Neben den durch die Abrechnungsbestimmungen vorgeschriebenen Aufzeichnungspflichten sollten zusätzlich im stationär-pflegerischen Bereich Dokumentationen über vorgefundene Befunde, Diagnosen und ausgeführte Maßnahmen in der

Pflegeakte vorgenommen werden. Dazu gehört auch die Zeit, in der man sich beim besuchten Patienten aufgehalten hat.

4. Fahrdienst, Krankentransport, Einweisung zur stationären Behandlung

In nicht wenigen Fällen ist eine sachgerechte zahnärztliche Behandlung nur unter Praxisbedingungen möglich. Der Transport des Patienten zu Lasten der GKV kann nicht ohne Weiteres durch den Zahnarzt veranlasst werden und beschränkt sich auf absolute Ausnahmen („... im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen ...“); eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist erforderlich (vgl. Anlage 6, RS 11/2004 „Verordnung von Krankentransport durch Vertragszahnärzte“). Auf Grundsätze der Dokumentation wurde bereits verwiesen. Dies ist zweifellos und insgesamt für uns Zahnärzte ein zusätzlich erschwerender Umstand. Deshalb ist hierfür in den meisten Fällen die Unterstützung

durch die Angehörigen, Pflegeberechtigten bzw. den in vielen Pflegeeinrichtungen vorhandenen sozialen Dienst erforderlich.

Ein barrierefreier Zugang in der Zahnarztpraxis selbst ist natürlich dafür äußerst hilfreich.

Unmittelbare Einweisungen zur stationären Behandlung sind durch den Allgemeinzahnarzt nur zur Abwendung akuter, lebensbedrohlicher Situationen möglich.

Eine direkte Einweisung zur Zahnbehandlung unter stationären Bedingungen (beispielsweise unter ITN) kann nur durch doppelapprobierte Zahnärzte (MKG-Chirurgen) oder über den betreuenden Hausarzt in Absprache mit der jeweiligen Einrichtung erfolgen (RS 12/2001).

Statistische Betrachtungen

Das Gutachterwesen im Bereich der KZV Thüringen

Dr. Volker Oehler

Die gesetzlichen Bestimmungen erfordern für die vertragszahnärztliche Behandlung von genehmigungspflichtigen Leistungen und für eventuelle Beurteilung von vermeintlichen Mängeln die Arbeit von Gutachtern. Dies betrifft Behandlungsfälle der Prothetik, der Kieferorthopädie, der PAR-Behandlung, sowie implantologische Fälle.

Für den Bereich Zahnersatz waren in Thüringen 40 von der Vertreterversammlung berufene Gutachter tätig, die 5465 Gutachten erstellten. Von diesen Gutachten wurden 3546 befürwortet, davon 152 Mängelgutachten ohne Fehler. Nicht befürwortet wurden 1352 Gutachten, davon 167 Mängelgutachten. Darüber hinaus wurden 567 Gutachten mit Änderungen befürwortet. Besonders bei Planungsgutachten ist es erforderlich, alle therapielevanten Befunde korrekt zu ermitteln und eine ausreichende Vorbehandlung (chirurgisch/konservierend), und besonders aus parodontologischer Sicht durchzuführen. Damit können Rückerstattungsforderungen der Gutachtergebühren durch die Krankenkassen vermieden werden.

Im Jahre 2011 wurden 21 Verfahren im Primärkassenbereich im Prothetikeinigungsausschuss

abgeschlossen. Im Ersatzkassenbereich wurden 7 Obergutachten erstellt, von denen 3 Mängel bestätigten.

Für den Bereich Kieferorthopädie waren 6 Gutachter tätig, die 1642 Gutachten erstellten. Von den insgesamt 1642 Gutachten wurden 1125 befürwortet, nicht befürwortet wurden 154 Gutachten, weitere 363 Planungen wurden mit Änderungen befürwortet. Nach wie vor kommt es zu einer relativ hohen Zahl von kieferorthopädischen Gutachterverfahren. Die geringe Zahl von nicht befürworteten Anträgen resultiert im Wesentlichen aus der Problematik der nicht immer eindeutigen Bestimmungen zur vertragszahnärztlichen kieferorthopädischen Therapie. Auch hier gilt die Forderung nach einer akribischen Befundermittlung und adäquater Therapieplanung.

Für den Bereich Parodontologie waren 19 Gutachter tätig, die 400 Gutachten erstellten. Von den 400 Gutachterverfahren wurden 175 befürwortet, weitere 122 wurden mit Änderungen befürwortet, fast jedes 4. Gutachten. Immerhin wurden 103 Gutachten nicht befürwortet. Relativ häufig resultiert die Ablehnung von PAR-Behandlungsplänen aus der nicht ausreichenden Vorbehandlung. Die Qualität der Vorbehandlungsmaßnahmen muss richtlinienkonform erfolgen, insbesondere was die konservierend-chirurgische

Schlussbetrachtung

Unsere Profession sind Zahn und Mund. Von uns erkannte Probleme und Defizite in diesem Bereich werden im besprochenen Zusammenhang von den Betroffenen, aber auch von deren Angehörigen und von beteiligten Dritten (Pflegepersonal u. a.) oftmals in dieser Form nicht wahrgenommen oder nur teilweise erkannt. Nicht selten stellen diese für sie neben den vielen, täglich teilweise nur schwer zu bewältigenden Problemen in der Pflege (nur) einen „nachgeordneten“ Sachverhalt dar. Deshalb erscheint es wichtig, dass grundsätzlich mit Einfühlungsvermögen und Augenmaß auf die Beteiligten zugegangen wird. Schuldzuweisungen bei erkannten Schwierigkeiten sind nicht hilfreich und häufig kontraproduktiv.

Nur durch die Zusammenarbeit aller an der Pflege des Betroffenen Beteiligten können auch im Zahn-Mund-Bereich Verbesserungen erreicht werden.

(Extraktionen nicht richtlinienkonform behandelbarer Zähne) Behandlung betrifft.

Für den Bereich Implantologie waren 2 Gutachter tätig, die 66 Gutachten erstellten. Von den insgesamt 66 Verfahren wurden 39 befürwortet, weiter 9 wurden mit Änderungen befürwortet. 18 Behandlungspläne wurden nicht befürwortet. Da es sich im Regelfall um die Prüfung von Ausnahmeindikationen handelt, bedürfen diese Zahlen keines weiteren Kommentars.

Zusammenfassung

Nach wie vor wird die vertragszahnärztliche Behandlung von einer hohen Zahl von Gutachterverfahren begleitet. Die statistischen Ergebnisse im KZV – Bereich Thüringen entsprechen im Wesentlichen den Zahlen im bundesweiten Vergleich. Die (unsere) berufenen Gutachter leisten eine verantwortungsvolle und manchmal recht schwierige Arbeit. Gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle eines Jahres bezeugen die niedrigen Zahlen der Mängelgutachten von verantwortungsvoller Behandlungstätigkeit der Thüringer Vertragszahnärzte. Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass besonders die Qualität der Zahnersatzplanung verbesserungsbedürftig ist.

Verschiedene Formen der Berufsausübung

Die Einzelpraxis ist nach wie vor die am meisten gewählte Form

Ass. jur. Andrea Wagner

Die zahnärztliche Einzelpraxis ist in Thüringen nach wie vor die am meisten gewählte Form zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Sicherlich wird dies im Laufe der nächsten Jahre auch weiterhin so bleiben. Allerdings haben der Wegfall der Zulassungssperren und die vielfältigen Möglichkeiten der Praxisführung, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 gebracht hat, dazu geführt, dass auch in Thüringen neben der altbewährten Einzelzahnarztpraxis verschiedene Formen der Berufsausübung gelebt werden. Im Folgenden sollen die verschiedenen Formen der Berufsausübung kurz dargestellt werden.

1. Zusammenarbeit mehrerer Zahnärzte

Für die Zusammenarbeit mehrerer Zahnärzte bieten sich verschiedene Möglichkeiten an:

1.1 Praxisgemeinschaft

Die Praxisgemeinschaft ist der Zusammenschluss zweier oder mehrerer Zahnärzte, die gemeinsam Praxisräume und/oder Praxiseinrichtungen nutzen und/oder gemeinsam Personal in Anspruch nehmen. Es können dabei nicht nur einzelne Zahnärzte, sondern auch Berufsausübungsgemeinschaften der Praxisgemeinschaft angehören. Mitglieder einer Praxisgemeinschaft sind unabhängig tätige Zahnärzte. Sie rechnen die erbrachten Leistungen getrennt ab. Dies bedeutet, dass jedes Mitglied der Praxisgemeinschaft eine eigene KZV-Nummer hat. Bei der Praxisgemeinschaft ist insbesondere zu beachten, dass bei der Außenwirkung die Unabhängigkeit der einzelnen Zahnärzte erkennbar sein muss. Es darf nach außen hin nicht der Eindruck einer einheitlichen Praxis entstehen. Insbesondere ist die zahnärztliche Schweigepflicht zu beachten (Trennung Patientenkartei, Computerdaten u. a. m.). Die Praxisgemeinschaft ist nicht genehmigungspflichtig, die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist lediglich darüber zu unterrichten.

1.2 Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)

Zahnärzte, die sich in einer Berufsausübungsgemeinschaft organisieren, üben ihre vertrags-

zahnärztliche Tätigkeit gemeinsam aus. Sie rechnen gemeinsam unter einer KZV-Nr. gegenüber der KZV ab. Voraussetzung dafür ist, dass alle Zahnärzte eine eigene Zulassung besitzen und dass die gemeinsame Berufsausübung zuvor durch den Zulassungsausschuss für Zahnärzte genehmigt ist. Berufsausübungsgemeinschaften können in verschiedenen Formen gegründet werden. Bei der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft schließen sich zwei oder mehrere Zahnärzte zur gemeinsamen Berufsausübung an einem Praxisstandort zusammen. Bei der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft schließen sich zwei oder mehrere Zahnärzte zusammen, die ihre Zahnarztpraxen an verschiedenen Orten haben und diese verschiedenen Praxisstandorte auch behalten.

Ferner sei noch die überbereichliche Berufsausübungsgemeinschaft erwähnt. Hier schließen sich Zahnärzte zu einer gemeinsamen Berufsausübung zusammen, die ihre Zahnarztpraxen in unterschiedlichen KZV-Bereichen haben. Die Vertragspartner müssen eine Wahl-KZV benennen, die maßgeblich ist für die Genehmigung sowie für die anzuwendenden Regelungen der Vergütung, Abrechnung und durchzuführenden Prüfungen.

Schlussendlich besteht auch die Möglichkeit der Gründung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft. Damit wird der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Zahnärzten nur für einen Teil der zahnärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Auch wenn die Berufsausübung nur bezogen auf einzelne Leistungen gemeinsam ausgeübt werden soll, ist die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses notwendig.

1.3 Anstellung von Zahnärzten

Zahnärzte, die zusammen arbeiten möchten, können dies auch in Form eines Anstellungsverhältnisses tun. Vertragszahnärzte können mit Genehmigung des Zulassungsausschusses zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. vier halbezeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen. Sofern der Vertragszahnarzt eine Teilzulassung inne hat, kann er entweder einen vollzeitbeschäftigten Zahnarzt, zwei halbezeitbeschäftigte Zahnärzte oder vier Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer anstellen.

1.4 Beschäftigung von Assistenten

Das Vertragszahnarztrecht kennt drei Möglichkeiten für die Beschäftigung von Assistenten. Vertragszahnärzte können Vorbereitungsassistenten, Entlastungsassistenten oder Weiterbildungsassistenten beschäftigen. In allen Fällen ist immer eine vorherige Zustimmung der KZV notwendig.

Vorbereitungsassistenten sind Assistenten, die gemäß § 3 Abs. 3 Zulassungsverordnung Zahnärzte ihre berufspraktische Tätigkeit ableisten.

Entlastungsassistenten sind Assistenten, die aus Gründen der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung in der Praxis des Vertragszahnarztes tätig sind. Gründe der Sicherstellung sind gegeben, wenn die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Zahnärzte nicht ausreichend erfolgen kann oder der Praxisinhaber in der Ausübung seiner Praxis durch Krankheit, Schwangerschaft u. a. behindert ist. Ferner kann eine Zustimmung für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten erteilt werden, wenn durch Vorlage eines Vertrages angekündigt wird, dass innerhalb von 12 Monaten die Praxisübernahme geplant ist. Im Gegensatz zur Vertretung setzt die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten voraus, dass der Praxisinhaber selbst, wenn auch nur eingeschränkt, in der Praxis tätig ist.

Weiterbildungsassistenten sind Assistenten, die nach Erteilung der zahnärztlichen deutschen Approbation nach den Bestimmungen des Zahnheilkundegesetzes und der Weiterbildungsordnung den Erwerb einer Gebietsbezeichnung anstreben.

2. Verschiedene Praxisstandorte

Die vertragszahnärztliche Tätigkeit erfolgt grundsätzlich am Ort der Niederlassung, d. h. an dem Praxisstandort, für den der Zahnarzt zugelassen ist. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, an weiteren Orten neben dem Hauptpraxisort tätig zu werden.

2.1 Zweigpraxis

Vertragszahnärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit

- a) dies die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und
- b) die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden.

Die Aufnahme weiterer Tätigkeiten in einer Zweigpraxis bedarf der vorherigen Zustimmung durch die KZV.

2.2 Ausgelagerte Praxisräume

Sogenannte ausgelagerte Praxisräume sind gegeben, wenn spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz erbracht werden. Diesbezüglich hat der Vertragszahnarzt den Ort und den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen, eine Genehmigungspflicht besteht nicht. Da ausgelagerte Praxisräume sich dadurch auszeichnen, dass dort spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen angeboten werden, ist es nicht möglich, an diesem Ort das gesamte am Vertragszahnarztsitz angebotene Spektrum ebenfalls anzubieten. Dann wäre eine genehmigungspflichtige Zweigpraxis gegeben. Im Unterschied zur Zweigpraxis darf in einem ausgelagerten Praxisraum keine Sprechstunde abgehalten werden. Dies bedeutet, dass der Erstkontakt mit einem dort behandelten Patienten am Vertragszahnarztsitz oder in der Zweigpraxis stattfinden muss. Was unter „räumlicher Nähe“ zu verstehen ist, ist gerichtlich noch nicht geklärt. Man wird jedoch davon ausgehen können, dass sicherlich keine räumliche Nähe mehr besteht, wenn eine rasche Erreichbarkeit bspw. in Notfällen nicht mehr gegeben ist. Von einer unverzüglichen Anzeige ist auszugehen, wenn der Zahnarzt spätestens ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit die KZV darüber unterrichtet.

2.3 Überörtliche und überbereichliche Berufsausübungsgemeinschaften

Die oben bereits dargestellten überbereichlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften bilden für die Zahnärzte auch die Möglichkeit, an anderen Orten, nämlich am Vertragszahnarztsitz des Berufsausübungsmitgliedes tätig zu werden.

3. Eingeschränkte Tätigkeitsausübung

Bei der sogenannten Teilzulassung ist der Zahnarzt berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Dies hat regelmäßig zur Folge, dass der Vertragszahnarzt nur noch bis zu einer Wochenarbeitszeit von 20 Std. in seiner Zahnarztpraxis tätig sein wird.

4. Sonstige Formen der Berufsausübung

4.1 MVZ

Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte (Zahnärzte), die an das Arzt- bzw. Zahnarztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragszahnärzte tätig sind. Die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums als auch die Anstellung von Zahnärzten in diesem, sind vorab durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen. Die Einbindung von Zahnärzten in einem MVZ ist umstritten und wird momentan gerichtlich geklärt.

4.2 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V

Die ehemaligen Gesundheitseinrichtungen im Beitrittsgebiet (Polikliniken, Ambulanzen, Arztpraxen) nehmen in dem Umfang, in dem sie am 31.12.2003 zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, weiterhin an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. In Thüringen betrifft das nur noch drei Träger. In diesen Einrichtungen können Zahnärzte in beschränktem Umfang, nach Genehmigung des Zulassungsausschusses, angestellt werden.

Sitzungen des Zulassungsausschusses 2013

Die gemäß § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte erforderlichen Unterlagen sind entsprechend der unten angegebenen Termine in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 99085 Erfurt, Theo-Neubauerstraße 14 einzureichen.

1. Sitzung

Mittwoch, 06.03.2013

Antragsfrist zur Einreichung der Zulassungsunterlagen für diese Sitzung ist der 13.02.2013.

2. Sitzung:

Mittwoch, 05.06.2013

Antragsfrist zur Einreichung der Zulassungsunterlagen für diese Sitzung ist der 15.05.2013.

3. Sitzung:

Mittwoch, 04.09.2013

Antragsfrist zur Einreichung der Zulassungsunterlagen für diese Sitzung ist der 14.08.2013.

Die Sitzungen finden jeweils 14.00 Uhr in der KZV Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt statt.

Unter Bezugnahme auf § 37 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der jetzt gültigen Fassung werden Sie im Auftrag des Vorsitzenden zur mündlichen Verhandlung geladen, mit dem Hinweis, dass auch im Falle Ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann.

*Zulassungsausschuss
für Zahnärzte
für den Freistaat Thüringen*

Ein Jubiläum und eine Erfolgsgeschichte

Vertragszahnärztfortbildung zum 10. Mal in Arnstadt

Dr. Karl-Heinz Müller

Weit über tausend Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren an den beiden Tagen nach Arnstadt gekommen. Längst kein Geheimtipp mehr, sondern breite Zustimmung zu den praxisrelevanten Themen, die „von Kollegen für die Kollegen“ hier abgehandelt werden. Der Vorsitzende der KZV Thüringen, Dr. K.-F. Rommel begrüßte die Kolleginnen und Kollegen auf das Herzlichste. In seiner Eröffnungsrede nahm er noch einmal Bezug auf die vergangenen Vertragszahnärzttage. „Als wir uns hier in Arnstadt das erste Mal trafen, gab es noch keine Pflichtfortbildung nach § 95 (d) SGB V. Wir betraten für Thüringen absolutes Neuland und wussten nicht, ob es einen 2. Vertragszahnärztetag überhaupt geben würde“. Es war mittlerweile der 10. Vertragszahnärztetag und dass an zwei Tagen über 1.300 Teilnehmer gezählt wurden, stellte selbst der KZV-Vorsitzende von Hessen, Stefan Allroggen, bewundernd fest, obwohl ja die Idee des Vertragszahnärztetages von den Hessischen Kollegen übernommen ist. Stefan Allroggen, als ein Mitinitiator und Begleiter der Festzuschüsse referierte dann auch Freitag und Samstag im voll besetzten Saal vom Thema: „ZE – Festzuschüsse und neue GOZ“. Aber auch alle anderen Vorträge, gehalten von den „üblichen Verdächtigen“ – wie es Dr. K.-F. Rommel ausdrückte – waren von ho-



Höchst konzentrierte Zuhörer

Foto: KZV Thüringen

her Aktualität und wissenschaftlich gepackt. Dass hier wieder unsere eigenen Kollegen keine Mühe und Aufwand gescheut haben, tun sie im Bewusstsein, eine preiswerte und praxisnahe Vertragszahnärztfortbildung zu garantieren. Dr. K.-D. Panzner und Dr. U. Tesch, der den Fortbildungsteil eröffnete, referierten in einer spannenden Kooperation „Füllungstherapie – vertraglich und außervertraglich“. Dr. V. Oehler, der Referent f. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, zeigte seinen gewohnt vollen Einsatz beim Thema „Endodontie – richtig gemacht“. Den Vormittagsabschluss bildete Dr. H. Popp mit seinem hochinteressanten

vollgepackten Referat „Zahnärztliche Anästhesietechniken, Sedierung, Narkose – Behandlung von Kindern und Phobikern. H.-O. Vonderlind, Referent für Kieferorthopädie sprach nachmittags zum Thema „KFO-Maßnahmen vor der 2. Phase Wechselgebiss“ und B. Koelmer, Filialleiter der APO-Bank Erfurt „Vom Umsatz zur freien Liquidität – wie Banken zur Kreditentscheidung kommen“.

Der 11. Thüringer Vertragszahnärztetag wird nächstes Jahr wieder in Arnstadt stattfinden, dies hat der Vorstand der KZV Thüringen in einer Vorstandssitzung schon beschlossen.

Ein Name für die Eule im Hainich

Presseerklärung

Astrid von Killisch-Horn

„Vielleicht habt ihr schon von dem Erlebnispfad im Hain gehört? Vielleicht seid ihr ihn sogar schon gelaufen? Auf diesem Weg begleitet euch eine kleine Eule und gibt euch Aufgaben, die ihr lösen könnt. Aber stellt euch vor: Sie hat noch gar keinen Namen! Gibt's denn sowas?“ Diese skandalöse Meldung erging vor einigen Wochen vom Verein „Rudolstadt blüht auf“ e. V. (deren Vorsitzende Astrid von Killisch-Horn) und den Rudolstädter Zahnärzten an die Rudolstädter Grundschulen. Und die Kinder halfen! 26 tolle Namen stellten die Jury aus Mitarbeitern des Thüringer Forstes, Mitgliedern des Thüringer Gebirgs- und Wandervereins Rudolstadt, von Rudolstadt blüht auf und natürlich der Rudolstädter Zahnärzte, die die großzügigen Gewinne sponserten, vor eine sehr schwere Entscheidung. Da gab es Haina und Hedwig, Eurlia und Rusaala, Hainz und Eu-

linchen vom Hainwald, Kauzuhulu von Hainbuche und, auf dem zweiten Platz mit einer Stimme Rückstand zum Sieger, „Eulalia, die Abenteuerule“ der 4b der Westschule. Der Siegername aber ist ein ganz alter Name, der an Fürsten und Könige erinnert, aber der nicht so geschrieben wird, wie wir alle das kennen. Die Eule heißt Hainrich! Und den Namen erdachte die 4a der Anton-Sommer-Schule, die damit Sieger im Wettbewerb wurde. Und die, als das Preisgeld überreicht werden sollte, auf Abschlussfahrt war! Weswegen Astrid von Killisch-Horn, die es überreichen wollte, verduzt aus der Wäsche schaute und sich abends auf den Weg nach Schwarzenshof machte, um der völlig überraschten und natürlich begeisterten Klasse die Urkunde und den Preis zu bringen. „Hainrich zeigte sich hochofren und bedankt sich bei den Kindern aufs Herzlichste!“ ist dort zu lesen. Anerkennungen und Preise gab es für die Klasse 3a der Freien Fröbelschule Keil-



hau, Standort Rudolstadt, die Klasse 2 der Freien Fröbelschule Cumbach, und die Klassen 1/2B und 4B der Westschule für ihre schönen Zeichnungen, Bastelarbeiten und Gedichte. Die Initiative der Rudolstädter Zahnärzte ist einmal mehr ein sehr schönes Beispiel dafür, wie sich ganz verschiedene Gruppen über „Rudolstadt blüht auf“ für ihre Stadt einsetzen. „Außerdem ist es schön, einmal mit etwas Positivem in Verbindung gebracht zu werden anstelle von Bohrern und Zahnziehen!“ freut sich Dr. Karl-Heinz Müller, dessen Tochter mit ihrer Frage nach dem Namen der Eule den Wettbewerb ins Rollen brachte.

ZahnMedizin 2012

Prothetische Behandlungskonzepte

11. Thüringer Zahnärztetag
10. Thüringer Helferinnentag
10. Thüringer Zahntechnikertag
3. Thüringer Studententag
 30.11. und 1.12. 2012 | Messe Erfurt

Erfurt (Lzkth). Vom 30. November bis zum 1. Dezember dreht sich auf der Messe in Erfurt alles um moderne Zahnmedizin: beim 11. Thüringer Zahnärztetag zum Thema „Prothetische Behandlungskonzepte“. Angekoppelt sind der 11. Thüringer Helferinnentag, der 10. Thüringer Zahntechnikertag und der 3. Studententag. Potenzielle Teilnehmer finden in diesem Beitrag wichtige organisatorische Hinweise.

Anmeldungen

Schriftliche Anmeldungen für alle Freitagskurse und das wissenschaftliche Hauptprogramm für Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte sind noch bis zum 23. Oktober 2012 (Posteingang) bei der Landeszahnärztekammer möglich.

Kurzentschlossene können sich auch vor Ort noch für die Tagungsteilnahme anmelden – dies gilt nur für das Hauptprogramm für Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte. Bei Seminaren ist dies allerdings von der Platzkapazität abhängig.

Zahnmedizinische Fachangestellte, die zum Helferinnentag angemeldet sind, können am Freitag auch das Programm für die Zahnärzte besuchen.

Die Teilnehmer, die sich schriftlich bei der Kammer angemeldet haben, erhalten ihre Teilnehmerausweise per Post zugeschickt.

Tagungsbüro

Im Eingangsbereich der Messe Erfurt befinden sich die Anmeldecounter der Landeszahnärztekammer, an denen die Teilnehmer ihre Tagungsunterlagen in Empfang nehmen können.

Öffnungszeiten:

Freitag, 30.11.12: 8.00 – 17.30 Uhr

Samstag, 1.12.12: 8.00 – 17.00 Uhr

Anreise und Parken

Parkmöglichkeiten sind auf dem Parkplatz Ost mit über 1000 Plätzen ausreichend vorhanden.

Was? Wann? Wo?

Organisatorische Hinweise für die Teilnehmer des 11. Thüringer Zahnärztetages in Erfurt

Die Parkplätze sind kostenpflichtig. Wer mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreist, benutzt vom Bahnhof kommend jede Straßenbahn zur Innenstadt bis zur Haltestelle Anger und steigt dort in die Straßenbahnlinie 2 Richtung Messe/ega um. Aus Richtung Flughafen fährt man mit der Straßenbahnlinie 4 bis zur Haltestelle Gothaer Platz und steigt dann ebenfalls in die Straßenbahnlinie 2 Richtung Messe/ega um.

Dentalausstellung

Zum Zahnärztetag gehört auch in diesem Jahr eine umfangreiche Dentalausstellung in der Messehalle 2. Deren Besuch ist kostenfrei.

Bewährt haben sich beim letzten Zahnärztetag Aktionsflächen innerhalb der Ausstellung, bei denen die Teilnehmer des Zahnärztetages auch in diesem Jahr wieder ihr Wissen theoretisch und praktisch zu folgenden Themen erwerben bzw. auffrischen können: Dentale CAD/CAM-Technologie (Aktionsfläche 1) sowie Hygiene in der Zahnarztpraxis (Aktionsfläche 2).

Öffnungszeiten:

Freitag, 30.11.12: 10.00 – 16.00 Uhr

Samstag, 1.12.12: 9.00 – 16.00 Uhr



Wie beim Zahnärztetag 2010 wird auch diesmal die Messehalle mit Industrieausstellung, Aktionsflächen und Gastronomie-Bereich zum Treffpunkt zwischen den Vorträgen.

Posterausstellung stehen die Autoren während der Pausenzeiten des wissenschaftlichen Programmes für Fragen zur Verfügung.

Essen und Trinken

Um die gastronomische Versorgung der Teilnehmer zu verbessern, wurden die Cateringflächen großzügiger angelegt und klarer strukturiert. Wie gewohnt wird es einen Restaurantbereich mit warmen Speisen geben. Die Getränkever-



Posterausstellung beim Zahnärztetag 2010

Fotos: Zeiß

Posterausstellung

Auch in diesem Jahr wird in der Dentalausstellung eine Posterausstellung mit Beiträgen des Universitätsklinikums Jena, des Helios-Klinikums Erfurt und von niedergelassenen Zahnärzten sowie Zahntechnikern präsentiert. In der

sorgung (Filterkaffee und alkoholfreie Getränke) ist erstmals in der Tagungsgebühr enthalten. Damit sollen die langen Schlangen vor der Getränkeversorgung des letzten Zahnärztetages der Vergangenheit angehören. Lediglich für Kaffeespezialitäten und alkoholische Getränke müssen die Besucher selbst zahlen.

20 Jahre Lobby für gesunde Kinderzähne

LAG Jugendzahnpflege Thüringen feierte Jubiläum

Erfurt (tzb). Thüringen war das erste der neuen Bundesländer, in dem sich Zahnärzte, gesetzliche Krankenkassen, Kommunen und Land auf die Bildung einer Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege verständigten. Das war vor 20 Jahren – und dieses Jubiläum feierte die LAGJTh am 5. September ganz standesgemäß: mit einem Festakt und einem Symposium. Rund 80 Teilnehmer – Vertreter der Landeszahnärztekammer, der Krankenkassen, des Universitätsklinikums Jena sowie Patenschaftszahnärzte – sorgten für einen vollen Sitzungsraum im Gebäude der Landeszahnärztekammer.

Der LAGJTh-Vorsitzende, der Geraer Zahnarzt Michael Uhlig, zog in seiner Festrede eine Bilanz der vergangenen 20 Jahre. Er erinnerte an die Sorgen, dass nach dem Zusammenbruch der DDR mit der Auflösung des staatlichen Gesundheitswesens auch Lücken im bis dahin straff organisierten System von zahnärztlichen Schulreihenuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr auftreten würden. Damals hatte die Landeszahnärztekammer die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege und die Schaffung von Stellen im jugendzahnärztlichen Dienst der kommunalen Gesundheitsämter empfohlen. Wenig später war die Geburtsstunde der LAGJTh, die am 1. Juni 1992 gegründet wurde. Michal Uhlig erinnerte insbesondere an den ersten Vorsitzenden, den Zahnarzt Dr. Wolfgang Hebenstreit. „Seine Ideen und sein Engagement sind bis heute in der LAGJ spürbar“, sagte er. Bereits 1993 gab es in Thüringen 35 Arbeitskreise Jugendzahnpflege und 450 abgeschlos-



Teilnehmer des Jubiläums-Symposiums, mit dem die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege ihr 20-jähriges Bestehen feierte.

Foto: LZKTh

sene Patenschaften zwischen niedergelassenen Zahnärzten und Kindergärten. Die Zahl der Patenschaftszahnärzte stieg bis 1995 auf 669, heute liegt sie bei rund 640.

Neben der Gruppenprophylaxe in den Kindergärten durch Patenschaftszahnärzte und 15 Prophylaxehelferinnen hob Uhlig die jüngsten Aktivitäten der LAGJTh hervor: den zahnärztlichen Kinderpass als Gemeinschaftswerk von Kammer, Uniklinikum Jena und LAGJTh sowie die Ausrüstung aller Thüringer Kindertagesstätten mit Zahnrettungsboxen. Vom etwa eine Million Euro umfassenden Jahresetat der Landesarbeitsgemeinschaft werden ca. 900 000 Euro über den sogenannten Aktionshaushalt direkt für die Gruppenprophylaxe ausgegeben. Den Verwaltungshaushalt bestreiten Landeszahnärztekammer und Krankenkassen – Thüringen ist das einzige Bundesland, in dem die

Zahnärzte seit 2004 nur über die Kammer in der LAGJ vertreten sind. Das Land Thüringen beteiligt sich mit 6000 Euro jährlich.

Im fachlichen Teil des Symposiums ging es u. a. um rechtliche Aspekte der Gruppenprophylaxe, die Kammer-Geschäftsführer Henning Neukötter erläuterte. Das Thema bot auch reichlich Stoff für Fragen, die an Ort und Stelle geklärt wurden. Weitere Vorträge beschäftigten sich mit der frühkindlichen Karies – ein Gebiet, das die LAGJTh künftig noch sehr viel stärker beschäftigen wird – und der Gesundheit von Kindern im psychosozialen Kontext.

Einziger Wermutstropfen in der Festveranstaltung: Thüringens Gesundheitsstaatssekretär Hartmut Schubert musste seine Teilnahme leider absagen – ausgerechnet wegen Zahnschmerzen.

Zahnrettungsboxen für Schulen und Sportvereine

Erfurt (tzb/tk). Mit Unterstützung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege und der Landeszahnärztekammer stattet die Technische Krankenkassen Schulen und Sportvereine in Thüringen mit Zahnrettungsboxen aus. Die Boxen, die TK-Landeschef Guido Dressel, LAGJTh-Geschäftsführerin Heike Eicher und Kammer-Vorstandsmitglied Dr. Christian Junge am 12. September vorstellten, enthalten eine sterile Nährlösung, die einen ausgeschlagenen Zahn oder ein Zahnbruchstück bis zu 48 Stunden am Leben erhalten kann. 1200 Boxen stellt die gesetzliche Krankenkasse zur Verfügung. Schulen und Sportvereine, die eine Zahnrettungsbox benötigen, können sich ab 1. November an das zuständige Gesundheitsamt ihres Landkreises wenden.



Guido Dressel (l.), Heike Eicher und Dr. Christian Junge bei der Vorstellung der Rettungsbox

Foto: LZKTh

Sitzung der Kammerversammlung

Der Vorsitzende der Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen lädt die Delegierten zu ihrer 4. Sitzung in der 6. Legislaturperiode gem. § 3 (1) der Geschäftsordnung i. V. m. § 15 der Satzung der Kammer ein.

Termin: 12. Dezember 2012

Beginn: 14.00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16 in Erfurt

*Dr. Jörg-Ulf Wiegner
Vorsitzender der
Kammerversammlung*

Prüfungstermine für ZFA-Azubis

Erfurt (IzKth). Für die Prüfungen der ZFA-Auszubildenden und Umschüler im kommenden Jahr sind folgende Termine angesetzt worden.

Zwischenprüfung:

Mittwoch, 6. Februar 2013

Abschlussprüfung Winter 2013:

Mittwoch, 6. Februar 2013 –
Abrechnung und Praxisorganisation

Mittwoch, 13. Februar 2013 –
Behandlungsassistenz/Röntgen und
Wirtschaftskunde

Mittwoch, 6. März 2013 –
mündlich-praktische Prüfung

**Anmeldeschluss ist jeweils der
10. Dezember 2012.**

Abschlussprüfung Sommer 2013:

Mittwoch, 8. Mai 2013 –
Abrechnung und Praxisorganisation

Mittwoch, 15. Mai 2013 –
Behandlungsassistenz/Röntgen und
Wirtschaftskunde

17. Mai 2013 bis 22. Juni 2013 –
mündlich-praktische Prüfung.

**Anmeldeschluss ist jeweils der
25. März 2013.**

BZÄK wirbt für intakte Zähne im Seniorenalter

Pressekonferenz zum Tag der Zahngesundheit

Berlin (tzb/bzäk). Die Bundes Zahnärztekammer hat anlässlich des diesjährigen Tages der Zahngesundheit auf die Bedeutung der Mundgesundheit bei älteren Menschen hingewiesen. Auf einer Pressekonferenz in Berlin würdigten Zahnärzte und gesetzliche Krankenkassen die Erfolge auf diesem Gebiet. „Die durchschnittliche Mundgesundheit der über 65-Jährigen hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. So ist die Anzahl der Totalprothesenträger in den letzten Jahren gesunken, gleichzeitig bleiben bei den Senioren immer länger und immer mehr die eigenen Zähne erhalten“, betonte der Vertreter des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen, Dr. Michael Kleinebrinker. BZÄK-Vizepräsident Prof. Dietmar Oesterreich verwies darauf, dass für die Prävention neben den Kindern und Jugendlichen mittlerweile auch die äl-

tere und alte, teilweise auch pflegebedürftige Bevölkerung als Zielgruppe von großer Bedeutung ist. Kleinebrinker empfahl der Altersgruppe 65 plus, die Angebote rund um die Früherkennung auch konsequent zu nutzen.

Prof. Oesterreich verwies auf das Ziel der Bundes Zahnärztekammer, vollständige Zahnlosigkeit in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bis zum Jahr 2020 auf 15 Prozent zu reduzieren. Die 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie (2005) weist noch rund 23 Prozent aus.

Der Tag der Zahngesundheit stand in diesem Jahr unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – mehr Genuss mit 65 plus!“. Über die Aktivitäten in Thüringen berichtet das tzb in der nächsten Ausgabe.

Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ informiert

Noch freie Kursplätze im Herbstsemester

Erfurt (IzKth). Für folgende Kurse aus dem Fortbildungsprogramm „Herbstsemester 2012/2013“ der Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ werden noch Anmeldungen entgegengenommen:

GOZ 2012 – Gestaltungsmöglichkeiten

Dr. Gisela Brodersen, Erfurt
Kurs-Nr. 120060

Mi., 10.10.2012, 14.00 – 19.00 Uhr
150 € (ZÄ), 130 € (ZFA)

Wenn das Behandlungszimmer zum OP wird!

Antje Oeftger, Erfurt
Kurs-Nr. 120064

Mi., 10.10.2012, 14.00 – 19.00 Uhr
125 € (ZFA)

Basiswissen Dental fotografie und Praxis der Patientenfotografie

Erhard J. Scherf, Kassel
Kurs-Nr. 120066

Sa., 13.10.2012, 9.00-17.00 Uhr
215 € (ZÄ)

Update – Aufbereitung von Medizinprodukten gemäß Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV)

Antje Oeftger, Erfurt
Kurs-Nr. 120068

Mi., 7.11.2012, 14.00-18.00 Uhr
110 € (ZÄ), 95 € (ZFA)

Tipps und Tricks für die prophylaktisch tätige Zahnmedizinische Fachangestellte – Dritte Hand

Marion Mordhorst, Vachdorf
Kurs-Nr. 120070

Fr., 9.11.2012, 14.00-20.00 Uhr
175 € (ZFA)

Anmeldungen (bitte nur schriftlich):

Landes Zahnärztekammer Thüringen
Barbarossahof 16, 99092 Erfurt
oder online unter www.lzkth.de
☎ 0361/74 32 -107/-108
(Frau Held/Frau Westphal)
Fax: 0361/74 32 -270
E-Mail: fb@lzkth.de

Dr. Lothar Bergholz zum 70. Geburtstag

*Siebzig Jahre alt zu werden,
ist an sich noch kein Verdienst,
denn es flieht die Zeit auf Erden,
schneller als Du Dich besinnst.*

*Doch im Rückblick auf Dein Leben
gibt es manche gute Tat –
von Erfolg gekröntes Streben –
zwischen allem den Spagat.*

*Im Beruf warst Du sehr tüchtig,
über Eisenach hinaus bekannt.
Die Selbstverwaltung machte Dich süchtig,
ob in Thüringen oder im gesamten Land.*

*Geht's um zahnärztliche Belange
bist Du gerne mit dabei,
gibst Deinen Rat und hältst zur Stange
was auch immer es dann sei.*

*Wir wünschen Dir von ganzem Herzen
alles Gute und eine tolle Zeit,
frohes Erleben ohne Schmerzen,
das richtige Maß Zufriedenheit.*

(sehr frei nach Egon Eisenmann)

In diesem Sinne gratuliere ich Dir, dem Kollegen und ehemaligen Kammerpräsidenten, Dr. Lothar Bergholz – auch im Namen des gesamten Vorstandes und der Verwaltung der Landes Zahnärztekammer Thüringen – zu Deinem 70. Geburtstag am 6. Oktober, wohl wissend, dass Du derlei öffentliche Gratulation im tzb nicht gerade liebst.

Vor fünf Jahren, zu Deinem 65. Geburtstag, hatte ich bereits die große Ehre und Freude, für Dich als geschätzten Kollegen eine Laudatio schreiben zu dürfen und Dir für Dein großes Engagement für den Berufsstand in Thüringen zu danken. Im Jahre 1999 wurdest Du zum Präsidenten der Landes Zahnärztekammer Thüringen gewählt und bis zu Deinem Ausscheiden aus diesem Amt im Jahre 2007 hast Du engagiert für unsere Belange – auch bundesweit – gearbeitet. Dafür möchte ich Dir noch mal herzlich danken.

Nachdem Dich die Bundes Zahnärztekammer 2010 mit der Ehrennadel in Gold für Dein herausragendes Engagement für den



Berufsstand geehrt hat und Du mit Ablauf der letzten Legislaturperiode im vergangenen Sommer nicht nur Dein aktives Wirken für die zahnärztliche Selbstverwaltung, sondern auch Deine zahnärztliche Tätigkeit endgültig aufgegeben hast, freut es mich sehr, dass ich heute sagen kann, dass es Dir gelingt, das Leben auch abseits des aktiven Arbeitsalltages zu genießen.

Lieber Kollege Bergholz, lieber Lothar, mach weiter so!

*Dr. Andreas Wagner, Präsident
der Landes Zahnärztekammer
Thüringen*

In Thüringen getagt

Öffentlichkeitsarbeiter der deutschen Zahnärzte trafen sich in Eisenach

Von Dr. Rainer Kokott

Am 14. und 15. September waren die LZK Thüringen und die Schwesterorganisation KZV Thüringen Gastgeber für die Koordinierungskonferenz der zahnärztlichen Öffentlichkeitsbeauftragten in Eisenach. Im Mittelpunkt des Interesses standen die immer mehr zunehmende Ökonomisierung der Medizin und die damit verbundene Frage, wer der eigentliche Patientenanwalt ist. Hierzu positionierten sich Dr. Timm Gernot, Leiter der Abteilung Politik der PKV, Elke Daman, Teamleiterin Ambulante Versorgung der Barmer GEK für die GKV und mit Dörte Eiß, Bereichsleiterin Gesundheit und Pflege der Verbraucherzentrale Berlin.

Dass wir als Zahnärzte nicht gewillt sind, diese Funktion kampflos anderen zu überlassen, beweisen wir sicherlich einerseits Tag für Tag in der Praxis, andererseits zeigte der Jurist Sven Tschoeppe von der BZÄK, dass Strukturen geschaffen worden sind, um in der Patientenberatung kompetenter Ansprechpartner zu sein und durch Solidität und Transparenz Vertrauen bei den Patienten zu schaffen. Bestes Beispiel war

hierfür die Vorstellung der neuen Patientenberatungsbroschüre der BZÄK, die in diesen Tagen an die Landes Zahnärztekammern verteilt wird.

BZÄK-Dr. Peter Engel eröffnete den zweiten Tag mit einer Bestandsaufnahme des Spannungsfeldes zwischen Politik, Zahnärzten und Patienten ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl. Als Schlagwörter seien hier nur die Bürgerversicherung, die kürzlich erbrachten Gutachten zur 2012 veränderten GOZ-Abrechnung und das Ansinnen von Teilen der Zahnärzteschaft, in Karlsruhe vor das Bundesverfassungsgericht zu ziehen, genannt. Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz stellte die vier Megathemen der Versorgung im Rahmen der gesundheitspolitischen Agenda ab 2013 vor, die mit der Demographie, der Patientenorientierung, der Prävention und der Qualität als Hauptschwerpunkte betitelt wurden.

Mit seinem Referat über die gesellschaftliche Verantwortung des Berufsstandes zeigte BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, dass wir Zahnärzte mehr als bohren können – wir beu-

gen Volkskrankheiten erfolgreich vor, helfen, wo wir können (häusliche Gewalt) und üben einen Heilberuf aus, der gerade auch sozial Schwachen hilft. Daran anknüpfend wurde ein gemeinsames Projekt der BZÄK mit der Deutschen Knochen-spenderdatei (DKMS) vorgestellt, was in den nächsten Wochen publiziert wird.

Eisenach war eine Reise wert und dies nicht nur wegen der Themen, sondern auch weil so mancher Kollege aus den alten Bundesländern überrascht war, welche Aura die Wartburg als Weltkulturerbe bei der Abendveranstaltung hatte. Besonders werthaltig war für mich vor allem die Redeaktionssitzung der Patientenzeitschrift „ZahnRat“, in der die ostdeutschen Kollegen Erfahrungen austauschen, Pläne schmieden und nach Lösungen suchen und dies verdammt ehrlich – eine besondere Atmosphäre, die manch bundespolitischer Ebene gewünscht wäre!

Besonderen Dank bei der Vorbereitung der Veranstaltung gilt den Thüringer Organisatoren, die mit Engagement und Ideen zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen haben.

Von der Delegation bis zur Liquidation

Was Zahnärzte über die PZR wissen sollten

Von *Irmgard Marischler*
und *Henning Neukötter*

Wenn es um Prophylaxeleistungen geht, ist die PZR derzeit wohl die innerhalb der Thüringer Zahnärzteschaft am meisten diskutierte zahnärztliche Leistung. Dies hängt einerseits mit der seit dem Jahresbeginn in Kraft getretenen neuen GOZ und andererseits mit den Erstattungsschwierigkeiten durch einige private Krankenversicherungen, neuerdings aber auch mit der so genannten Leistungsoffensive der AOK plus zusammen. Daher nachfolgend einige Hinweise zur GOZ-konformen Erbringung und Berechnung einer PZR:

Die Ausübung der Zahnheilkunde bedarf nach dem Zahnheilkundengesetz (ZHG) der Approbation als Zahnarzt. Der Zahnarzt ist zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet und persönlich gegenüber dem Patienten für die gesamte Behandlung verantwortlich. Diese Vorgabe aus dem ZHG dient der Patientensicherheit.

Zwischen dem Zahnarzt und seinem Patient kommt ein Dienstvertrag nach §§ 611 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zustande, der den Zahnarzt nach § 613 BGB verpflichtet, die Leistung im Zweifel persönlich zu erbringen. Diese Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gilt für die Behandlung von gesetzlich wie von privat versicherten Patienten gleichermaßen. Bei der Privatbehandlung findet sich die Regelung in § 4 Abs. 2 GOZ, wonach Gebühren nur für Leistungen berechnet werden dürfen, die der Zahnarzt persönlich erbracht hat. Die persönliche Leistungserbringung ist für den Vertragszahnarzt ausdrücklich in § 15 Abs. 1 SGB V, § 32 Abs. 1 Zulassungsverordnung und § 4 Abs. 1 Bundesmantelvertrag bzw. § 8 Abs. 1 Ersatzkassenvertrag vorgeschrieben.

Was nun aber tun, wenn man als Zahnarzt die Leistung nicht höchstpersönlich erbringen möchte, sondern sie durch das Praxispersonal erledigen lassen möchte, wie dies gerade bei Prophylaxeleistungen gang und gäbe ist?

Das ZHG sieht in § 1 Abs. 5 und 6 vor, dass bestimmte Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzhelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegiert werden können. Die ordnungsgemäße

Delegation zahnärztlicher Leistungen setzt dabei zunächst voraus, dass es sich um eine nach § 1 Abs. 5, 6 ZHG delegationsfähige Leistung handelt, die nicht das höchstpersönliche Handeln des Zahnarztes erfordert. Dies ist bei einer PZR der Fall. Weitere Voraussetzung ist, dass die für die mit der PZR beauftragte Mitarbeiterin zur Erbringung der Leistung entsprechend qualifiziert ist, wovon sich der delegierende Zahnarzt überzeugt hat.

Entscheidend ist an dieser Stelle, dass es sich nicht um eine objektive Qualifikation handeln muss, sondern um eine subjektive. Das bedeutet konkret, dass eine Aufstiegsfortbildung zur ZMP oder zur ZMF nicht zwingend vorgeschrieben oder erforderlich ist.

Allgemein gilt: Je qualifizierter die Mitarbeiterin durch Fortbildungsmaßnahmen z.B. durch IP-Kurse und Aufstiegsfortbildungen zur ZMP, ZMF oder DH ist, desto mehr Leistungen können an sie delegiert werden. Auch in diesen Fällen muss sich der Zahnarzt von der Eignung der Mitarbeiterin überzeugt haben und diese regelmäßig prüfen. Insbesondere bei etwaigen Haftungsfällen ist es entscheidend, dass der Zahnarzt nachweisen kann, dass er sowohl bei der Auswahl wie in der Überwachung die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen.

Zur ordnungsgemäßen Delegation gehört es weiterhin, dass der Zahnarzt die konkrete Leistung anordnet und deren fachliche Umsetzung anweist. Der Zahnarzt muss also zunächst den Behandlungsbedarf feststellen und dann die konkret zu treffenden Maßnahmen anweisen, hier die PZR. Anordnung und Anweisung müssen nicht in dem Termin erfolgen, in dem die Leistung (PZR) durchgeführt wird. Dies kann bereits vorher, beispielsweise während eines Kontrolltermins, geschehen.

Weiterhin muss der Zahnarzt die Leistung überwachen und deren Ausführung kontrollieren. Dabei spielt die Qualifikation der Mitarbeiterin wieder eine entscheidende Rolle. Je qualifizierter eine Mitarbeiterin ist, desto weniger eng muss die Überwachung erfolgen. Konkret bedeutet dies, dass der Zahnarzt während der Leistungserbringung jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung steht. Im Rahmen seiner Aufsichtspflicht muss er überwachen, dass die eingesetzte Mitarbeiterin seine Anordnungen und Weisungen beachtet, den festgelegten Rahmen nicht über-

schreitet und die Tätigkeit insgesamt ordnungsgemäß ausführt.

Entscheidend ist die Kontrolle der Leistung an deren Ende. Auch diese Kontrolle muss nicht unmittelbar im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung erfolgen – aber zeitnah und in jedem Fall vor Liquidationserstellung.

Insgesamt begleitet damit der Zahnarzt die PZR vom Anfang der Anordnung bis zum Ende. Die Einhaltung dieser Delegationsgrundsätze stellt nicht nur eine Maßnahme wirksamer Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Praxis dar, sie bildet auch die Grundlage für eine adäquate Liquidation.

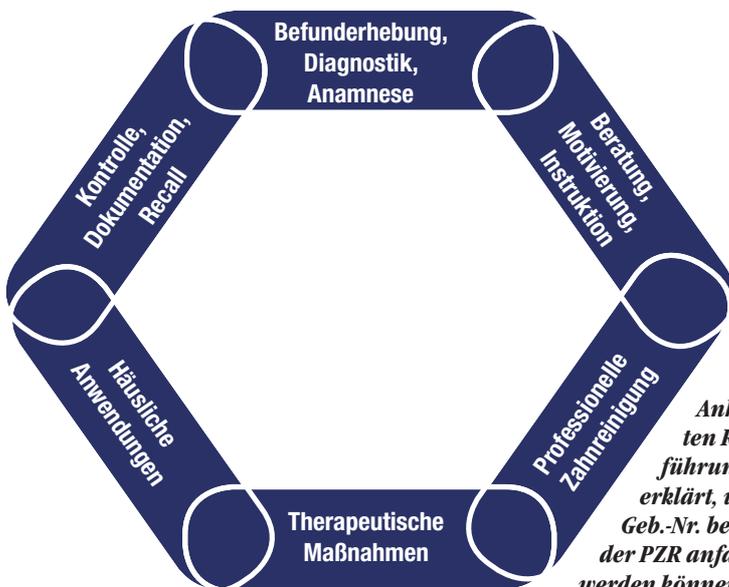
Die zu Jahresbeginn in Kraft getretene neue GOZ hat einige grundlegende Änderungen bei der Honorierung der PZR mit sich gebracht. Diese sicher zu beherrschen, ist als Basis einer GOZ-konformen Rechnungslegung entscheidend.

Achtung: Anders als bei der GOZ '88 sind weder eine Pauschalabrechnung nach § 2 Abs. 3 GOZ noch eine Analogabrechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ für die PZR, also die Leistungsinhalte der Geb.-Nr. 1040 möglich!

Einer der wesentlichsten Schritte bei der PZR beim GKV-Patienten ist die **Vereinbarung einer Privatbehandlung** gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z (für Primärkassen) bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ (für Ersatzkassen).

Jedem wird klar sein, dass eine PZR deutlich mehr ist, als das Entfernen von harten und weichen Belägen. Aber was genau verbirgt sich hinter einer PZR? Laut **GOZ-Position 1040** umfasst sie [...] das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied. Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.

Hinweis: Der Leistungsinhalt muss komplett erfüllt werden, um die Geb.-Nr. 1040 in Ansatz bringen zu können. Eine zeitliche Begrenzung der Abrechnungsfähigkeit für die Geb.-Nr. 1040 in verschiedenen Sitzungen liegt nicht vor.



Anhand des dargestellten Regelkreises „Durchführung der PZR“ sei erklärt, welche zusätzlichen Geb.-Nr. bei der Erbringung der PZR anfallen/abgerechnet werden können.

**Befunderhebung, Diagnostik, Anamnese
Beratung, Motivierung, Instruktion**

- 1000 MH-Status mit Unterweisung, Dauer mind. 25 Minuten
- 1010 Kontrolle des Übungserfolgs, Dauer mind. 10 Minuten
- 4005 PSI-Index

Professionelle Zahnreinigung

- 4030 Beseitigung scharfer Kanten
- 2130 Kontrolle, Finieren und Polieren einer vorh. Restauration
- Analogberechnung nach §6 Abs. 1 für PZR an Verbindungselementen wie Stegen oder Geschieben, oder für subgingivale Reinigung
- * 4050 Zahnsteinentfernung, einwurzeliger Zahn
- * 4055 Zahnsteinentfernung, mehrwurzeliger Zahn
- * 4070 Konkremententfernung und Wurzelglättung, einwurzeliger Zahn
- * 4075 Konkremententfernung und Wurzelglättung, mehrwurzeliger Zahn
- * 4090 Lappen-OP, Frontzahn
- * 4100 Lappen-OP, Seitenzahn

Therapeutische Maßnahmen

- 4020 Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen
- 4025 Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation

- 1030 Medikamentenapplikation mittels Schiene
- 2010 Behandlung überempfindlicher Zahnflächen
- 1020 Fluoridierung (nur an Zähnen abrechenbar, die nicht mittels PZR behandelt/abgerechnet wurden)
- Analogabrechnungen lt. §6 Abs. 1 GOZ für Anbringen von Cervitec-Schutzlack
- Photo-aktivierende Therapie
- Full-Mouth-Therapie

Häusliche Anwendungen

Beratungen und Empfehlungen sind Inhalt der Geb.-Nrn. 1000 und 1010

Kontrolle, Dokumentation, Recall

Beachte: Exakte und ausführliche Dokumentation erforderlich! Nur was genau dokumentiert ist, kann bei späteren Zweifeln auch belegt werden.

Die dargestellten Gebührennummern sind nicht abschließend und einzelfallbezogen zu verwenden.

Fallbeispiel: PZR – PKV



Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Anzahl
	1000	MH Status, 25 Minuten	1
	4020	Lokalbeh. v. Mundschleimhaut	1
17, 15-25, 27, 47, 45-35, 37	1040	Professionelle Zahnreinigung	24
16, 26, 36, 46	Ä298	Entnahme und ggfs. Aufbereitung	8
16, 26, 36, 46	4055	ZST mehrwurzeliger Zahn	4
16, 26, 36, 46	4075	Subgingivale Konkremententfernung	4
Delegation/Dokumentation			
15	2130	Polieren, dreiflächig	1
25	2130	Polieren, zweiflächig	1
47, 48	2130	Polieren, einflächig	2
14, 33	4030	Bes. von scharfen Kanten	2
OK, UK	2010	Beh. überempfindlicher Zahnflächen	2
		Full Mouth Desinfection	1
		Analogberechnung lt. §6 Abs. 1 GOZ	
		entspr. der GOZ Geb.-Nr. ...	

Der Ausschluss der Nebeneinanderberechenbarkeit für die unter * genannten Nummern neben der Geb.-Nr. 1040 gilt nur bei Sitzungs-, Orts- bzw. Zahngleichheit, d.h. an unterschiedlichen Zähnen sind die unter * genannten Geb.-Nrn. auch in gleicher Sitzung neben einer Leistung nach der Geb.-Nr. 1040 an einem anderen Zahn berechenbar.

Entgegen teilweise anders lautenden Behauptungen ist klar, dass bei der Rechnungserstellung nach §5 Abs. 2 GOZ eine Steigerung möglich ist, wenn die Kriterien nach Zeit, Umstand und Schwierigkeit erfüllt, im Krankenblatt dokumentiert und auf der Liquidation begründet sind. Dies völlig unabhängig von der Frage,

wer die PZR konkret ausgeführt hat. Erstattungsfragen, egal von welcher Seite, spielen bei der Berechnung des Steigerungsfaktors keine Rolle.

GOZ im Internet: www.lzkth.de, www.bzaek.de

Die Arbeit mit der neuen Gebührenordnung

Die Berechnung von implantologischen Leistungen

Von Irmgard Marischler

Seit dem 1. Januar dient die neue GOZ als Abrechnungsgrundlage in den Zahnarztpraxen und hat seitdem sicherlich auch schon zu einigen Fragestellungen geführt. Um die Arbeit mit der neuen Gebührenordnung zu erleichtern, erläutert das tzb in einer Serie die richtige Anwendung, die Möglichkeiten der freien Vertragsgestaltung (Abdingung GKV/PKV), die dazu gehörigen rechtlichen Grundlagen und stellt Fallbeispiele vor.

Im Abschnitt K „Implantologische Leistungen“ wurden neben neuen und geänderten Gebührennummern mehrere bereits vorhandene Leistungen zu Leistungskomplexen zusammengefasst (z. B. 901, 902 und 903 zu 9010). Dies

findet sich besonders im Umfang der Geb.-Nr. 9100 wieder, bei der viele Leistungsschritte, die jetzt nicht mehr zusätzlich in Ansatz gebracht werden können, bereits enthalten sind.

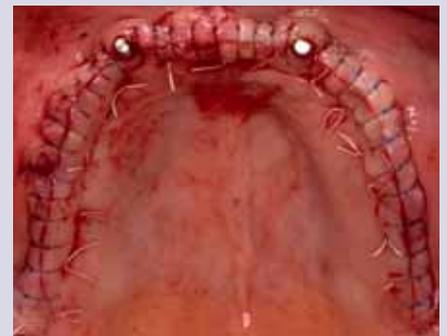
9100 Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich. Mit der Leistung nach der Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten: Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren.

GOZ 2012 in der Praxis

Auszug aus der neuen Kommentierung der Bundeszahnärztekammer vom 7. Juni 2012: „Werden Augmentationsmaßnahmen am Alveolarfortsatz im Rahmen einer internen Sinusbodenelevation nach der Nummer 9110 in derselben Kieferhälfte erbracht, so ist die Nummer 9100 gesondert, jedoch nur zur Hälfte berechnungsfähig. Werden Augmentationsmaßnahmen am Alveolarfortsatz im Rahmen einer externen Sinusbodenelevation nach der Nummer 9120 in derselben Kieferhälfte erbracht, so ist ein Drittel der Nummer 9100 zusätzlich berechnungsfähig. Bei getrennten Operationsgebieten, auch in derselben Kieferhälfte, gelten diese Einschränkungen nicht.“

Fallbeispiel – Therapieplan:

Insertion Implantat OK 11, 21 mit lateraler Augmentation mit Osteosyntheseverschraubung;
12, 22 temporäres Implantat;
14–17, 24–27 lateraler Sinuslift mit Eigenknochentnahme/Knochenblock regio 38, 48;
Knochenersatzmaterial Bio Oss, Membran, Bio Guide, schwierige Hautlappenplastik



Fotos: Stimmelmayer

Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	Anzahl
	0030	Heil- und Kostenplan	1
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	1
	Ä1	Beratung	1
	Ä5004	OPG	1
OK/UK	0060	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle ...	1
OK	9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes ...	1
	Ä3	Beratung über 10 Minuten	1
18,28	0080	Intraorale Oberflächenanästhesie	2
18–28	0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	16
18,28,38,48	0100	Intraorale Leitungsanästhesie	4
12–22	9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ...	1
11,21	9010	Implantatinsertion, je Implantat	2
12,22	9020 (IPI)	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib ...	2
OK	9005	Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone	1
13-23	9150	Osteosyntheseschrauben	1
14–17, 24–27	9120	Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift) ...	2
24–27	9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation...	1/3
	0530	OP-Zuschlag	1
13-23	(Ä2382)	Schwierige Hautlappenplastik/Spaltlappenplastik	(1)
48,38	9140	Intraorale Entnahme von Knochen ...	4
	Ä5004	OPG	1

Material: §3, §4 Abs. 3 GOZ, §10 GOÄ, §2 Abs. 2 GOZ, §9 GOZ

Die Abrechnungshinweise sind von der Autorin nach ausführlichen Recherchen erstellt worden. Eine Haftung und Gewähr wird jedoch ausgeschlossen

Ein Zahnarzt als Meister-Macher

Dr. Karsten Döring ist Präsident des Handballvereins THC Erfurt

Erfurt (nz). Zwei deutsche Meistertitel hintereinander – 2011 und 2012 –, Pokalsieg 2011 und Champions-League-Teilnahme – im deutschen Frauen-Handball ist der THC Erfurt-Bad Langensalza derzeit das Maß aller Dinge. Am Erfolg der derzeit besten deutschen Handballerinnen hat ein Thüringer Zahnarzt gehörigen Anteil: Dr. Karsten Döring, niedergelassener Zahnarzt mit einer Praxis in der Erfurter Altstadt, ist Klubpräsident des THC – und damit so etwas wie der Uli Hoeneß des Erfurter Handballs.

Seit sieben Jahren spielen die THC-Frauen in der 1. Bundesliga. Karsten Döring und die Mannschaft sind aber schon länger ein Gespann, genauer: seit 1996, als die Frauenmannschaft des einstigen TSV Erfurt zum neu gegründeten Klub HC Erfurt stieß. „Die Frauen suchten einen neuen Verein und wir suchten eine Mannschaft für den Spielbetrieb“, blickt der in Kürze 53-Jährige auf die Anfangsjahre zurück. Ein Aus für die Handballfrauen hätte schließlich auch das Ende einer jahrzehntealten Tradition bedeutet. In der DDR spielten die Handballerinnen der Betriebssportgemeinschaft UT Erfurt in der höchsten Spielklasse, der Oberliga. UT Erfurt – das war auch eine der Mannschaften, in denen Karsten Döring selbst lange als Handballer aktiv war. „Immerhin bis zur 3. Liga, der DDR-Regionalliga, habe ich es geschafft.“ Seine Leidenschaft für den Handball hatte er mit 14 Jahren in seinem Heimatort Schmalkalden entdeckt – und ihr dann auch während der Armeezeit und des Zahnmedizin-Studiums in Jena und Erfurt gefrönt.

Nach der Wende machte er wie fast alle seiner UT-Mannschaftskameraden Schluss mit dem Wettkampfsport. „Berufsbedingt war das für uns nicht mehr zu schaffen“, erzählt er. Döring ließ sich als Zahnarzt in Erfurt nieder, baute eine Praxis auf, in der heute ein Dutzend Mitarbeiter beschäftigt sind.

Als der von Döring und einigen Mitstreitern gegründete HC Erfurt die TSV-Frauen „erbte“, waren die großen sportlichen Erfolge noch nicht abzusehen. Schritt für Schritt kam die Mannschaft voran: über die 3. und die 2. Liga arbeitete sie sich in die höchste deutsche Spielklasse vor. Seit dem Vorjahr duelliert sie sich in der Champions League mit den besten europäischen Handballklubs.

Doch der THC ist nicht nur die 1. Frauen-Mannschaft. Der Verein mit rund 400 Mitgliedern ist in mehreren Ligen aktiv und bekannt für seine gute Nachwuchsarbeit mit Mannschaften von der E-Jugend – den acht- bis zehnjährigen Kindern – aufwärts. „Wir holen die besten Talente aus



Dr. Karsten Döring und „seine“ Handball-Frauen. Der Erfurter Zahnarzt ist Präsident des THC Erfurt-Bad Langensalza, dessen Frauenteam deutscher Meister und Champions-League-Teilnehmer ist.

ganz Deutschland nach Erfurt“, berichtet Karsten Döring mit unverhohlenem Stolz. Sie lernen am Erfurter Sportgymnasium und spielen im THC. Dabei helfen auch Stipendien, die der THC an die Nachwuchshandballer vergibt. „Ohne das Stipendium könnten sich manche Familien das sonst gar nicht leisten“, hat der Klubpräsident oft erfahren müssen. Finanziert werden die Stipendien von Sponsoren – ein Ergebnis von Karsten Dörings intensiver Lobbyarbeit bei potenziellen Förderern. Sponsorsuche und Kontaktpflege ist eine der wichtigsten Aufgaben des Klubpräsidenten. Auch die Einnahmen, die das 1. Bundesliga-Team etwa aus Werbeverträgen erzielt, fließen zu einem Großteil in die Jugendarbeit.

Obwohl eigentlich das sportliche Aushängeschild der Landeshauptstadt – die großen Leichtathletikzeiten sind lange vorbei, die Eisschnellläufer haben auch schon bessere Jahre gesehen und die Fußballer dümpeln in der 3. Liga herum – die rich-

tige Heimat hat der THC nicht in Erfurt, sondern in Bad Langensalza gefunden. Dafür gibt es nicht nur einen praktischen Grund – der Klub ging aus einer Fusion von HC Erfurt und Empor Bad Langensalza hervor. Auch die Handballbegeisterung sei in der kleinen Stadt im Unstrut-Hainich-Kreis größer als in Erfurt, findet Döring. „Die Fans stehen hinter uns, die Halle ist voll, die ganze Stadt freut sich, wenn wir Meister werden.“ In Erfurt herrsche hingegen „ein gewisses Desinteresse“ – auf den Glückwunsch von OB Andreas Bausewein (SPD) zum Titelgewinn warte er noch heute. Dem Ehrgeiz der THC-Bundesliga-Frauen, in der gerade begonnenen neuen Spielzeit wieder Meister werden zu wollen, tut das natürlich keinen Abbruch.

Sein Interesse für den Sport hat Karsten Döring übrigens auch an seinen Sohn Stefan weitergegeben, allerdings in einer anderen Sportart. Der junge Zahnmediziner ist Judoka in Erfurt. Und das mit zwei deutschen Meistertiteln äußerst erfolgreich.



Die erfolgreichen Frauen des THC – die Mannschaft ist zweimaliger deutscher Meister und spielt in der Champions League.

Fotos/Montage: © Marcel Mende/Foto-MAXX GmbH (www.foto-maxx.de)

Wir gratulieren!

zum 91. Geburtstag:

Frau SR Stephanie Treppschuh,
Gotha (2.10.)

zum 84. Geburtstag:

Herrn SR Dr. Wolfgang Mölle,
Eisenach (7.10.)

Herrn MR Dr. Hans Wilhelm Gottschalt,
Schleiz (9.10.)

Herrn SR Dr. Rolf Zegar,
Meiningen (16.10.)

zum 78. Geburtstag:

Herrn MR Dr. Eberhard Möckel,
Berka (4.10.)

zum 77. Geburtstag:

Herrn SR Christian Träger,
Wiehe (10.10.)

zum 75. Geburtstag:

Herrn Hans Rüger, Mohlsdorf (24.10.)

zum 74. Geburtstag:

Frau Monika Witte, Weimar (13.10.)

Frau Edda Röther,
Bad Liebenstein (26.10.)

Frau Dr. Brigitte Küttner, Suhl (30.10.)

zum 73. Geburtstag:

Frau Christl Billep, Triptis (12.10.)

zum 72. Geburtstag:

Frau Maria Rohner, Uder (25.10.)

zum 71. Geburtstag:

Frau Dr. Ursula Weisflog,
Bad Köstritz (3.10.)

Herrn Dr. Bernd Müller,
Mühlhausen (8.10.)

Frau Anke Grundmann,
Darnstedt (13.10.)

zum 70. Geburtstag:

Herr Dr. Lothar Bergholz,
Eisenach (6.10.)

Herrn SR Dr. Wolfgang Grimm,
Gotha (22.10.)

zum 69. Geburtstag:

Herrn Dr. Gert Vojtech,
Salomonsborn (11.10.)

Herrn Uwe Mosch, Rudolstadt (14.10.)

Frau Adelheid Tschammer,
Erfurt (23.10.)

zum 68. Geburtstag:

Herrn Dr. Wolfgang Wurschi,
Suhl (14.10.)

Frau Brita Uhlig, Suhl (30.10.)

zum 67. Geburtstag:

Frau Helga Weiße, Sangerhausen (15.10.)

Frau Marlen Hennicke, Sonneberg (15.10.)

Herrn Walther Vollandt, Weimar (25.10.)

zum 66. Geburtstag:

Herrn Dr. Klaus Blüthner, Erfurt (9.10.)

Herrn Dr. Jürgen Haas, Gerstungen (15.10.)

zum 65. Geburtstag:

Frau Ingelore Raabe, Kölleda (1.10.)

Frau Dr. Elisabeth Löhr, Erfurt (7.10.)

Frau Angela Hebenstreit, Altenburg (9.10.)

zum 60. Geburtstag:

Frau Gudrun Kral, Suhl (10.10.)

Frau Dr. Monika Bauer, Jena (16.10.)

Frau Anita Groß, Bad Liebenstein (25.10.)

Kleinanzeigen

Praxisabgaben

Praxisabgabe LK SLF-RU

Langjährig etablierte Landpraxis mit solidem Patientenstamm aus Altersgründen abzugeben.

Chiffre: 311

ZA f. Übernahme einer renommierten ZAP im Ilmkreis z. frühestmgl. Zeitpunkt gesucht. (Einarbeitung möglich)

Chiffre: 312

Etabl. GP in Freiberg (im Ärztehaus Wohngeb.) sucht Nachfolger für Kooperation, später evtl. Gesamtübernahme.

Chiffre: 313

Stellenangebot

Sichere Zukunft Periph. Düsseldorf

Best. etabl. Gem-Praxis, Schwerpkt. ZE-Kons, sucht qualitätsorientiert. ZA/ZÄ angest. oder als Partner.

Chiffre: 309

Vertretung

Nordhausen/Bad Frankenhausen

Wir suchen ab Dez. 2012 frdl. enga. ZÄ/ZA zur Schwangerschaftsverf. für 20–25 h/Woche

www.zahnarztpraxis-kott.de

Tel. 034671/64018

Antworten auf Chiffre-Anzeigen senden Sie mit der Chiffre-Nr. auf dem Umschlag an: WA Kleine Arche GmbH, Holbeinstr 73, 99096 Erfurt. Den **Kleinanzeigen-Coupon** finden Sie im Internet auf www.kleinearche.de unter Download.

Biathlon-Meisterschaften für Zahnärzte in Oberhof

Oberhof (tzb). Bei der 3. DKB-Meisterschaft im Biathlon ermitteln die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Apotheker aus Thüringen die Besten ihrer Zunft. Die Meisterschaften werden am Sonntag, dem 11. November, in der Skihalle Oberhof ausgetragen. Im Einzelrennen über 3,3 Kilometer geht es zweimal an den Schießstand, in der Staffel (4 x 2,2 Kilometer) einmal. Eingewiesen werden alle Teilnehmer von ehemaligen Olympia-

siegern und Weltmeistern wie Frank Luck und Sven Fischer. Dazu gibt es eine Rundumbetreuung mit Physiotherapeuten sowie Snacks und Mahlzeiten. Auf den Wettkampf vorbereiten können sich die Teilnehmer bei einem offiziellen Training am Abend des 7. November. Hier besteht auch die Möglichkeit, das Schießen zu üben. Eine weitere Trainingsmöglichkeit besteht auch im Rahmen der jährlichen Veranstaltung „Der Sport

forstet auf“ am 13.10.2012, bei der jährlich 1000 Bäume rund um die DKB-Ski-Arena gepflanzt werden. Einige Startplätze für die Meisterschaften sind noch frei, die Organisatoren bitten um zeitnahe Anmeldung.

Termin: Sonntag, 11. November

Ort: Skihalle Oberhof

Anmeldung: www.dkb.de/meisterschaften

Knochenabbau bei Parodontitis – ein neuer Therapieansatz

Dr. Ronald Möbius MSc, Brüel

Einleitung und Problemdarstellung

Seit Jahren sind das Biofilmmangement, die professionelle Zahnreinigung und die ständigen Bemühungen zur Motivation einer effektiveren häuslichen Mundpflege im stetigen Aufwärtstrend. Getragen von der Aus- und Weiterbildung, der Fachpresse, der Forschung, der Entwicklung und der Industrie haben wir ständig bessere Grundlagen, Möglichkeiten und technische Voraussetzungen, in der Zahnreinigung und im Biofilmmangement wirksam zu werden. Die Motivation und Aufklärung der Patienten hat heute einen nie gekannten Höchststand erreicht. Dass dieser Trend Früchte trägt, zeigt die aktuelle Statistik der Bundeszahnärztekammer in Bezug auf Kariesrückgang. Die Bereitschaft der Patienten, mehr Geld für Mundpflegeartikel und professionelle Zahnreinigung auszugeben, steigt kontinuierlich Jahr für Jahr. Im Kariesrückgang konnten beachtliche Erfolge erreicht werden.

Oberhalb des 30. Lebensjahres sind Parodontalerkrankungen die Hauptursache für den Zahnverlust. Was haben wir hier in den Jahren erreichen können? Der Vergleich der großen Studien DMS III (1997) und DMS IV (2005) zeigt in Abbildung 1 eine Zunahme des Attachmentverlustes von 3,4 zu 4,1 mm und in Abbildung 2 eine Zunahme des Papillenblutungsindex von 0,9 zu 2,1 und eine Verschlechterung des CPI von 2,2 zu 2,8.

In den großen IDZ-Studien Reich (1993), Glockmann und Köhler (1998), und Glockmann (2007) wurden die Ursachen für Zahnverlust analysiert, Abbildung 3. Auch der Vergleich dieser Studien zeigt einen deutlichen Trend zur Zahnerhaltung, außer bei den Parodontalerkrankungen.

Seit 1993 haben wir eine ständige Zunahme des Zahnverlustes aus parodontologischer Ursache. Die Autoren der DMS-Studie Michaelis

und Schiffner kamen 2006 in Auswertung dieser Studien zu den Schlussfolgerungen:

- es besteht eine sehr junge Prävalenz völlig entzündungsfreier Gebisse
- drei Viertel aller Probanden haben eine höhere Parodontitisprävalenz
- die Maßnahmen der Parodontitisprophylaxe greifen nicht
- der Schweregrad der parodontalen Destruktion nimmt zu.

Der neue Therapieansatz

Durch die großen Verbesserungen im Mundpflegeverhalten der Patienten, durch ihre veränderten Ess- und Trinkgewohnheiten und ganz entscheidend durch unsere sehr viel effektiveren zahnärztlichen Behandlungsmöglichkeiten in der Parodontologie können wir heute wesentlich effektiver die Virulenz der parodontalpathogenen Keime reduzieren.

Aber Bakterien machen keinen Knochenabbau. Knochenabbau entsteht durch körpereigene Prozesse. Durch die verringerte Virulenz der Keime verringert sich das parodontale Entzündungsgeschehen. Ob sich der parodontale Knochenabbau, das Boneremodelling von alleine wieder normalisiert, bleibt fraglich. Bei einem parodontalen Risikopatienten ist das Boneremodelling zu Ungunsten des Knochenaufbaues verschoben – es nützt folglich wenig, nur die Virulenz der Keime zu reduzieren. Bei diesen Patienten muss zur lebenslangen Zahnerhaltung direkt eine Therapie des Boneremodelling erfolgen.

In Abbildung 4 ist das Problem schematisch dargestellt. Plaque, pathogene Mikroorganismen, Biofilm führen zu einer entzündlichen Wirtsantwort und diese wiederum hat Einfluss auf die Mikroorganismen und den gesamten Biofilm. Alle uns bekannte parodontalen Therapievarianten einschließlich verbesserte Mundhygiene, professionelles Biofilmmangement, Antiseptika, Antibiotika, Laser, Ozon, und photodynamische Therapien greifen an dieser Stelle in den Prozess ein. Aber mit den bisher bekannten Therapievarianten haben wir keinen

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Barometer Verlagsgesellschaft mbH Leipzig, Ersterscheinung: Dental Baromater 7/2011

Korrespondenzanschrift

Dr. Ronald Möbius
info@moebius-dental.de
Fax: 038483/31539

Vergleich der Daten von DMS III (1997) und DMS IV (2005)
anhand der Ergebnisse des Extent and Severity Index (ESI), des Attachmentverlustes (AV) und bei Erwachsenen (35-44 Jahre)

	DMS III	DMS IV
Mittelwert Extent > 2mm (%)	45,4	42,4
Mittelwert Severity (mm)	3,7	3,9
Mittlerer AV (mm)	4,8	4,8
AV > 6mm (%)	30,5	31,1
Perzentil (mm)	3,4	4,1

Abbildung 1

Michaelis & Schiffner 2006

Vergleich der Daten von DMS III (1997) und DMS IV (2005)
anhand der Ergebnisse des Papillen – Blutungs - Index (PBI) und Community Periodontal Index (CPI) bei Erwachsenen (35-44 Jahre)

	PBI		CPI	
	DMS III	DMS IV	DMS III	DMS IV
	%	%	%	%
Grad 0	21,9	7,4	15,1	0,5
Grad 1	13,1	28,4	10,2	11,8
Grad 2	21,9	30,1	28,5	14,4
Grad 3	29,1	19,7	32,2	52,7
Grad 4	13,9	14,4	14,1	20,5
Mittelwert	0,9	2,1	2,2	2,8

Abbildung 2

Michaelis & Schiffner 2006

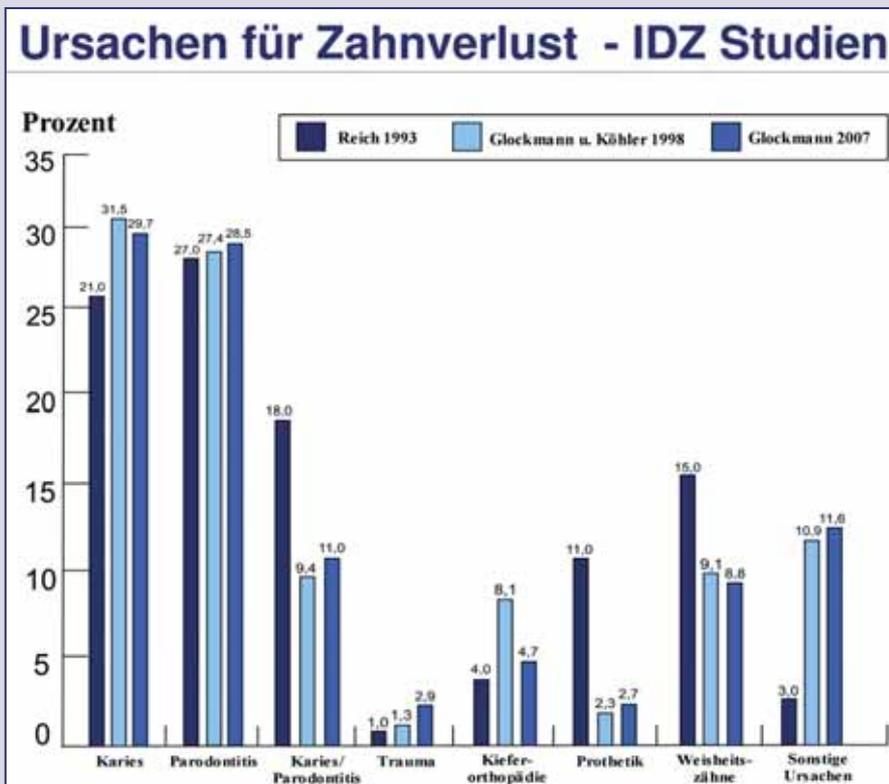


Abbildung 3

Dr. MSc. Ronald Möbius

Einfluss auf genetische und nicht genetische Faktoren. Für einen parodontalen Risikopatienten, der seine individuelle Ursache im Ungleichgewicht seines Boneremodelling in einem genetischen oder nicht genetischen Faktor hat, ist selbst mit völlig entzündungsfreier Situation das Boneremodelling nicht wesentlich zu beeinflussen.

Wie die Abbildung 4 zeigt, ist bei einem PA-Risikopatienten, selbst in entzündungsfreier Situation, weiterer parodontaler Knochenabbau durch die bekannten Therapiemaßnahmen nicht zu verhindern.

Therapie

Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur

zu managen (Bachmann 2005). Nimmt die Bakterienflora einen parodontalpathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und zur spezifischen Immunreaktionen (Heidemann et. al. 2005). Bakterien sind der Auslöser, nicht die Ursache der Parodontitis. Die parodontale Destruktion erfolgt durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile. Unser Wissen auf diesem Gebiet ist enorm gestiegen. Aber der effektive Nutzen für unsere parodontal erkrankten Patienten entspricht immer noch nicht unseren Erwartungen in der täglichen Arbeit. Es ist schwierig, in der gesamten Gruppe der parodontalen Risikopatienten, ohne drastisch einschneidende Maßnahmen, sichere vorausschauende Zahnerhaltung zu betreiben. Die gesamte Forschung und Wissenschaft dreht sich um eine „gesunde Mundflora“. Wie gesund muss die

Mundflora bei dem einzelnen Patienten sein, um keine parodontaldestruktive Wirtsreaktion auszulösen? Und selbst wenn diagnostische Marker zur Reduzierung bestimmter parodontalpathogener Keime raten, ist die therapeutische Konsequenz PZR, Taschenreinigung, verbesserte Mundpflege, Antiseptika, Antibiotika. Dieses führt zu einer Veränderung der Mundflorazusammensetzung. Die Qualität und Quantität der Bakterien in der Mundflora wird sich ändern, aber Bakterien werden bleiben. Die Forschung und Wissenschaft bemüht sich über die qualitative und quantitativ veränderte Mundflora weniger Wirtsreaktionen auszulösen. Indirekt durch verminderte parodontal immunologische Reaktionen wird der Destruktionsprozess verlangsamt. Aber in der parodontalen Risikogruppe wird es dennoch zum Zahnverlust kommen. Die immunologischen Abläufe, die zum Knochenabbau führen, sind genetisch determiniert, aber beeinflussbar. Das erklärt, warum wir Patienten mit parodontalpathogenen Keimen ohne wesentliche Parodontitiszeichen kennen, und warum Patienten, trotz effektiver Zahnpflege und professioneller Unterstützung, mit weiterem Knochenabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust rechnen müssen.

Wie in Abbildung 5 zu sehen, ist das Herausfiltern der entsprechenden Risikopatienten von entscheidender Bedeutung. Patienten ohne parodontales Risiko sprechen sehr gut auf die bekannten Therapiemöglichkeiten an. Da wir in der Regel keine Restitutio ad integrum, sondern lediglich eine Defektheilung erreichen und da sehr oft selbst nach erfolgreicher Motivation der Patient in sein altes Verhaltensmuster zurückgeht, ist ein individuelles Recall genauso wichtig wie die eigentliche Therapie.

Je nachdem, wie weit die Vorschädigung bereits erfolgt ist, ist nach der Therapie die Eingliederung in ein halb- oder vierteljährliches Recall erforderlich. Bei konsequenter Durchführung ist die Prognose hier sehr gut.

Bei parodontalen Risikopatienten hingegen bleibt ohne direkte Therapie des Boneremodelling für die Zähne die Prognose infaust. Bei diesen Patienten reichen die bislang praktizierten parodontalen Therapien nicht aus, um eine lebenslange Zahnerhaltung zu erreichen, weil alle bislang praktizierten Therapievarianten über eine Verringerung der Virulenz der Keime, über eine Entzündungsreduktion das erkrankte Parodontium therapieren. Beim parodontalen Risikopatienten ist aber die immunentzündliche Wirtsantwort nicht die einzige Ursache für die Verschiebung im Boneremodelling. Selbst wenn der Patient parodontal entzündungsfrei ist, wird sich das Boneremodelling nicht von alleine normalisieren. Für den parodontalen Risikopatienten ist das Biofilmmangement inklusive Therapie der Entzündungen der erste Teil der Behandlung. Nachfolgend ist unbedingt die Therapie des Boneremodelling erforderlich.

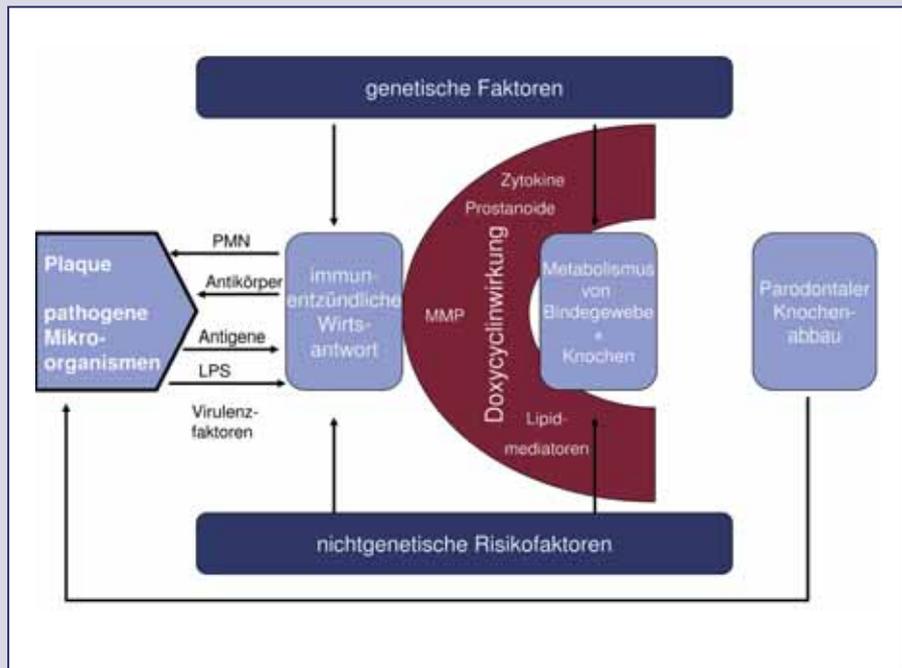


Abbildung 4

Direkte Therapie des Boneremodelling

Gute Mundhygiene und selbst professionelle Zahnpflege können die Folgen und Schwächen der natürlichen Abwehrmechanismen nur in begrenztem Maße ausgleichen. Dafür benötigen wir einen direkten therapeutischen Eingriff in das parodontale Boneremodelling. Während direkte MMP-Inhibitoren und Probiotics zurzeit erforscht werden, steht uns lokales Doxycyclin zur Anwendung zur Verfügung. Alle anderen bekannten Maßnahmen, wie Mundhygiene PZR, Laser, Ozon, Photodynamische Therapie, Antiseptika und Antibiotika haben nur einen indirekten Einfluss auf den parodontalen Knochenabbau. Über eine verringerte Wirtsreaktion erhofft man sich bei dieser Therapie indirekt, durch Verbesserung der klinischen Situation, eine Normalisierung des Boneremodelling. Tetracycline hemmen reversibel den parodontalen Knochenabbau und greifen so direkt in den Knochenumbauprozess ein, wobei das Doxycyclin das wirksamste Tetracyclin ist. Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiotische Wirkung im Vordergrund.



Abbildung 5

Doxycyclin hat eine bis zu 70prozentige kollagenolytische Aktivität und ist so für die direkte Therapie des aus dem Gleichgewicht geratenen Boneremodellingprozesses besonders geeignet. Doxycyclin ist ein Mitglied der Tetracyclingruppe und hat pharmakokinetisch eine Plasmahalbwertszeit von 18 bis 22 Stunden, und somit die längste Halbwertszeit der Tetracycline. Doxycyclin wirkt bakteriostatisch, vermehrungshemmend. Die Wirkung ist reversibel und in die Immunabwehr eingreifend. Der Wirkmechanismus erfolgt mit direktem Eingriff in die Proteinsynthese, durch Hemmung der t – RNA – Bindung. Es erfolgt eine

Bindung an der 30S – Untereinheit. Dieses führt zur reversiblen Blockade der Akzeptorstelle (Naber 2004). Aufgrund der hohen Lipophilie penetriert Doxycyclin in das parodontale Gewebe sehr gut und wird außerdem aktiv von Wirtszellen aufgenommen. Deshalb wirkt es auch auf im Intrazellularraum von Wirtszellen befindliche Bakterien wie *A. actinomycetemcomitans* und *P. gingivalis* (Wachter 2005). Doxycyclin hat eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe. Vor allem in der lokalen Anwendung stellt es das Mittel der Wahl dar (Puschmann 2003). Doxycyclin hat für uns in der Parodontologie zwei unterschiedliche Wirkungs-

richtungen. Zum Einen ist Doxycyclin ein Breitbandantibiotikum mit dem von uns benötigten Wirkungsspektrum, zum Anderen hat Doxycyclin die Fähigkeit, die Kollagenaseaktivität zu hemmen (Golub et al. 1985a, Weiner et al. 1979). In vitro – wie auch bei In-vivo-Versuchen – konnte diese spezifische direkte Hemmung der Kollagenaseaktivität durch Tetracycline bewiesen werden (Sorsa et al. 1995, Weiner et al. 1979). Diese Eigenschaft haben nur die Tetracycline und keine anderen Antibiotika. Golub et al. (1985b) wiesen darauf hin, diese Eigenschaft der Tetracycline unbedingt in der Therapie von Parodontalerkrankungen zu

nutzen. Tetracycline reduzieren in vivo wie auch in vitro die Aktivität der kollagenolytischen Enzyme um mehr als 70%, unabhängig von der antimikrobiellen Effektivität der Antibiotika (Golub et al. 1985b). Dieser Effekt ist besonders bei Doxycyclinapplikationen ausgeprägt. Ratka-Krüger et al. (2005) zeigten in einer Multicenterstudie, dass drei Monate nach einer 15%-Doxycyclintherapie immer noch ein deutlicher Unterschied zur Placebogruppe besteht. Kim et al. (2004) konnten in einem klinischen Vergleich von zwei Doxycyclin-Gels feststellen, dass selbst nach Konzentrationsabfall von anfänglichen 1.400 auf 200 µg/ml der antibiotische Effekt vorhanden ist. Doxycyclin hat in der Parodontaltherapie Vorteile in der Anwendung. Es handelt sich um ein Tetracyclinderivat mit einer besonderen Affinität zur Gingivalflüssigkeit und erreicht hier eine sehr hohe Konzentration (Gordon et al. 1981, Pallenstein-Heldermann 1984). Doxycyclin ist ein Breitbandantibiotikum. Im Gegensatz zu anderen parodontal eingesetzten Antibiotika, wie z.B. Metronidazol mit einem sehr engen Wirkungsspektrum (Köhler et al. 2001).

Kommt es zu einer Parodontitis, dann proliferieren die gramnegativen Keime (Newmann & Socransky 1977). Die von den gramnegativen Keimen stammenden Endotoxine stimulieren die Kollagenaseaktivität der Fibroblasten und der Makrophagen, indem sie Proteasen erzeugen, die latente Formen von Säugetierkollagenasen aktivieren. Da mit einer Verringerung der gramnegativen Keime an der gesamten Mikroflora auch eine Abnahme der Endotoxinkonzentration verbunden ist, kann die antimikrobielle Wirksamkeit der Tetracycline als ein Mechanismus bei der Hemmung der Kollagenaseaktivität angesehen werden (Sorsa et al. 1992, Sorsa et al. 1995). Das Gros der Kollagenaseaktivität in der Gingivalflüssigkeit entspringt endogen aus dem erkrankten Gewebe, in den periodontalen Taschen und nur in sehr geringem Umfang exogen aus subgingivalen Mikroorganismen (Golub et al. 1985b, Puschmann 2003). Im Tierexperiment konnten Golub et al. (1983) zeigen, dass die kollagenolytische Aktivität auch unabhängig von der Endotoxinkonzentration in der Sulkusflüssigkeit durch Tetracyclinbehandlung reduziert wird. In einem Versuch mit Ratten, in denen die Kollagenolyse durch einen künstlich induzierten Diabetes mellitus ausgelöst wurde, konnte unter keimfreien Bedingungen die Aktivität der Kollagenase um zwei Drittel gesenkt werden. Ebenfalls im Tierexperiment konnten Golub et al. (1985a) zeigen, dass Tetracycline die Kollagenase – Aktivität der polymorphonuklearen Leukozyten inhibiert. Die antikollagenolytische Wirksamkeit der Tetracycline wird auf die Chelat-Wirkung dieser Antibiotika zurückgeführt. Kollagenase, wie auch andere kollagenolytische metall-neutrale Proteasen, sind kationabhängige Enzyme. Kal-

zium und Zink sind für die aktive Konformation und die hydrolytische Aktivität notwendig (McCartney & Tschesche 1981). Die Möglichkeit der Tetracycline, diese Metallionen reversibel zu binden, scheint die antikollagenolytische Wirkung zu erklären. Tatsächlich hebt ein Überschuss an Kalzium-Ionen den Antikollagenase-Effekt der Tetracycline vollständig wieder auf (Golub et al. 1985a, Golub et al. 1983, Golub et al. 1985b). Dieser Antikollagenase-Effekt der Tetracycline hat unterschiedliche nicht antimikrobielle Wirkmechanismen (Golub et al. 1998).

Tetracycline hemmen die Kollagenasen. Durch eine einmalige Doxycyclinapplikation erhöht sich auch die Anzahl der Osteoblasten. Bei einer längeren Applikation von Doxycyclin ändert sich der Aktivierungsstand der Osteoblasten (Gomes & Fernandes 2006). Zetner & Stoian (2005) zeigten in ihren Tierversuchen eine beschleunigte Regeneration des Kieferknochens durch eine einmalige Doxycyclinapplikation in die Knochentaschen. Eickholz et al. (2002) führten klinische Studien mit einem 15%-Doxycyclin-Gel durch und kamen zu dem Resultat, dass damit auch tiefe Taschen erfolgreich behandelt werden können und die Indikation für die chirurgische Parodontaltherapie in Richtung tiefer Taschen verschoben werden kann. Der positive Begleiteffekt der parallelen Tetracyclintherapie, der sich mit einem Stopp des weiteren Fortschreitens der Taschentiefen und des Alveolarknochens äußert, konnte von zahlreichen Autoren bestätigt werden. Genco et al. (1978), Lindhe et al. (1983) und Slots & Rosling (1983) kommen mit der Tetracyclin-Paralleltherapie zu dem Resultat der Verringerung der Taschentiefen. Pallenstein-Heldermann (1984) kam durch seine klinische Studie zu der Schlussfolgerung, dass eine chirurgische Methode zur Ausrottung der Bakterien, die bereits die Bindegewebschranke überschritten haben, denselben Effekt bringt, wie eine konventionelle Behandlung mit Tetracyclin – Paralleltherapie.

Nachsorge

Ein parodontaler Risikopatient wird immer erhöht anfällig bleiben und muss nach der Therapie in ein für ihn individuelles Recallsystem integriert werden.

Eine einmal durchgeführte Therapie mit Tetracyclinen reduziert die kollagenolytische Aktivität bis zu fünf Wochen nach dem Abschluss der Tetracyclintherapie. Bei Doxycyclin hält dieser Effekt bis zu zwei Monate an. Bis zur vollständigen Aktivitätsanpassung der Kollagenasen vergeht bis zu ein Jahr (Golub et al. 1985b, Caton et al. 2001). In unseren Studien mit 1488 Patienten über fünf Jahre, veröffentlicht im Dental Barometer 3/2010, konnten wir zeigen, dass eine regelmäßige lo-

kale Applikation von Doxycyclin nach erfolgtem Biofilmmangement in alle Taschen tiefer als 3 mm ausreichend ist, um auch bei parodontalen Risikopatienten Zahnverlust und Knochenabbau zu verhindern. Der maximal mögliche Recall-Abstand für den parodontalen Risikopatienten sollte drei Monate nicht übersteigen.

Zusammenfassung

Bakterien machen keinen parodontalen Knochenabbau. Dieser entsteht durch körpereigene Prozesse. Ein parodontaler Risikopatient hat ein zu Ungunsten des Knochenaufbaues verschobenes Gleichgewicht im Boneremodelling. In Folge dieses Ungleichgewichts kommt es ständig zu vermehrtem parodontalen Knochenabbau. Die Ursachen liegen nicht nur im Biofilm, Mikroorganismen und Wirtsreaktionen, sondern sind auch genetisch und nicht genetisch bedingt. Für den parodontalen Risikopatienten ist eine auf Biofilmmangement ausgerichtete Therapie unzureichend. Diese Patienten benötigen zusätzlich eine direkte Therapie des Boneremodelling mit lokalem Doxycyclin. Doxycyclin hat eine reversible Knochenabbauhemmende Wirkung und bei wiederholter Gabe eine Knochenaufbau fördernde Wirkung. Bedingt durch die reversible Hemmung der Osteoklastenfunktion, werden die destruktiven Knochenbauprozesse unterbrochen und die Parodontose schreitet nicht weiter fort. Diese Eigenschaft besteht losgelöst von der antimikrobiellen Wirksamkeit. Von allen Antibiotika dominieren die Tetracycline mit 66% Resistenzentwicklung. Dadurch wird die antibiotische Wirksamkeit sehr eingeschränkt. Die kollagenolytische Aktivität ist eine rein chemische Reaktion und völlig losgelöst von dieser Resistenzentwicklung. Aufgrund dieser hohen Resistenzentwicklung zählen heute Tetracycline als Antibiotika der 2. Wahl. Im Fazit heißt dies für unsere Parodontaltherapie, sich nicht zu sehr auf die antibiotische Wirksamkeit von Doxycyclin zu verlassen. Wir kennen in der Parodontologie sehr gute klinisch erprobte Therapien zur Entzündungsreduktion. Dazu gehören alle Maßnahmen des Biofilmmagements und der verbesserten häuslichen Mundhygiene, Antiseptika, Laser, Ozon, photodynamische Therapien. Alle diese Maßnahmen reduzieren die gingivalen und parodontalen Entzündungen, haben aber keinen direkten Einfluss auf das Boneremodelling. Dafür benötigen wir zusätzlich das lokale Doxycyclin nach dem Biofilmmangement.

In unseren Studien konnten wir sehen, dass auch für den parodontalen Risikopatienten Zahnverlust und parodontaler Knochenabbau zu verhindern ist, wenn der Patient in ein individuelles Recall mit Biofilmmangement, Entzündungsreduktion und direkter Therapie des Boneremodelling integriert wurde.

tzb

Anzeige

tzb

Anzeige