

ISSN: 0939-5687

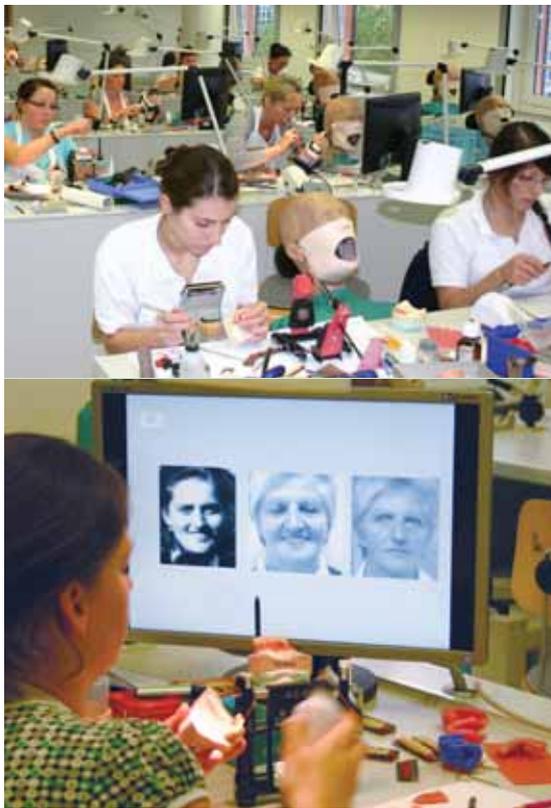
tz**b**

Thüringer Zahnärzte- blatt

09 | 2015



- Freier Eintritt:
Einladung zum
Kammerjubiläum ▶ 13
- Abrechnung:
PAR-Behandlung
in der GKV ▶ 5
- Fortbildung:
Zahnärztliche
Pharmakologie ▶ 17



*“Totalprothetik
ist nicht Endlösung,
sondern Neubeginn”*

Doz. Peter Lerch

Das Erreichen einer möglichst natürlichen, ursprünglichen physiologischen Form des Kauorgans in seiner Gesamtheit ist erklärtes Ziel der individuellen Totalprothetik. Das Erarbeiten der prothetischen Lösung unter Einbeziehung des Patienten fördert nicht nur das Vertrauen und schafft höhere Akzeptanz, es resultiert daraus vor allem auch ein Ergebnis das in puncto Halt, Kaukomfort, Ästhetik und Phonetik den individuellen Anforderungen gerecht wird. Desweiteren kommt der zahntechnischen Lösung die Aufgabe zu, einen störungsfreien Funktionsablauf in den Kiefergelenken und der Muskulatur sowie die Substanzerhaltung des Prothesenlagers zu gewährleisten.

Individuelle Totalprothetik nach dem Lerch Concept®

Wir im Zahntechnik Zentrum Eisenach arbeiten **seit über 20 Jahren** eng mit Peter Lerch zusammen. Um im Herstellungsprozess einer Totalen Prothese nach dem Lerch Concept® gute Ergebnisse zu erzielen, gehen viele vorbereitende Arbeitsschritte und Maßnahmen voraus:

- Modellvermessung und Modellanalyse
- Exakt eingestellte Biss-Schablonen unter Einbeziehung von Zahnarzt, Patient und Zahntechniker
- Festlegung der Basisausdehnung, Lippenfülle, Zungenfreiheit und Phonetik
- Sorgfältige Auswahl von Form, Farbe und Stellung der Kunststoffzähne
- Einprobe in Wachs unter Einbeziehung von Zahnarzt, Patient und Zahntechniker
- Anpassung von Zahnstellungen und Zahnfleischmodellationen unter Berücksichtigung der Patientenwünsche
- Überführung der Wachsaufstellungen in Kunststoff

Die ausreichend dimensionierte Prothesenausdehnung der Basis und eine exakte Positionierung der Zähne führen zur gewünschten Stabilität. **Zahlreiche positive Beispiele aus unserer langjährigen Erfahrung mit dem Lerch Concept®** belegen eine hohe Patientenzufriedenheit. Durch eine gemeinsame sorgfältige Vorbereitung und die systematische prothetische Umsetzung erreichen wir sehr gute Ergebnisse. **Ihre Patienten werden es Ihnen danken!**



Es ist so einfach, zufrieden zu sein!

Zahntechnik Zentrum Eisenach
GmbH & Co. KG
Werneburgstraße 11
99817 Eisenach
Tel. 03691-703000



www.zahntechnikzentrum Eisenach.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gegenwärtig müssen wir uns in Deutschland und Europa im Wesentlichen mit einem Thema beschäftigen, das sogar die Griechenlandkrise scheinbar in den Hintergrund treten lässt. Ich denke Sie alle wissen, es geht um das Thema Flüchtlinge. Kommen doch seit geraumer Weile keine Nachrichten, egal ob gedruckt oder gesendet, mehr zu uns, in denen nicht auf die eine oder die andere Weise dieses Problem mit den Hunderttausenden Asylbewerbern und mit den Flüchtlingen aufgegriffen wird. Und scheinbar fast alle wollen nach Deutschland.

Beide Probleme, Griechenland, wie auch der Flüchtlingsstrom, haben allerdings aus meiner Sicht sehr viel gemeinsam. Man kann dem nicht wirksam in Europa begegnen, weil die EU entscheidende Konstruktionsfehler hat. Einig scheinen mir die Politiker in Europa nur dann, wenn es ums Geldverteilen geht und man die Bevölkerung mit sinnlosen Vorschriften quälen kann, siehe z. B. Glühlampenverbot und Begrenzung der Motorleistung für Staubsauger.

Ansonsten macht jeder Seins, auch dort, wo eigentlich gemeinsames Handeln auf der Agenda steht. Sanktionsmechanismen greifen nicht und die Partikularinteressen jedes einzelnen Landes gehen, ich habe das Gefühl außer bei Deutschland, immer vor. Deshalb ist Griechenland weiter ohne unsere Steuergelder nicht lebensfähig und der überwiegende Teil der Flüchtlinge kommt nach Deutschland. Aber genauso heterogen wie in Europa ist ja durch die föderale Struktur bei uns die Herangehensweise in jedem Bundesland anders. Fest steht, dass das Problem einfach viel zu lange nicht beachtet wurde und noch immer nicht mit der nötigen Priorität behandelt wird. Viel zu lange haben unsere Politiker die Integration der neuen Mitbürger einfach ehrenamtlichen hilfsbereiten Bürgern überlassen und sich aus der Verantwortung gemogelt. Das geht nun aber nicht mehr, das Verhältnis von Hilfsbereiten zu Hilfebedürftigen scheint gerade zu kippen und

deshalb müssen wir schnelle Lösungen anmahnen. Das Nachrichtenmagazin „Focus“ berichtet, dass die 800 Tausend erwarteten Flüchtlinge in diesem Jahr etwa 9,8 Milliarden EUR Steuergelder kosten werden, und das in jedem Jahr zunehmend. Man könnte da als Politiker über die Einführung eines zusätzlichen Flüchtlings-solis nachdenken. Das ist sicher einfacher, als echte Lösungen zu schaffen. Obwohl genau diese auf dem Tisch liegen. Syrische Flüchtlinge werden ausnahmslos anerkannt, warum dann noch ein monatelanges Asylverfahren. Wirtschaftsflüchtlinge aus sicheren Balkanstaaten werden ausnahmslos abgelehnt. Gleiche Frage. Der Umgang mit abgelehnten Bewerbern ist ebenso unterschiedlich. Denken wir nur an den Abschiebestopp, den unsere Landesregierung für abgelehnte Asylanten verfügt hat, was ja nun auch nicht gerade preiswert ist.

Aber da sind wir bei unserer rot-rot-grünen Landesregierung. Seit einem Jahr im Amt ist es ihr auch keinesfalls gelungen, zu dieser Thematik auch nur einen positiven Ansatz zu finden. Vielmehr erscheint die Einführung eines eigenen Migrationsministeriums mit einem scheinbar völlig überforderten Migrationsminister eher ein Schritt in die falsche Richtung zu sein.

Seit ebenso einem Jahr bin ich mit unserem Sozialministerium in Gesprächen, wie wir für unsere Kollegen bei der Behandlung dieser Personengruppe rechtssichere Lösungen schaffen können. Erst kürzlich hatten wir Gelegenheit, mit unserer Ministerin dieses Thema wieder ausführlich zu erörtern. Wir verspürten bei ihr auch ein ganz aufrichtiges und ehrliches Bemühen, diese Probleme zu lösen. Aber das kann und wird dauern, ich hoffe nicht zu lange. Auch eine rot-rot-grüne Regierung muss offensichtlich Realitätenanerkennung erreichen. Die komplizierten Bundesländer-Kompetenzen erinnern mich immer an Tauziehen, dabei ziehen auch alle Beteiligten an einem Strang ...



Aber auch wir müssen über viele Dinge neu nachdenken. Wäre es nicht sinnvoll, auch in unserem Bereich – bei Zahnärzten und Ärzten – die asylsuchenden Kollegen viel schneller auf die eine oder andere Art zu integrieren, z. B. als angestellte Ärzte/Zahnärzte bei den Kommunen zur Betreuung von Asylbewerbern, welche ja nach dem Asylbewerberleistungsgesetz den Sicherstellungsauftrag haben. Das geht natürlich nicht flächendeckend und wir haben unserer Ministerin, unserem Berufsethos folgend, immer wieder versichert, wir Thüringer Vertragszahnärzte sind gern bereit, diese Patientengruppe zu behandeln, aber die Rahmenbedingungen müssen stimmen. In meiner Landpraxis waren im 2. Quartal erstmalig acht Asylbewerber in Behandlung. Alle Behandlungen waren absolut nötig, die Patienten hatten Beschwerden, ohne Zweifel. Dabei ist es mir mit viel Aufwand gelungen, für zwei Patienten Behandlungsscheine zu bekommen, die die KZV auch anerkannt hat. Bei den anderen sechs Behandlungsfällen habe ich zwar die Leistungen erbracht und die Kosten gehabt, aber keine Honorierung. Ich bin mir sicher, dass es anderen Praxen auch so ergangen ist und ergeht und in den Schwerpunktpraxen wesentlich mehr Patienten betreut werden. Das z. B. meine ich damit, dass sich die Politiker aller Parteien bis jetzt einfach darauf verlassen haben, dass es Gutmenschen gibt, die schon helfen werden. Nur so geht es nicht weiter, auch hier sind bereits flächendeckende Lösungen entwickelt worden, die dafür sorgen, dass diese Leistungen honoriert werden. Sie müssen bloß umgesetzt werden. Hoffentlich kommen unsere Politiker bald über ihr ehrliches Bemühen hinaus.

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

Editorial 3



Kassenzahnärztliche Vereinigung

<i>PAR-Behandlung für gesetzlich Versicherte</i>	5
<i>Motorradfahren in der Rhön</i>	8
<i>Versorgungsgradfeststellung</i>	9



Landeszahnärztekammer

<i>Der neue Vorstand der Landeszahnärztekammer</i> . . .	10
<i>Souveräner kommunizieren</i>	12
<i>Aller Anfang – leicht gemacht!</i>	12
<i>Tausende Blumen zum Geburtstag</i>	13



Fortbildung

<i>Update der zahnärztlichen Pharmakologie</i>	17
--	----

Weitere Rubriken

<i>Praxisführung</i>	14
<i>Kleinanzeigen</i>	16
<i>Glückwünsche</i>	16

Thüringer Zahnärzte- blatt

24. Jahrgang

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:
Landes Zahnärztekammer
Thüringen und Kassenzahnärztliche
Vereinigung Thüringen

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

Redaktion:
Rebecca Otto (LZKTh)
Dr. Karl-Heinz Müller (KZVTh)
Matthias Frölich (LZKTh)

Anschrift der Redaktion:
Landes Zahnärztekammer
Thüringen
Barbarossahof 16, 99092 Erfurt
Tel: 03 61 74 32 -136
Fax: 03 61 74 32 -236
E-Mail: presse@lzkth.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 über-
nommen.

**Anzeigenannahme
und -verwaltung:**
Werbeagentur Kleine Arche GmbH,
Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt
Tel: 03 61 7 46 74 -80, Fax: -85
E-Mail: info@kleinearche.de
Internet: www.kleinearche.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste
Nr. 13 seit 01.01.2015.

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

Gesamtherstellung/Satz/Layout:
WA Kleine Arche GmbH

Druck und Buchbinderei:
Druckhaus Gera GmbH

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

Oktober-Ausgabe 2015:
Redaktions- und Anzeigen-
buchungsschluss: 25.09.2015
Auflage dieser Ausgabe: 2.700
ISSN: 0939-5687

PAR-Behandlung für gesetzlich Versicherte

Teil 1 – Einordnung im Sachleistungssystem

Von Dr. Uwe Tesch



Dr. Uwe Tesch, Referent für vertragszahnärztliche Berufsausübung

Foto: kzvth

Jährlich werden in Deutschland etwa eine Million PAR-Behandlungen für GKV-Versicherte abgerechnet. Eine etwa gleich hohe Anzahl inserierter enossaler intraoraler Implantate stehen dem gegenüber. Betrachtet man diverse epidemiologische Untersuchungen (SHIP, DMS u. a.), so konnte die Prävalenz parodontaler Erkrankungen allerdings nicht wirklich reduziert werden. Ursächlich hierfür sind u. a. sicherlich das steigende Durchschnittsalter unserer Bevölkerung sowie die durch prophylaktische Maßnahmen wachsende Zahl von Menschen aller Altersgruppen mit einem „Mehr“ an natürlich verankerten Zähnen.

Bemerkenswert sind auch Tendenzen, dass sich Parodontologie zunehmend nicht mehr nur aus sich selbst heraus definiert, sondern um sich greifende Gesundheitsprobleme industrialisierter Länder (Parkinson, Demenz, Frühgeburten usw.) in Anspruch genommen werden. Unabhängig von Design und Datenvalidität der jeweiligen Studie – gibt es hier vielleicht ein „Wahrnehmungsproblem“ in der Öffentlichkeit und Medizin oder speziell auch in der Zahnmedizin? Ist auch zukünftig die reine „Depuration“ der Zahnoberfläche sowie angrenzender Weichgewebe das Mittel der Wahl oder werden vermehrt Maßnahmen des „Biofilm-Managements“ (vielleicht auch im unterschwelligen Bereich) hier das Maß der Dinge?

In der KZV Thüringen werden jährlich etwa 21.500 systematische PAR-Behandlungen abgerechnet. Eine vermeintliche Steigerungstendenz der letzten Jahre ist dabei eher zu vernachlässigen.

Fragen müssen erlaubt sein:

- Wird jeder Vertragszahnarzt u. a. im nötigen Umfang der Aufgabe, Symptome parodontaler Erkrankungen zu erkennen und ggf. zielgerichtet zu behandeln gerecht?
- Passt das mit der oben aufgezeigten Entwicklung zusammen?
- Therapieren wir „ausreichend“ oder wird es uns einfach nur zunehmend schwerer möglich (gemacht) und „unlukrativ“, moderne Konzepte in der Praxis umzusetzen?
- Bringen uns in den Kernbereichen nunmehr 21 Positionen im Teil E der GOZ gegenüber 7 Abrechnungsgebührenpositionen im BEMA Teil 4 weiter als früher?
- Was hat sich mit der GOZ 2012 für die vertragszahnärztliche Landschaft in diesem Bereich verändert, was ist geblieben und worauf sollte man insbesondere achten?

Status quo

Geblieben sind im GKV-Bereich die Voraussetzungen für die PAR-Behandlung als Sachleistung: neben der Entfernung von supragingivalen Belägen und Zahnstein ist die Beseitigung aller Reizfaktoren und eine adäquate Mitarbeit des betroffenen Patienten essentiell. Vorbehandlungen sind gerade in diesem Bereich oftmals nur durch zusätzliche außervertragliche Vereinbarungen gemäß § 4 BMV-Z bzw. § 7 EKVZ fachlich korrekt durchzuführen. Bereits hier sind Formvorschriften (inhaltliche Gestaltung, schriftliche Vereinbarung vor Behandlungsbeginn usw.) zu beachten, um nach Behandlungsabschluss den Honoraranspruch berechtigt zu erlangen. Mit der GOZ-Nr. 1040 (professionelle Zahnreinigung) ist uns dabei ein neues „Werkzeug“ in die Hand gegeben, das es allerdings hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen (für den Patienten) klug zu nutzen gilt. Gerade hier erscheint der Hinweis bedenkenswert, dass „Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand ... mit einem niedrigeren Gebührensatz“ berechnet werden können (GOZ § 5 Abs. 2). Aber können wir uns das als Praxisinhaber

ber heute (noch) leisten? Tatsächlich problematisch, wenn das Erbringen einer Sachleistung (hier PAR-Behandlung) vom Erbringen einer Privatleistung (hier Hygienisierung in unterschiedlichen Stufen, z. B. via PZR) abhängig gemacht wird (werden muss??). Jüngste medial geführte Diskussionen und entsprechende Reaktionen von Öffentlichkeit und Standespolitik zeigen diese Schwierigkeit. Ein gewisses Dilemma!

Eine zeitliche Befristung zwischen Vorbehandlung und Reevaluation zur Feststellung einer Therapienotwendigkeit existiert seit der BEMA-Neurelationierung 2004 in dieser Form nicht mehr explizit. Allerdings ist grundsätzlich eine Reaktionszeit von einigen Tagen zwischen beiden Therapieschritten zu empfehlen. Neben den o. g. Voraussetzungen ergibt sich die Indikation zur Behandlung bei Ermittlung eines PSI mit Grad 3 oder 4 (BEMA-Nr. 04 Abrechnung alle 24 Monate möglich!) und/oder einer entsprechenden Diagnose mit einer Taschentiefe $\geq 3,5$ mm. Eine zeitnahe und vollständige sowie verwertbare Röntgendiagnostik ist unerlässlich. Grundlage für eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse sind die vollständig ausgefüllten Formblätter 1 und 2 (PAR-Status). Ohne gültige Genehmigung (vor Behandlungsbeginn!) besteht kein Anspruch auf Honorar für Sachleistungen.

Hinzuweisen ist auf die zunehmende Verbreitung internistischer und allgemeinmedizinischer Dauermedikationen, aber auch onkologischer Behandlungen, die Nebenwirkungen im Parodontalsystem haben können. Eine entsprechende Berücksichtigung in der Therapigestaltung sowie Vermerk im Anamnesefeld (Blatt 1) sollte diesbezüglich nicht vergessen werden.

Die Befundung aller Parodontien ist zwingend, Auslassungen sind diesbezüglich nicht möglich. Auch wenn inzwischen durch den Datenträgeraustausch die Befunddokumentation computergestützt erfolgen muss, sollte darauf geachtet werden, dass alle Pflichtbefunde auch erfasst werden. Dies betrifft neben fehlenden Zähnen den Lockerungsgrad, Furkationsbefall und ggf. vorhandene Rezessionen.

Entscheidendes Kriterium, welche Zähne auf welche Weise in eine Therapie einbezogen werden, ist jedoch der Parameter Taschentiefe.



Parodontitis marginalis profunda / chronische Parodontitis

Kritisch zu bemerken ist, dass der bedeutsame Parameter Blutungsbereitschaft (BOP) hier keinen Niederschlag findet. Abgesehen von der Erfassung während eines Screenings (PSI – s. o.) bleibt es aber jedem Behandler unbenommen, zusätzliche diagnostische Informationen aufzunehmen.

Ein geschlossenes Vorgehen (Taschentiefe $\geq 3,5$ mm) stellt nach Richtlinie zunächst das Mittel der Wahl dar. Bei Taschen $\geq 5,5$ mm kann nach erneuter Evaluation über einen weiteren Therapieschritt (Therapieergänzung) ein offenes Verfahren angewendet werden. Dazu soll in einem Zeitraum frühestens ab 2 Monate, allerdings nicht später als 3 Monate nach geschlossenem Verfahren, für die betroffenen Parodontien ein Behandlungsantrag gestellt werden (neues Blatt 1 --> Feld Therapieergänzung unter Bezugnahme „Behandlungsplan vom...“ markieren + Blatt 2 mit vollständiger Befunderfassung der für die Therapieergänzung vorgesehenen Parodontien einreichen). Eine Gebühr BEMA-Nr. 4 ist für eine Therapieergänzung nicht vorgesehen.

Für manchen Kollegen erscheint dieses Vorgehen umständlich und auch nicht praxisrelevant. Die Neigung, offene Verfahren bei Taschentiefen $> 5,5$ mm mit Therapiebeginn generell und sofort zu beantragen, ist auch in unserem KZV-Bereich zu beobachten.

Die Richtlinien sehen ein solches Vorgehen als Ausnahmefall, weshalb eine korrekte Dokumentation und schlüssige Therapieplanung insbesondere hier zu fordern ist. Gerade in diesen Fällen wird die gesetzliche Krankenversicherung häufiger von der Möglichkeit

einer Begutachtung Gebrauch machen. Von einer gewissenhaften Entscheidung unserer PAR-Gutachterkollegen in den Kreisstellen ist auszugehen.

Problematisch sind Zähne mit ungünstiger Prognose (Knochenabbau > 75 %, Furkationsbefall Grad 3).

Varianten:

– Aus Sicht des Zahnarztes ist gegenüber dem Patienten die Entfernung zu empfehlen. Zusätzliche moderne (außervertragliche) Verfahren scheidet in dieser Situation aus, da sie nur anwendbar sind, wenn der betroffene Zahn im Sinne der Richtlinie erhaltungsfähig ist und damit zunächst eine Therapie im Sinne der BEMA-Nr. P200 ff. erhält. Ein bewusstes Belassen solcher Zähne muss im Gutachterfall zu einem Versagen der Befürwortung der PAR-Behandlung führen – die Vorbehandlung ist nicht richtlinienkonform erfolgt.

– Aus Sicht des Patienten sollen möglichst alle Zähne erhalten bleiben und eine für ihn „kostenträchtige“ Therapie ohne Erfolgsgarantie (Dienstvertragsrecht!) vermieden werden. Ein bloßes „Auslassen“ solcher Zähne bei einer systematischen Therapie nach BEMA ist nicht möglich. Eine Zuzahlung bei fachlich inhaltsähnlichen Gebühren (BEMA-Nrn. P200 und P201 versus GOZ-Nrn. 4070 und 4075 bzw. BEMA-Nrn. P202 und P203 versus GOZ-Nrn. 4900 und 4100) ist wegen einer fehlenden „Mehrkostenregelung“ ausge-

schlossen, ebenso ein „Vermischen“ dieser Leistungen in einem Behandlungsfall.

Möglichkeiten

Welche Möglichkeiten bleiben also speziell in einer solchen Situation?

1. Vollständige systematische PAR-Therapie im Sachleistungssystem, d. h. die vorhandenen Zähne sind therapiebedürftig im Sinne der BEMA-Nrn. P200 ff. oder klinisch gesund und damit nicht therapiebedürftig oder wegen ungünstiger Prognose vor Behandlungsbeginn zu entfernen. Eine „Grauzone“ (einfache Nicht-Behandlung prognostisch ungünstiger Zähne oder Erhaltungsversuch mit „modernen“ Verfahren auf Grundlage außervertraglicher Vereinbarungen) ist nicht vorhanden.
2. Nicht alle Zähne, die nach Willen des Patienten und den Möglichkeiten des Zahnarztes erhalten bleiben sollen, können im oben beschriebenen Sinne therapiert werden. Hier bleibt konsequenterweise nur der Weg der vollständigen außervertraglichen Behandlung – in Bezug auf die vorhandene Motivation und Mitarbeit des „Durchschnittspatienten“ bezüglich der (finanziellen) Konsequenzen – eine gewisse Kalamität. Diese Entscheidung bedarf der gründlichen Überlegung beider Seiten. Verständlicherweise besteht gerade hier wegen der hohen Erwartungshaltung auf Patientenseite ein vermehrter Beratungs- und Aufklärungsbedarf, insbesondere auch bezüglich der

Prognose (s. o.). Eine Güterabwägung (auch und gerade für den Praxisinhaber) bleibt dabei unerlässlich. Die praxisinterne Dokumentation sollte (nicht nur hier) sorgfältig geführt werden.

Zusätzliche außervertragliche Leistungen

Unberührt hiervon sind alle o. g. Leistungen vereinbar, die andere Inhalte als die Gebühren BEMA-Nr. P200 ff. beschreiben. Damit unterfallen sie nicht dem „Zahlungsverbot“ im Sachleistungsbereich (§ 2 Abs. 2 SGB V sowie § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ). Im Einzelfall stellen sie notwendige, zusätzliche selbstständige Leistungen dar, die nicht im BEMA beschrieben sind, ohne die aber die

Vertragsleistung ggf. auch möglich (!) ist (add on). Diese können unter Beachtung der entsprechenden Regelungen separat vereinbart und abgerechnet werden. Das betrifft z. B. Maßnahmen im Zuge der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT), der Diagnostik, Defektauffüllung, regenerative Verfahren, Periimplantitisbehandlungen usw. Mögliche Varianten werden in einer zweiten Publikation mitgeteilt.

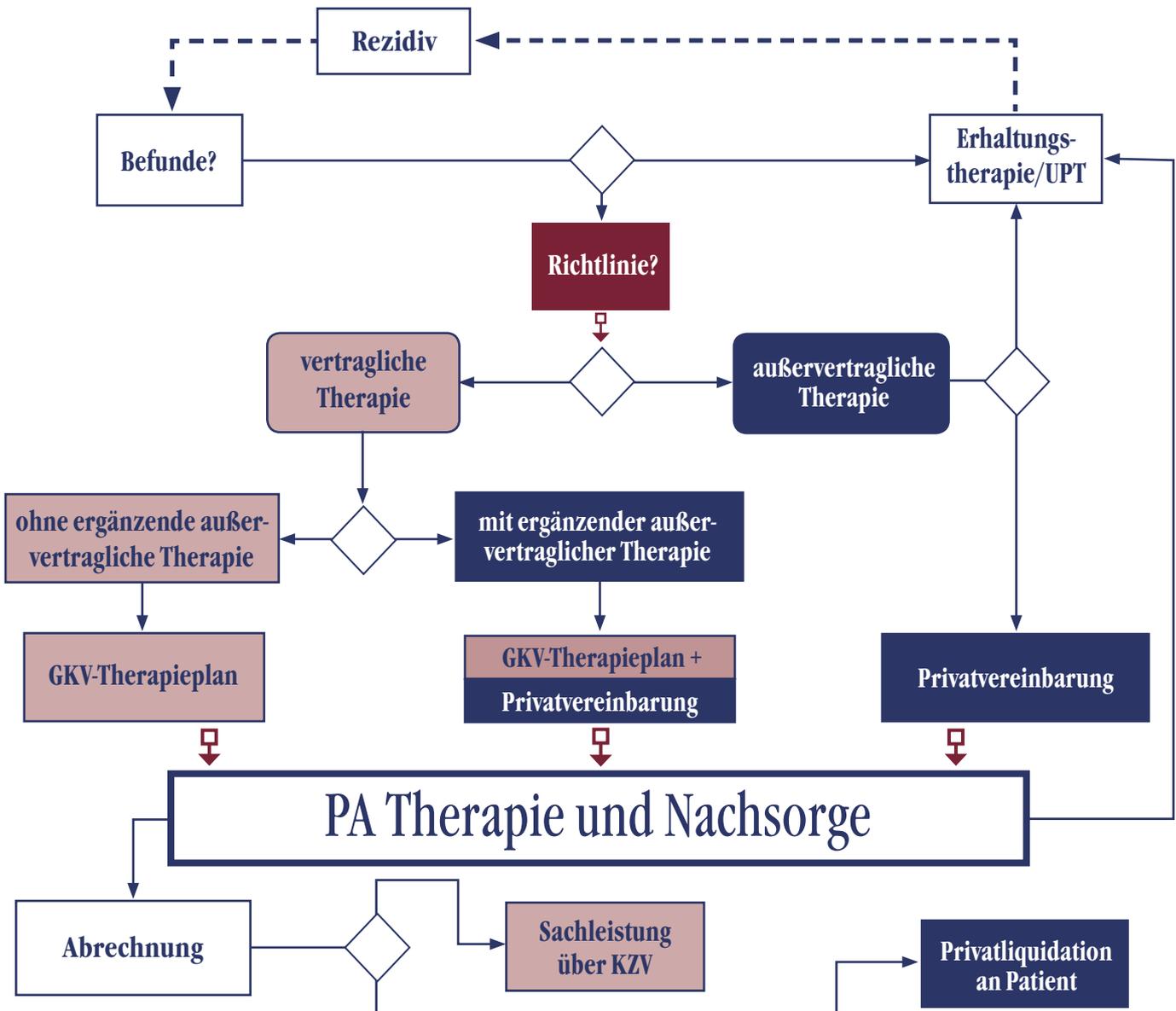
Allerdings auch hier gilt: vor Behandlungsbeginn beraten und aufklären, normkonform vereinbaren (Privatvereinbarung s. o., ggf. Steigerungssatz variieren – GOZ § 5 Abs. 2 oder GOZ § 2, analoge Vereinbarung GOZ § 6) und nach Therapie korrekt liquidieren (GOZ § 10). Bitte berechnungsfähige Materialien nicht vergessen.

Resümee

Auch im Jahr 2015 ist eine für die Praxis bisher eher unbefriedigende Situation im Bereich der vertraglichen Regelungen sowie des daraus resultierenden administrativen Aufwandes zu konstatieren. Zeitgemäße Rahmenbedingungen für Parodontalbehandlungen werden deshalb ein weiteres Feld standespolitischer Arbeit bleiben müssen.

Generell gehört Parodontologie in jede Zahnarztpraxis, wenngleich sie auch je nach Praxisausrichtung unterschiedlich intensiv betrieben wird. Sie wird auf absehbare Zeit im Fächerkanon der ZahnMEDIZIN unverzichtbarer Bestandteil bleiben, um unsere Menschen ein Leben lang gut „bei Zahne“ zu halten.

Dr. Uwe Tesch, Referent für vertragszahnärztliche Berufsausübung



Therapieoptionen für PAR-Behandlungen bei gesetzlich versicherten Patienten ausgehend von der Fragestellung eines vorhandenen Befundes (Diagnose)

Motorradfahren in der Rhön – Schöneres gibt es kaum!

3. Dentistbikerwochenende 2015

Von Dr. Karl-Heinz Müller

Genau weiß ich nicht, ob man beim dritten Mal schon von einer Tradition sprechen kann? Ich behaupte es einfach mal! Vom 12. bis 14. Juni haben sich wieder motorradbegeisterte Zahnärzte für ein Wochenende in einem Bikerhotel in Kloster Rohr bei Meiningen getroffen. Vor zwei Jahren, beim ersten Mal, waren alle erst am Samstagmorgen angereist. Mittlerweile sind fast alle schon am Freitagabend da. Keiner will den gemütlichen ersten Abend verpassen. Nach erstem „Motorrad beschnuppern“, Zimmer beziehen, aus den Motorradklamotten schälen, haben sich alle eine Menge zu erzählen. Neu dazu gekommene bekommen „ihre“ Dentistbikerweste verpasst, manche schon mit eingetragenen Bikernamen.

Am Samstagvormittag war dann Start zu einer großen Rhönrunde. Mit einem gemeinsamen Gruppenfoto, vom Hotelchef gemacht, wurde die Fahrt eingeläutet. Mit Deli, so der Spitzname vom Hotelbetreiber Andreas Delilez, gleichzeitig auch Guide, ging es von Kloster in Richtung Untermaßfeld, Bauerbach, Henneberg auf die thüringisch-bayrische Grenze zu. Im fränkischen Willmars wurde die Truppe bzw. korrekter, die Bikes, das erste Mal mit Nahrung versorgt. Nach dem kurzen Abste-

cher ins Fränkische über Nordheim, Ostheim, Sondheim und Fladungen wurde die bayrisch-thüringische Grenze in Richtung Geisaer Kuppe passiert. Dort oben angekommen, gab es ein deftiges Mittagessen in einer Holzbaude. Dieser Höhenzug war im „Kalten Krieg“-Sperrgebiet. Hier hatten die Russen eine Lauschstation gen Westen stationiert.

Nach der Stärkung für die Biker ging die Fahrt über wunderschöne Hochebenen Richtung Aschenhausen, Kaltensundheim, Oberweid, Tann, Zella und Neidhartshausen nach Dermbach. Hier konnten einige schon wieder ein Eis auf dem Marktplatz vertragen. Nur der Bratwurstbrater hatte Pech, seine geschäftliche Aktivität (ca. 20 Motorradfahrer bedeuten 20 Bratwürste sofort neu auf den Rost) wurde von den Motorradcowboys ignoriert. Jedoch nahmen die anwesenden Touristen unsere Weste zum Anlass, um nachzufragen, ob das was mit Zahnärzten zu tun habe. Im individuellen Gespräch machten wir deutlich, dass auch Zahnärzte nette Jungs sind.

Oepfershausen, Walldorf über Meiningen, mit einem Tankstellenstopp ging die Fahrt über Kühndorf wieder unter der A 71 hindurch Richtung Rohr mit Endziel in Kloster. (kann unter: <http://hellotracks.com/!/@t/13156770> angesehen werden)

Nach einer Dusche und dem Ablegen des Leders trafen sich alle bei herrlichem Abendsonnenschein auf der Terrasse. Hier brannte der Rost. Und nachdem Klaus Panzner in bewährter Art und Weise seine Klampfe gestimmt hatte, ertönte erstmal lautstark aus vielen Männer- und einigen zarten Frauenkehlen die Thüringen-Hymne von Rainald Grebe. Ich glaube, auch dies ist mittlerweile schon Tradition. Es wurde ein langer, schöner, lustiger und sehr kollegenaffiner Abend.

Sonntagmorgen nach einem ausgiebigen Frühstück starteten alle Teilnehmer ihre individuelle Einzel- oder Gruppenheimreise.

Einzelne Gruppen von Motorrädern hatten noch nicht genug. Sie fuhren erneut in die entgegengesetzte Richtung über Themar, Schleusingen, Crock, Sachsenbrunn, Steinhaid, Neuhaus am Rennweg, hinunter nach Katzhütte im Schwarzatalgrund über Großbreitenbach, Schmiedefeld zur Schmücke. Hier gab es nochmal ein Wiedersehen mit anderen Teilnehmern. Nach einer Stärkung für Leib und Seele verabschiedeten sich die Biker in verschiedene Richtungen, nicht ohne sich für Freitag, den 17. Juni 2016, wo auch immer, wieder zum 4. Dentistbikerwochenende zu verabreden.



Die Biker in Rohr

Versorgungsgradfeststellung

Zahnärztliche Versorgung in Thüringen

Stand: 03.06.2015

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner Dez 13	Ber. Einw.-zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	Vert.- ZÄ + Ermä.	An- gest.	Gesamt	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorgungs- grad %
16051	Erfurt, Stadt	204 880		160,1	176,1	192,0	21,50	213,5	2	211,4	132,1
16052	Gera, Stadt	94 977		74,2	81,6	75,5	10,25	85,8	0	85,6	115,4
16053	Jena, Stadt	107 679		84,1	92,5	94,0	20,25	114,3	2	112,0	133,2
16054	Suhl, Stadt	35 665		21,2	23,4	33,0	1,25	34,3	0	34,2	161,0
16055	Weimar, Stadt	63 315		37,7	41,5	44,0	12,75	56,8	0	56,8	150,6
16056	Eisenach	41 567		24,7	27,2	32,0	4,75	36,8	0	36,7	148,5
16061	Eichsfeld	100 951		60,1	66,1	69,0	9,50	78,5	1	77,8	129,5
16062	Nordhausen	85 380		50,8	55,9	64,0	5,25	69,3	1	68,5	134,8
16063	Wartburgkreis	126 283		75,2	82,7	94,0	8,00	102,0	3	99,4	132,2
16064	Unstrut-Hain.-Kr.	104 245		62,1	68,3	80,0	4,75	84,8	0	84,5	136,2
16065	Kyffhäuserkr.	77 656		46,2	50,8	59,0	1,75	60,8	0	60,3	130,5
16066	Schmalk.-Mein.	125 574		74,7	82,2	93,5	7,00	100,5	3	97,7	130,7
16067	Gotha	135 155		80,4	88,5	109,5	9,00	118,5	1	117,2	145,7
16068	Sömmerda	70 833		42,2	46,4	47,0	5,75	52,8	0	52,7	125,0
16069	Hildburghausen	65 032		38,7	42,6	38,5	4,75	43,3	1	42,1	108,8
16070	Ilm-Kreis	108 958		64,9	71,3	77,0	6,75	83,8	0	83,7	129,1
16071	Weimarer Land	81 704		48,6	53,5	50,0	6,75	56,8	0	56,6	116,4
16072	Sonneberg	57 252		34,1	37,5	43,0	2,75	45,8	0	45,8	134,2
16073	Saalf.-Rudolst.	110 307		65,7	72,2	66,0	6,00	72,0	1	71,3	108,5
16074	Saale-Holzl.-Kr.	84 001		50,0	55,0	50,5	9,00	59,5	0	59,1	118,3
16075	Saale-Orla-Kr.	83 654		49,8	54,8	56,0	4,25	60,3	0	60,3	121,0
16076	Greiz	102 167		60,8	66,9	77,0	5,75	82,8	0	82,3	135,3
16077	Altenburg.Land	93 605		55,7	61,3	65,5	5,00	70,5	0	70,5	126,5

Kieferorthopädische Versorgung in Thüringen

Stand: 03.06.2015

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner 0-18/Dez 13	Ber. Einw.-zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	Kfo	Angest. gesamt	Gesamt	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorgungs- grad %
16051	Erfurt, Stadt	29 800		7,5	8,2	9,0	0,75	9,8	2	11,8	159,0
16052	Gera, Stadt	11 794		2,9	3,2	5,0	0,75	5,8	0	5,9	200,4
16053	Jena, Stadt	14 679		3,7	4,0	4,0	2,00	6,0	2	8,2	223,9
16054	Suhl, Stadt	3 997		1,0	1,1	3,0	0,00	3,0	0	3,1	306,7
16055	Weimar, Stadt	9 723		2,4	2,7	4,0	1,00	5,0	0	5,0	205,7
16056	Eisenach	5 798		1,4	1,6	1,0	0,00	1,0	0	1,0	69,3
16061	Eichsfeld	16 198		4,0	4,5	2,0	0,00	2,0	1	2,7	66,0
16062	Nordhausen	11 809		3,0	3,2	2,0	0,00	2,0	1	2,7	92,8
16063	Wartburgkreis	17 736		4,4	4,9	2,0	1,00	3,0	3	5,6	127,2
16064	Unstrut-Hain.-Kr.	15 591		3,9	4,3	3,5	0,00	3,5	0	3,8	96,6
16065	Kyffhäuserkr.	10 421		2,6	2,9	1,0	0,00	1,0	0	1,4	55,0
16066	Schmalk.-Mein.	16 589		4,1	4,6	5,0	1,00	6,0	3	8,8	211,9
16067	Gotha	19 638		4,9	5,4	4,0	0,75	4,8	1	6,1	123,4
16068	Sömmerda	10 300		2,6	2,8	2,0	0,00	2,0	0	2,0	78,8
16069	Hildburghausen	8 942		2,2	2,5	1,0	0,00	1,0	1	2,2	96,3
16070	Ilm-Kreis	14 712		3,7	4,0	4,0	0,00	4,0	0	4,0	109,4
16071	Weimarer Land	12 626		3,2	3,5	3,0	0,00	3,0	0	3,1	99,0
16072	Sonneberg	7 289		1,8	2,0	2,0	0,00	2,0	0	2,0	109,8
16073	Saalf.-Rudolst.	14 190		3,5	3,9	3,0	2,00	5,0	1	5,7	162,0
16074	Saale-Holzl.-Kr.	12 013		3,0	3,3	1,0	0,00	1,0	0	1,4	45,3
16075	Saale-Orla-Kr.	11 605		2,9	3,2	2,0	1,00	3,0	0	3,0	103,4
16076	Greiz	13 431		3,4	3,7	4,5	0,00	4,5	0	5,0	148,0
16077	Altenburg.Land	11 684		2,9	3,2	2,5	0,00	2,5	0	2,5	86,4

Der neue Vorstand der Landeszahnärztekammer

Haushalt und Innere Verwaltung: Dr. Gunder Merkel

Dr. Gunder Merkel (Jahrgang 1961) ist niedergelassener Zahnarzt in Schmalkalden und führt dort gemeinsam mit seiner Ehefrau eine Gemeinschaftspraxis. Seit 2003 ist er Vorstandsreferent für Haushalt und Innere Verwaltung der Landeszahnärztekammer Thüringen.

Telefon: 03683 601704
E-Mail: g.merkel@lzkth.de

„Ich werde dafür arbeiten, dass die Kammerbeiträge nicht steigen müssen und wir mit den finanziellen Mitteln gut haushalten.“



Präsident Dr. Christian Junge

Dr. Christian Junge (geboren 1966) ist niedergelassener Zahnarzt in Friedrichroda. Er führt seit 1995 allein die Praxis seines Vaters und seines Großvaters weiter, die im kommenden Jahr ihr 100-jähriges Bestehen feiern wird. Zuletzt war Junge u. a. als Vorstandsreferent

für die Kreisstellen und Öffentlichkeitsarbeit sowie als Gothaer Kreisstellenvorsitzender der Landeszahnärztekammer Thüringen aktiv.

Telefon: 03623 304342
E-Mail: c.junge@lzkth.de

„Die Landeszahnärztekammer Thüringen ermöglicht uns, staatliche Aufgaben bestmöglich im Interesse unseres Berufsstandes wahrzunehmen. Wir können Einfluss auf die Politik nehmen, um Fehlentwicklungen bereits in Gesetzgebungsverfahren zu vermeiden.“

Unser aller Ziel sollte aber auch sein, unsere Selbstverwaltung zu „leben“ und uns mit ihr zu identifizieren. Ich sehe die Kammer daher an erster Stelle als Dienstleister für unsere Mitglieder, aber auch für Patienten, Praxismitarbeiter und die interessierte Öffentlichkeit.“



Patientenberatungsstelle und GOZ: Dr. Matthias Schinkel



Dr. Matthias Schinkel, der neue Vorstandsreferent für die Patientenberatungsstelle und GOZ, bespricht mit seiner Vorgängerin Dr. Gisela Brodersen und Verwaltungsmitarbeiterin Claudia Groß (v.l.) die nächsten Aufgaben.

„Ein Ziel meiner Arbeit wird sein, das GOZ-Referat zur Beratungsstelle für unsere Zahnärztinnen und Zahnärzte weiter zu entwickeln. Sie soll den Praxen dienen und helfen, eine ordentliche Abrechnung zu machen.“

Dr. Matthias Schinkel (Jahrgang 1980) ist seit 2009 in einer Gemeinschaftspraxis in Sömmerda niedergelassen. In den letzten Jahren leitete er den Arbeitskreis „Junge Kollegen“ der Landeszahnärztekammer.

Telefon: 0361 7432-121
E-Mail: m.schinkel@lzkth.de

Zahnärztliche Praxisführung und Röntgenstelle: Dr. Matthias Seyffarth

Dr. Matthias Seyffarth (Jahrgang 1959) ist niedergelassener Zahnarzt in Jena und führt dort eine Praxis für Kieferorthopädie. Seit 2003 ist er Vorstandsreferent für die Zahnärztliche Praxisführung und Leiter der Röntgenstelle.

Telefon: 03641 441739
E-Mail: m.seyffarth@lzkth.de

„Ich werde den BuS-Dienst neu strukturieren und erweitern, damit unsere Praxen noch mehr von ihm profitieren. Die Röntgenstelle wird neue Kurse für ZFA zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz anbieten, ähnliches haben wir auch mit der Aktualisierung der Fachkunde für Zahnärzte vor.“



Aus- und Weiterbildung des Praxispersonals: Vizepräsident Dr. Ralf Kulick

Dr. Ralf Kulick (Jahrgang 1962) ist niedergelassener Zahnarzt in Jena und führt dort gemeinsam mit seiner Ehefrau eine Gemeinschaftspraxis. Bisher war er u. a. als Dozent der Fortbildungsakademie in zahlreichen Kursen und Aufstiegsfortbildungen tätig.

Telefon: 03641 820840
E-Mail: r.kulick@lzkth.de

„Ich sehe es als meine Aufgabe, potenzielle ZFA-Azubis mit unseren Praxen zusammenzubringen. Wir müssen unseren ZFA-Nachwuchs selbst ausbilden. Ich will, dass wir verstärkt in Schulen und auf Berufsmessen präsent sind, um dort für den Nachwuchs in unseren Praxen zu werben.

Die ZMP- und ZMV-Aufstiegsfortbildungen laufen in Thüringen auf einem sehr hohen Niveau. Ich möchte den erreichten hervorragenden Kenntnisstand in Theorie und Praxis halten sowie die eine oder andere neue Idee mit einpflegen.“



Umrahmt von den Verwaltungsmitarbeiterinnen Marina Frankenhäuser (l.) und Ellen Brocke (r.) im Referat für die Aus- und Weiterbildung des Praxispersonals übergab Dr. Robert Eckstein (3.v.l.) die Amtsgeschäfte an Dr. Ralf Kulick.

Zahnärztliche Fort- und Weiterbildung: Dr. Guido Wucherpfennig

Dr. Guido Wucherpfennig (Jahrgang 1957) ist niedergelassener Zahnarzt in Erfurt, wo er mit seiner Ehefrau eine Gemeinschaftspraxis führt. Seit 2003 ist er Vorstandsreferent für die Zahnärztliche Fort und Weiterbildung der Landeszahnärztekammer.



Telefon: 0361 6422935
E-Mail: g.wucherpfennig@lzkth.de

„Die neuen Medien müssen besser in die Fortbildung integriert und die Zusammenarbeit mit der Universität intensiviert werden. Die Weiterbildungsordnung soll mit Leben erfüllt werden, damit Weiterbildungen in Kieferorthopädie und Oralchirurgie weiterhin ein Erfolgsmodell bei uns sind.“

Kreisstellen und Öffentlichkeitsarbeit: Rebecca Otto

Rebecca Otto (Jahrgang 1979) ist niedergelassene Zahnärztin in Jena mit einer Zahnarztpraxis für Kinder. In der letzten Legislaturperiode war sie Mitglied im Ausschuss für alters- und bedarfsgerechte Präventionskonzepte und Mitglied im Fortbildungsausschuss für den Bereich Kinderzahnheilkunde.

Telefon: 03641 637800
E-Mail: r.otto@lzkth.de

„Wir befinden uns im digitalen Zeitalter. Ich möchte, dass die Kammer für alle Generationen präsent und attraktiv ist – gerade auch für unsere jüngere Generation.“



Dr. Christian Junge (r.) übergibt das Referat für Kreisstellen und Öffentlichkeitsarbeit an Rebecca Otto (2.v.l.). Die Verwaltungsmitarbeiter Juliane Burkantat und Matthias Frölich unterstützen sie bei den zukünftigen Aufgaben.

Souveräner kommunizieren

Kursreihe zur Zahnärztlichen Hypnose startet



Foto: Schütz

Sind Sie neugierig auf Hypnose? Interessieren Sie sich dafür, wie Hypnose zur Reduktion von Angst, Stress und Schmerz angewandt werden kann? Wollen Sie wissen, wie Sie mittels hypnotischen Kommunikationstechniken im normalen Praxisalltag, besonders aber mit unruhigen Kindern und phobischen Patienten, souverän umgehen können? Vielleicht wollen Sie auch erfahren, wie Sie mit Selbsthypnose in turbulenten Situationen professionell und umsichtig bleiben?

Im Rahmen von vier Wochenendkursen (jeweils Freitag von 14:00 bis 20:00 Uhr und Samstag von 9:00 bis 17:00 Uhr) werden Sie unterschiedlichste hypnotische Fertigkeiten erlernen, die Sie gleich am nächsten Tag in der Praxis umsetzen können. Bei weitergehendem Interesse besteht die Möglichkeit, zwei Zusatzkurse zu belegen, um die erlernten Kenntnisse zu festigen und sich vertiefende hypnotische Fertigkeiten anzueignen.

Termine

- 27./28. November 2015
- 26./27. Februar 2016
- 15./16. April 2016
- 27./28. Mai 2016

Anmeldungen zu dieser Kursreihe werden unter den Kursnummern 150901, 160902, 160903 und 160904 per E-Mail an fb@lzkth.de oder unter Telefax 0361 7432-270 entgegengenommen. Die Kursgebühr für jeden einzelnen Kurs beträgt für Zahnärzte 400 Euro und für Assistenz Zahnärzte 300 Euro.

LZKTh



Kurs im November buchen:
www.121.tzb.link



Aller Anfang – leicht gemacht!

Der sichere Einstieg in die Implantologie

Möchten Sie zukünftig die Implantologie in Ihr Leistungsspektrum aufnehmen? Die Fortbildungsakademie der Landeszahnärztekammer Thüringen bietet einen Einstiegskurs an. Referent Dr. Joachim Hoffmann aus Jena (Foto) ist ein erfahrener Praktiker.



- Fallstricke bei der Implantatprothetik
- Auswahl des Abutments und der Zemente, Verschraubungen
- Kommentierte Live Operation
- Hands on: Implantatinsertion und kleine Augmentation
- Falldiskussionen

Termine

Freitag, 4. Dezember 2015, 15:00 – 19:00 Uhr
Samstag, 5. Dezember 2015, 9:00 – 15:00 Uhr

Anmeldungen zu diesem Kurs werden unter der Kursnummer 150108 per E-Mail an fb@lzkth.de oder unter Telefax 0361 7432-270 entgegengenommen. Die Kursgebühr beträgt für Zahnärzte 295 Euro und für Assistenz Zahnärzte 221,25 Euro.

LZKTh



Kurs direkt buchen:
www.618.tzb.link



Ihre Gartenzeitreise durch 25 Jahre

Eine Einladung für Ihre persönliche Gartenzeitreise am 25. September 2015 auf der Landesgartenschau Schmalkalden durch 25 erfolgreiche Jahre der Landeszahnärztekammer Thüringen erhalten Sie in diesen Tagen per Post.

Bitte nehmen Sie diese Einladungskarte zu Ihrem Besuch der Landesgartenschau mit. Nur gegen Vorlage dieser Karte am Haupteingang (Westendstraße gegenüber Bahnhof/Busbahnhof) erhalten Sie am Veranstaltungstag kostenfreien Eintritt.

Die Einladung gilt nur für Sie als Mitglied der Landeszahnärztekammer. Mögliche Begleitpersonen (z. B. Lebenspartner und Praxispersonal) zahlen den regulären Eintrittspreis von 14 Euro an der Tageskasse.

LZKTh

Tausende Blumen zum Geburtstag

Kammer ermöglicht ihren Mitgliedern freien Eintritt auf die Landesgartenschau

Von Dr. Christian Junge

Die Friedliche Revolution vom Herbst 1989/90 und die deutsche Wiedervereinigung im Oktober 1990 ermöglichten auch uns Zahnärzten in Thüringen die Selbstverwaltung unseres freien Berufes. Viele Kolleginnen und Kollegen wagten damals den Schritt in die Selbstständigkeit. In kurzer Zeit entstanden zahlreiche freie und unabhängige Praxen in unserem Freistaat.

Heute erinnern wir uns nicht nur mit Stolz an diese Aufbruchzeit, sondern denken auch voller Dankbarkeit an die große Unterstützung bei der Gründung unserer Landeszahnärztekammer Thüringen vor 25 Jahren zurück. Dieses Jubiläum wollen wir mit Ihnen feiern.



Spaziergang über die Landesgartenschau Schmalkalden

Foto: Bühner

Treff mit Kollegen am Tag der Zahngesundheit

Deshalb laden wir Sie am diesjährigen Tag der Zahngesundheit auf die Thüringer Landesgartenschau nach Schmalkalden ein: Sie erhalten den ganzen Tag über freien Eintritt, können Kolleginnen und Kollegen treffen und die Südthüringer Blumenpracht genießen. Gehen Sie mit uns auf eine Gartenzeitreise durch 25 erfolgreiche Jahre der Landeszahnärztekammer Thüringen!

Den ganzen Tag über werden Kammer und KZV für die Zahngesundheit werben: Gemeinsam

mit der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V., BARMER GEK, AOK Plus, Zahntechnik Zentrum Eisenach, Lorenz Dental, Zahntechniker Innung Thüringen und vielen anderen bieten wir bereits am Vormittag rund 700 angemeldeten Grundschulkindern aus Schmalkalden und Umgebung bei freiem Eintritt ein buntes Programm rund um gesunde Zähne.

Das riesige Mundhöhlenmodell zum Staunen und Begreifen, gemeinsames Zähneputzen, einen zum Milchzahnexpress umgebauten amerikanischen Kranken-, Zahntheaterwagen sowie Piratenschatzköche mit Tipps zur zahngesunden

Ernährung sind nur einige Höhepunkte. Am Nachmittag dann wollen wir Zahnärztinnen und Zahnärzte das 25. Gründungsjubiläum unserer Landeszahnärztekammer Thüringen feiern. Ich freue mich auf Ihren Besuch!



Dr. Christian Junge ist niedergelassener Zahnarzt in Friedrichroda und Präsident der Landeszahnärztekammer Thüringen.



Zahl des Monats

24

Gesundheitstipps von Thüringer Zahnärzten enthält das im Klartext-Verlag erschienene Buch „333 Tipps für ein längeres Leben“.

Das Buch fasst die gleichnamige tägliche Serie der Tageszeitung „Thüringer Allgemeine“ zusammen, an der sich auch viele Thüringer Zahnärzte beteiligt haben. Um wichtige zahnmedizinische Präventionsthemen auf der Titelseite der auflagenstärksten Tageszeitung in Thüringen zu platzieren, hatte die Landeszahnärztekammer vorab Zahnmedizin-Tipps formuliert, für deren Veröffentlichung die Thüringer Zahnärzte anschließend Pate standen.

LZKTh

Kammer sucht Zahnärzte mit Arabisch-Kenntnissen

Der Zustrom von Flüchtlingen stellt auch die zahnärztliche Versorgung in Thüringen vor Herausforderungen. Die Landeszahnärztekammer bittet daher Zahnärzte insbesondere mit Fremdsprachenkenntnissen in Arabisch und Französisch, sich bei der Kammer als Vermittler registrieren zu lassen.

Die sprachkundigen Zahnärzte sollen bei Bedarf die jeweiligen Behandler der Flüchtlinge unterstützen und als Mittler zwischen Kollege und Patient dienen. Die gemeldeten Zahnärzte werden nicht veröffentlicht, sondern nur auf Nachfragen anderer Kollegen weiterempfohlen.

LZKTh

Nicole Sorgler
Telefon: 0361 7432-103
E-Mail: info@lzkth.de

Versicherungsschutz über Praxisabgabe hinaus

Nachhaftungsversicherung verlängert zahnärztliche Berufshaftpflichtversicherung

Von Stefan Knoch

Mit Beendigung der Praxistätigkeit sind zahlreiche Dinge zu erledigen. Ein zentrales Thema ist die Berufshaftpflichtversicherung, die zur Existenzsicherung bei Patientenansprüchen wegen vermeintlich fehlerhafter Behandlung dient. Denn bestand bisher Versicherungsschutz für die Tätigkeit als niedergelassener Zahnarzt, stellen sich nun einige Fragen: Muss der bisherige Versicherungsvertrag weiterhin aufrechterhalten werden und wenn ja, in welcher Form? Wie verhält es sich mit einer Nachhaftungsversicherung? Wird überhaupt noch eine Berufshaftpflichtversicherung benötigt? Was ist mit Ansprüchen, die erst nach Aufgabe der Praxistätigkeit geltend gemacht werden?

Es kann durchaus vorkommen, dass Ersatzansprüche aufgrund einer behaupteten fehlerhaften Behandlung erst Jahre später gegen den Zahnarzt geltend gemacht werden. Da es hierbei vorrangig um Personenschäden geht, gilt regelmäßig bei derartigen Ansprüchen eine dreijährige Verjährungsfrist ab Kenntnis oder grob fahrlässiger Nichtkenntnis vom Anspruch und der Person des Ersatzpflichtigen. Die Frist wird gerechnet ab Jahresende, mit einer endgültigen Verjährung nach 30 Jahren von Begehung der Handlung oder dem schadenauslösenden Ereignis (= vermeintlich fehlerhafte zahnärztliche Behandlung) an.

Entscheidend ist Zeitpunkt des Schadeneintritts

Wie sieht es also bei Schadenfällen aus, zu denen die zahnärztliche Behandlung im Zeitraum der Praxistätigkeit stattgefunden hat, der Ersatzanspruch jedoch erst nach Praxisaufgabe geltend gemacht wird?

In der Arzthaftpflicht gilt die sogenannte „Schadensereignistheorie“. Es gilt somit folgende Definition für den Schadenzeitpunkt: Der Schaden ist dann eingetreten, wenn die Schädigung beim Patienten vorliegt. Im Falle des fehlerhaften Setzens eines Implantates mit Nachfolgekomplikationen ist somit der Tag des fehlerhaften Einsetzens entscheidend. Bei fehlerhaften Diagnosen kommt es jeweils auf diesen Behandlungstag an.

Damit diese Fälle vom Versicherungsschutz erfasst sind, muss Versicherungsschutz jeweils zu dem Zeitpunkt bestehen, an dem der Schaden eingetreten ist. Weil zur Zeit der zahnärztlichen Behandlungen der Versicherungsvertrag in seiner ursprünglichen Form bestanden hat (z. B. als Zahnarzt in freier Praxis, ambulant behandelnd), besteht hierüber Versicherungsschutz auch dann, wenn der Anspruch erst nach Praxisaufgabe durch den Patienten geltend gemacht wird. Entscheidend für den Umfang des Versicherungsschutzes sind hier die Deckungssummen und Bedingungen, die zum Zeitpunkt der streitigen zahnärztlichen Behandlung vereinbart waren.

Gegebenenfalls gesonderte Nachhaftungsversicherung

Es sind jedoch Fälle denkbar (wenn teilweise auch nur theoretisch und in der Praxis sehr selten), in denen Behandlung und Ursache auseinanderliegen. Hier kommt die Nachhaftungsversicherung ins Spiel, die auch jeder Zahnarzt bei Praxisaufgabe vereinbart haben sollte.

Beim Abschluss einer aktuellen Arzthaftpflichtversicherung ist eine derartige Nachhaftungsklausel bereits bedingungsgemäß bei zahlreichen Versicherern im Versicherungsschutz enthalten. Bei älteren Verträgen muss eine derartige Klausel gegebenenfalls besonders vereinbart werden oder es ist gar eine separate Nachhaftungsversicherung abzuschließen.

Diese Versicherungen bzw. Klauseln besagen: Bei vollständiger Beendigung der freiberuflichen ärztlichen (zahnärztlichen) Tätigkeit gewährt der Versicherer in der Regel für eine Zeit von 5 Jahren ab dem Wegfall der Tätigkeit Versicherungsschutz für Schadenereignisse, die nach Risikowegfall eintreten, aber durch die betriebliche/berufliche Tätigkeit vor diesem Zeitpunkt verursacht wurden.

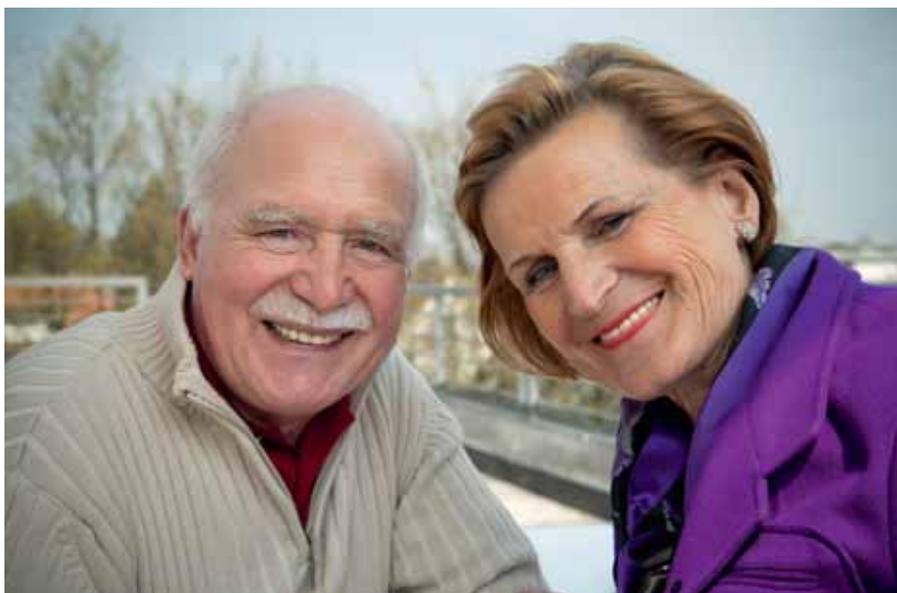
Voraussetzung ist hiernach, dass der betreffende Zahnarzt vor der Aufgabe der Tätigkeit bereits beim gleichen Versicherer für seine freiberufliche Tätigkeit versichert war. Für den Umfang der Nachhaftungsversicherung gelten nämlich die bis zur Aufgabe der freiberuflichen Tätigkeit bestehenden Bedingungen und Deckungssummen des ursprünglichen Vertrages.

Demzufolge sollten Sie vor Aufgabe ihrer Praxistätigkeit einen Blick in die Versicherungsbedingungen werfen, ob eine Nachhaftungsklausel dort bereits enthalten ist. Falls nein, sollte ein entsprechender Versicherungsschutz vereinbart werden.

Schadensursache während Behandlung

Beispiel: Ein Zahnarzt hat seine Praxis zum 31. Dezember 2014 geschlossen und zu diesem Zeitpunkt seine Berufshaftpflichtversicherung gekündigt. Wenige Tage vor Schließung seiner Praxis hatte er am 12. Dezember 2014 an einem Patienten am Kiefer operiert. Am 13. Mai 2015 macht dieser Patient nun aus dieser Behandlung Ersatzansprüche gegen den Zahnarzt geltend.





Fotos: proDente

Wie oben dargestellt kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Schädigung beim Patienten eingetreten ist. Dies wäre hier der Tag der Operation, also der 12. Dezember 2014. Zu diesem Zeitpunkt bestand der Versicherungsvertrag noch, und der Schaden wird ganz normal über diesen Vertrag abgewickelt. Dies ist – wie die überwiegende Zahl der Fälle – also kein Nachhaftungsfall.

Schadensursache erst nach Behandlung

Die Nachhaftung bezieht sich nun auf Fälle, in denen Behandlung und Ursache auseinanderliegen können. Wird bei einer Behandlung z. B. ein falsches Medikament verschrieben, so ist in der Regel nicht die Verschreibung der schadenverursachende Zeitpunkt, sondern die erste Einnahme des Medikaments, weil erst hier die schädigende Wirkung auf den Körper in Gang gesetzt wird.

Beispiel: Ein Zahnarzt schließt seine Praxis zum 31. Dezember 2014 und verschreibt einem Patienten am 30. Dezember 2014 ein falsches Medikament. Der Patient nimmt das Medikament aber erst am 2. Januar 2015 ein, so wäre ein daraus folgender Schaden über den ursprünglichen Vertrag zur Berufshaftpflichtversicherung im Regelfall nicht mehr erfasst. Das schädigende Ereignis liegt vielmehr beim Zeitpunkt der ersten Medikamenteneinnahme, also am 2. Januar 2015.

Da der Versicherungsvertrag an diesem Tag nicht mehr besteht, würde die Nachhaftungsversicherung greifen. Diese verhindert damit Deckungslücken in den Fällen, in denen nach Praxisaufgabe der Versicherungsvertrag vollständig gekündigt wurde und demnach ansonsten kein Versicherungsschutz mehr bestünde.

Auch „Ärztliches Restrisiko“ weiterhin absichern

Im Fall einer Praxisaufgabe sollten Sie also sehr genau überlegen, ob mit Praxisaufgabe die Berufshaftpflicht, mit Ausnahme der Nachhaftungsversicherung, tatsächlich vollständig beendet werden soll. Denn in diesen Fällen bestünde lediglich Versicherungsschutz für zurückliegende Behandlungen aus der Praxiszeit.

Je nach persönlicher Planung empfehle ich Ihnen daher, nach Praxisaufgabe weiterhin zumindest das sogenannte „Ärztliche Restrisiko“ abzusichern. Versichert sind dann Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und gelegentliche Behandlungen im Verwandten- und Bekanntenkreis.

Normalerweise kann der bisherige Versicherungsvertrag auf diese Basisdeckung reduziert werden, die für einen sehr überschaubaren Beitrag zu haben ist. Der Vorteil besteht auch darin, dass die Deckung bei Bedarf z.B. um die Durchführung von Praxisvertretungen oder die Erstellung von Gutachten unproblematisch wieder erweitert werden kann.



Rechtsanwalt Stefan Knoch ist Lehrbeauftragter für Medizin- und Versicherungsrecht an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen Köln und an der Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarbrücken.



Kontakt zum Autor:
www.d-u-mr.de



Thüringen kompakt



An der Spitze der Landesärztekammer Thüringen steht erstmals eine niedergelassene Ärztin. Die Kammerversammlung wählte am 17. Juni 2015 die Erfurter HNO-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen zur neuen Präsidentin. Lundershausen war seit 2007 Vizepräsidentin der Landesärztekammer. Sie löst den Suhler Kardiologen Dr. Mathias Wesser ab, der nach acht Jahren als Präsident nicht erneut kandidierte. Zu Vizepräsidenten wurden die beiden Krankenhausärzte Dr. Uwe Schotte aus Riefenstein im Eichsfeld sowie PD Dr. Ulrich Wedding aus Jena gewählt.

Im Thüringen hat sich zum 1. Juli ein Landespflegerat konstituiert. Vorsitzende ist die Pflegedienstleiterin der ILM-Kreis-Kliniken Arnstadt und Ilmenau, Andrea Jauernig. Der Rat vertritt die Interessen der Mitarbeiter aus Pflegeberufen und Hebammenwesen.

LZKTh

Freie Berufe: Datenschutz und Datensicherheit

Der Schutz und die Sicherheit digitaler Daten sind auch für die Freien Berufe hochaktuell. Das gilt für den Umgang mit sämtlichen, vor allem aber mit personenbezogenen Daten. Viele Freiberufler, darunter insbesondere die Berufsheimnisträger, sehen sich hier angesichts der umfangreichen gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen vor große Herausforderungen gestellt.

Der Landesverband der Freien Berufe Thüringen lädt nun am Mittwoch, 23. September 2015, von 14:00 bis 17:30 Uhr zu einer kostenfreien Konferenz „Datenschutz und Datensicherheit für Freie Berufe“ ein. Im Gebäude der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen (Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar) sollen mit Experten aus Politik und Wirtschaft Lösungsansätze diskutiert, aber auch Chancen der Digitalisierung aufgezeigt werden. Außerdem bietet sich die besondere Gelegenheit, über den eigenen Tellerrand zu blicken, denn die Kenntnis jetziger und künftiger Schnittstellen der digitalen Gesellschaft wird immer wichtiger.

LZKTh



Informieren und anmelden:
www.846.tzb.link



Wir gratulieren!

zum 85. Geburtstag

Herrn Dr. Bernd Gröber, Erfurt (19.9.)

zum 83. Geburtstag

Frau Ursula Eberhardt, Tiefenort (27.9.)

zum 79. Geburtstag

Herrn OMR Dr. Bruno Rabe, Erfurt (9.9.)

zum 78. Geburtstag

Herrn Dr. Albrecht Dietze, Langenorla (3.9.)

zum 76. Geburtstag

Frau SR Dr. Emmi Friehe, Schmalkalden (14.9.)

Frau SR Dr. Christiane Hinke, Gotha (14.9.)

Herrn Dr. Dieter Müller, Eisenach (30.9.)

zum 75. Geburtstag

Herrn Dr. Günter Laue, Erfurt (3.9.)

Herrn Dr. Otto Gunkel, Heilbad Heiligenstadt (9.9.)

zum 74. Geburtstag

Frau Erna Kulpa, Meiningen (4.9.)

Frau Dr. Ina Ilausky, Erlau (14.9.)

Herrn Prof. em. Dr. Eike Glockmann, Jena (21.9.)

Frau Dr. Gerlind Köhler, Leutenberg (27.9.)

Frau Birgit Rother, Suhl (28.9.)

zum 73. Geburtstag

Herrn Dr. Lothar Fries, Mühlhausen (9.9.)

Herrn Rudolf Watzula, Kahla (12.9.)

Frau Margit Kruse, Sondershausen (15.9.)

Frau Waltraud Brödenfeld, Münchenbernsdorf (21.9.)

Frau Hildegard Nehrlich, Erfurt (24.9.)

Frau Heide Liedtke, Geraberg (27.9.)

zum 72. Geburtstag

Herrn Dr. Wilfried Chemnitz, Erfurt (4.9.)

Herrn Dr. Horst Werner, Ilmtal (18.9.)

Frau MUDr./Univ. Palacky Elfriede Weitzel, Hildburghausen (19.9.)

Herrn Volker Langhof, Jena (29.9.)

zum 71. Geburtstag

Herrn Prof. em. Dr. Dr. Witold Zenk, Jena (11.9.)

Frau Dr. Brigitte Stößer, Erfurt (15.9.)

Frau Dr. Claudia Zwiener, Jena (17.9.)

Frau Marga Fischer, Erfurt-Tiefthal (27.9.)

Frau Dr. Ingrid Dietze, Mohlsdorf (27.9.)

Frau Annelies Kleinstäuber, Gera (29.9.)

zum 70. Geburtstag

Herrn Dr. Rainer Schmidt, Grabfeld/OT, Bibra (18.9.)

Frau Dr. Ursula Koch, Mühlhausen (23.9.)

zum 69. Geburtstag

Frau Dr. Christel Schmidt, Ilmenau (3.9.)

Herrn Ulrich Roedel, Leipzig (27.9.)

Frau Hannelore Hanke, Altenburg (29.9.)

zum 68. Geburtstag

Frau Dr. Ingrid Recknagel, Jena (3.9.)

Frau Dr. Regina Montag, Erfurt (4.9.)

zum 67. Geburtstag

Frau Irmgard Moos, Erfurt (5.9.)

zum 66. Geburtstag

Frau Dr. Christiane Basche, Weimar (1.9.)

Herrn Dr. Jürgen Elger, Jena (1.9.)

Frau Sigrud Beck, Arnstadt (16.9.)

Herrn Dr. Hubert Kittler, Jena (22.9.)

Frau Dr. Sibylle Werner,

Gräfinau-Angstedt (25.9.)

Frau Evelyn Weitzel, Veilsdorf (27.9.)

Frau Jutta Horn, Suhl (29.9.)

Frau Birgit Vogel, Altenburg (30.9.)

zum 65. Geburtstag

Herrn Dr. Gernot Göbel, Erfurt (5.9.)

Frau Dr. Linda Gerlach, Apolda (7.9.)

Frau Elke Losso, Brotterode (19.9.)

Frau Dr. Gisela Thiele, Erfurt (24.9.)

Frau Anita Glückermann, Meiningen (28.9.)

zum 60. Geburtstag

Herrn Dr. Mathias Tumovec, Erfurt (7.9.)

Herrn Dr. Knut Knappe, Saalfeld (20.9.)

Herrn Dr. Dietmar Kolle, Haynrode (25.9.)

Frau Dr. Elke Schmidt, Nahetal-Waldau (29.9.)

Kleinanzeigen

Praxisverkäufe

Nach Praxisauflösung Einheit, Geräte, Möbel und Instrumente abzugeben.

Chiffre-Nr.: 373

Praxisabgaben

Alteingesessene Zahnarztpraxis im Ilmkreis (2 BZ) Nähe Erfurter Kreuz aus Altersgründen flexibel abzugeben.

Chiffre-Nr.: 371

Langjährig etablierte ZA Praxis in Jena abzugeben.

Chiffre-Nr.: 375

Südlich von Weimar (15 Auto-Min.)
4 BHZ, erweiterungsfähig, als Einzel- oder Doppelpraxis zu führen, zu 07/2016

Chiffre-Nr.: 370

ZA-Praxis in Jena ab 02/2016 abzugeben

Chiffre-Nr.: 374

Den Kleinanzeigen-Auftrag

finden Sie unter:
www.kleinearhe.de/download/

Laden Sie die Datei herunter, wenn das Formular in Ihrem Browser nicht beschreibbar ist.

Antworten auf Chiffre-Anzeigen senden Sie mit der Chiffre-Nr. auf dem Umschlag an:
Werbeagentur Kleine Arche GmbH Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt

Update der zahnärztlichen Pharmakologie

Von Dr. Dr. Frank Halling

Die zahnärztliche Pharmakologie unterscheidet sich in wichtigen Punkten von der allgemeinmedizinischen Pharmakotherapie. Es wird fast ausschließlich akut behandelt und die Anzahl der eingesetzten Pharmaka ist überschaubar.

Gleichzeitig besteht bei den meisten Dentalpharmaka eine große therapeutische Breite, wobei durch die langsame Resorption der Wirkstoffe bei der oralen Gabe bedrohliche Nebenwirkungen eher selten auftreten. Andererseits werden zahnärztliche Eingriffe und Behandlungen zunehmend komplexer, das Durchschnittsalter der Patienten steigt kontinuierlich und die Multimorbidität zahnärztlicher Patienten liegt mittlerweile auch in allgemeinärztlichen Praxen in einem Bereich von 50 Prozent (Radfar u. Suresh, 2007).

Der niedergelassene Zahnarzt wird also zunehmend mit Patienten konfrontiert, die aufgrund einer allgemeinen Erkrankung und/oder einer bestimmten Medikation als risikobehaftet angesehen werden müssen. Diese Risiken müssen er erkennen und bei seiner (medikamentösen) Behandlungsplanung berücksichtigen. Regelmäßig aktualisierte Arzneimitteldatenbanken (z. B. MMI Pharmindex, Neu-Isenburg), die in das bestehende Praxisprogramm implementiert werden können, bieten dabei eine wertvolle Hilfe.

Analgetika

In der Zahnmedizin kommen überwiegend nicht-opioide Analgetika zum Einsatz (Abb 1). Hier muss unterschieden werden zwischen:

- den nichtselektiven Hemmern der Cyclooxygenasen-1 und -2 (saure Analgetika bzw. NSAR) wie Acetylsalicylsäure (ASS) oder Ibuprofen,
- den nicht-sauren Analgetika Paracetamol oder Metamizol
- sowie als eigene Gruppe den selektiven Hemmern der Cyclooxygenase-2 (z. B. Celecoxib).

Während die NSAR im Gastrointestinaltrakt immer mehr oder weniger stark ulcerogen wirken, ist Paracetamol vor allem wegen seiner Lebertoxizität bei höheren Dosierungen problematisch. Metamizol muss aufgrund der seltenen, aber gravierenden Nebenwirkung Agranulozytose als Mittel der zweiten Wahl angesehen werden. ASS löst bereits in Dosierungen von 100 mg/Tag eine irreversible Thrombozytenaggregationshemmung aus, die bei ausgedehnteren chirurgischen Eingriffen das Risiko einer Nachblutung erhöht.

Besonders bei Asthmatikern ist Vorsicht geboten, da NSAR-induzierte Asthmaanfälle erst 30 Minuten bis drei Stunden nach Einnahme auftreten. Die Prävalenz für diese Reaktion liegt bei 10 Prozent (Randerath u. Galetke 2007).

Saure Analgetika (NSAR) „Klassische COX-1 und -2-Hemmer“		
Salicylate	Essigsäure-derivate	Propionsäure-derivate
Acetylsalicylsäure	Diclofenac Indometacin	Ibuprofen Ketoprofen Naproxen
Nicht saure Analgetika		Selective COX-2-Hemmer
Anilinderivate	Pyrazolone	
Paracetamol	Metamizol	Celecoxib Etoricoxib

Abb. 1: Einteilung der nicht-opioiden Analgetika

Korrespondenzanschrift

Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling
Gemeinschaftspraxis
Dres. Frank und Sigrid Halling
Gerloser Weg 23 a, 36039 Fulda
Telefon: 0661 63362
Telefax: 0661 63368
E-Mail: dr.halling@t-online.de
Internet: www.dr-halling.de

Wirkprofil	ASS	Ibuprofen	Paracetamol	Metamizol
Analgetisch	++	++	+	+++
Antiphlogistisch	+	++	-	-
Antipyretisch	+(+)	++	++	+++
Unerwünschte Arzneimittelwirkung	++	+	+	+

Legende: - keine Wirkung; + geringe Wirkung; +(+) mäßige Wirkung; ++ starke Wirkung; +++ sehr starke Wirkung;

Abb. 2: Übersicht des Wirkprofils der wichtigsten dentalen Analgetika

COX-2-Hemmer zeigen gegenüber den NSAR ein höheres koronares Risiko. Durch die zusätzliche antiphlogistische Wirkung und die geringe Gerinnungshemmung ist Ibuprofen bei fehlender Kontraindikation als Mittel der ersten Wahl bei oralchirurgischen Eingriffen anzusehen (Abb. 2). In einer Metaanalyse randomisierter Studien zeigte sich für alle bekannten NSAR ein signifikant höheres relatives Risiko für Komplikationen des oberen Gastrointestinaltraktes sowie für koronare Ereignisse (z. B. Myokardinfarkt) (Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration 2013). Bei Risikopatienten (Asthmatiker, Senioren, Niereninsuffizienz, Ulkusanamnese, Cortisontherapie) sollten NSAR gemieden werden und ganz auf nicht-saure Analgetika umgestellt werden. NSAR zeigen eine Vielzahl von Arzneimittelinteraktionen und können somit besonders bei multimedikamentierten Patienten nur sehr bedingt eingesetzt werden (Halling 2013, Thiemer u. Wille 2013).

Tramadolol als zentral wirksames Opioid ist in Tropfenform eine kurzfristige Option bei sehr starken Schmerzzuständen. Kombinationspräparate sind im Bereich der Selbstmedikation der Patienten sehr beliebt, aber aufgrund der Potenzierung der Nebenwirkungen, der ungleichen Wirkdauer der Arzneistoffe und des höheren Preises aus pharmakologischer Sicht eher abzulehnen. Während die gemeinsame Gabe von Paracetamol und Codein eine sinnvolle Kombination darstellt, ist das in der Zahnmedizin immer noch (zu) häufig verordnete Kombipräparat Dolomo® aufgrund des Coffein-Zusatzes und des Wirkstoffes ASS eher abzulehnen (Halling 2013).

Bei der Behandlung chronischer Schmerzen, die nicht durch einen Tumor hervorgerufen werden, sollte ein multidisziplinärer Ansatz, also einer, der nicht nur die medizinischen, sondern auch die psychosozialen und physiotherapeutischen Aspekte berücksichtigt, im Vordergrund stehen.

Starke Schmerzmittel, die über einen längeren Zeitraum gegen chronische Schmerzen einge-

nommen werden, haben den gleichen Effekt wie eine Behandlung ohne Medikamente. Dies ist das Ergebnis einer umfangreichen Meta-Analyse (Reinecke et al. 2014). Generell sollte bei jedem Patienten vor einer Schmerzmedikation erfragt werden, wie oft frei verkäufliche Analgetika eingenommen werden.

In Deutschland lag der Umsatz mit rezeptfreien Schmerzmitteln 2011 bei rund 1,1 Milliarden Euro. Rund 2.000 Menschen sterben jährlich nach Schätzungen in Deutschland durch Nebenwirkungen rezeptfreier Schmerzmittel (Spiegel-Online 2012).

Antibiotika

Zirka 18 Millionen Patienten benutzten 2009 in Deutschland durchschnittlich 2,5 Packungen Antibiotika. 38 Prozent aller Kinder und Jugendlichen und sogar 51 Prozent aller Kleinkinder erhielten in 2009 ein Antibiotikum. Während in der Humanmedizin ca. 630 Tonnen Antibiotika pro Jahr verbraucht werden, sind es in der Veterinärmedizin knapp 1.700 Tonnen! Betrachtet man das Problem der Resistenzentwicklungen, so muss auch die Veterinärmedizin in die Verantwortung genommen werden (Al-Nawas 2010).

Über das Keimspektrum bei odontogenen Abszessen liegen im deutschsprachigen Raum nur relativ wenige Publikationen vor. Ein aktuelle Studie ergab, dass im Durchschnitt nur zwei Erreger/Infektion nachzuweisen waren, wobei sich die aeroben und anaeroben Keime etwa die Waage hielten (Eckert et al., 2012). Generell nimmt die Keimpopulation bei bakteriziden Antibiotika rascher und weitergehender ab als bei bakteriostatischen Antibiotika (Al-Nawas u. Ziegler, 2009) (Abb. 3).

Die Indikationsstellung für Antibiotika in der Zahnmedizin ist nicht eindeutig definiert. Sie bilden bei odontogenen Infektionen eine Säule der Behandlung. Im Vordergrund der Therapie stehen aber immer die Abklärung der Infektionsursache und die Sanierung des Infektionsherdes. Keine Indikation für eine Antibiotikaverordnung stellen dar:

- bakterielle Infektionen, bei denen eine lokale Behandlung ausreicht (z. B. Inzibiosion bei submukösem Abszess)
- lokalisierte Virusinfektion ohne Gefahr einer bakteriellen Superinfektion
- Schmerz- und Schwellungszustände unklarer Genese

In zahlreichen zahnärztlichen Studien zeigt sich eine Kombination aus einem Aminopenicillin (z. B. Amoxicillin) und einem Betalaktamaseinhibitor (z. B. Clavulansäure) auch bei schwereren Infektionen als besonders wirksam (Eckert et al. 2005, Al-Nawas 2010, Halling 2014). Allerdings muss auf eine erhöhte Lebertoxizität und eine schlechtere gastrointestinale Verträglichkeit geachtet werden (Gresser 2001). Bei den Patienten mit einer verifizierten Penicillinunverträglichkeit stehen die bakteriostatischen Antibiotika Clindamycin und an zweiter Stelle die Makrolide (z. B. Roxithromycin) als Ausweichpräparate zur Verfügung (Al-Nawas u. Ziegler 2009). Echte Penicillin-Allergien sind mit 3 - 10 Prozent der Patienten noch relativ selten, müssen aber beachtet werden. Generell haben Penicilline eine absolut

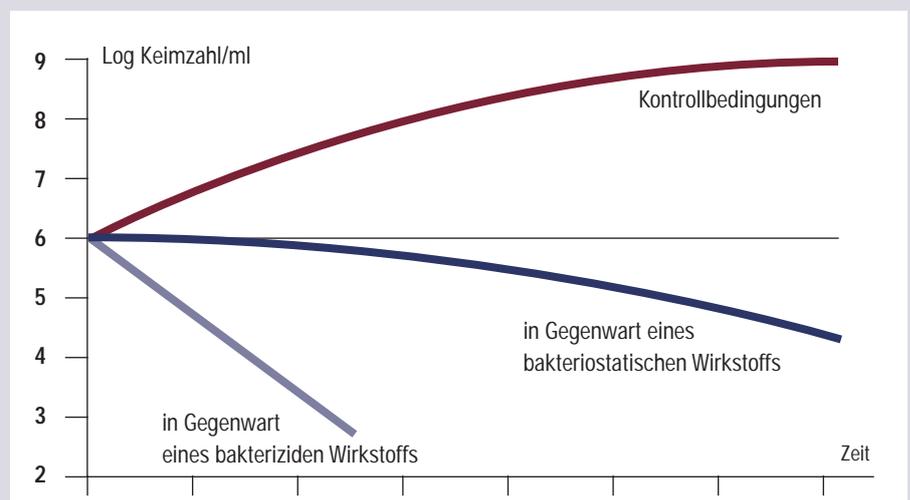


Abb. 3: Hemmkinetik bakteriostatischer und bakterizider Antibiotika (mod. nach Al-Nawas u. Ziegler 2009)

ausreichende Knochengängigkeit, die dem Clindamycin nicht nachsteht (Al-Nawas, 2010). Die erhöhte Gefahr einer pseudomembranösen Colitis beim Reserveantibiotikum Clindamycin schränkt die Anwendungsempfehlungen weiter ein (Halling 2014). Makrolide sind eine weitere Option, zeigen aber mittlerweile eine problematische Resistenzentwicklung.

Antibiotikaresistenzen

Der Trend, dass die Antibiotikaresistenzen deutlich zunehmen, betrifft auch die meisten in der Zahnmedizin gebräuchlichen Antibiotika. Dies zeigt ein Vergleich zweier Studien von Eckert und Mitarbeiter (Eckert et al. 2005 u. 2012). Hier zeigten Clindamycin, Doxycyclin und Erythromycin im Vergleich zu 2005 deutliche Resistenzsteigerungen, während sich die Penicilline und Aminopenicilline mit Clavulansäure noch als sehr gut wirksam gegen alle wichtigen odontogenen Erreger erweisen (Abb. 4). Cephalosporine spielen für die Zahnmedizin keine wesentliche Rolle, da Penicilline wirksamer, kostengünstiger und Nebenwirkungenärmer sind.

Die bekanntesten Wege der Resistenzbildung bei Bakterien sind der Austausch von Resistenzgenen und die Adaptation der Bakterien an das Antibiotikum mit Entwicklung von Abwehrmechanismen (z. B. Produktion eines Betalaktamase-Enzyms). Da sich besonders viele, auch multiresistente Bakterien im Bereich des Naseneingangs nachweisen lassen, ist es bei größeren operativen Eingriffen (Knochenaugmentationen) sinnvoll, neben der einmaligen präoperativen Antibiotikaprophylaxe mit 2 g Amoxicillin, die Naseneingänge mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel zu desinfizieren. Auch die zusätz-

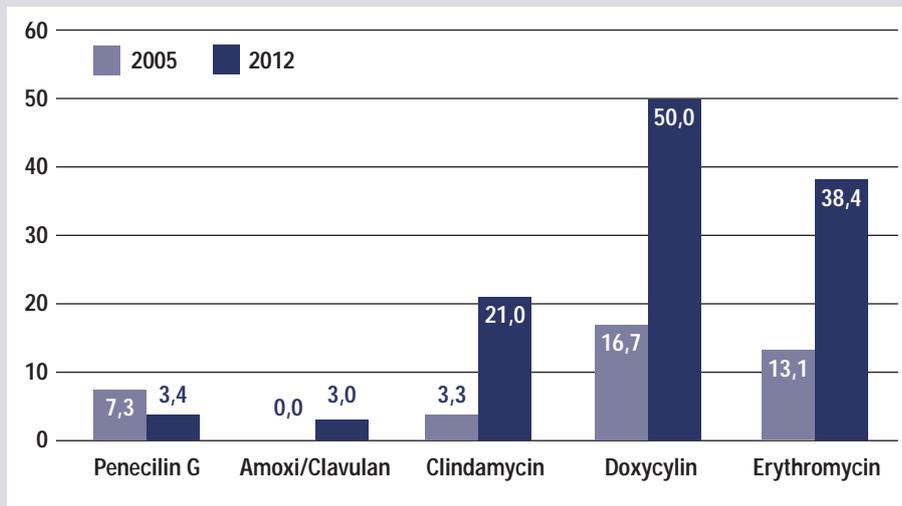


Abb. 4: Resistenzraten (in Prozent) gängiger oraler Antibiotika bei odontogenen Infektionen (nach Eckert et al. 2005 u. 2012)

liche präoperative Schleimhautdesinfektion mit Chlorhexamed 0,2-prozentig ist effektiv und kostengünstig (Roberts u. Addy, 1981).

Mit einer perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die 30 - 60 Minuten vor Beginn des Eingriffs gegeben werden sollte, können bei umfangreichen Operationen (z. B. Knochenaugmentationen im Rahmen implantologischer Eingriffe) oder bei Risikopatienten (z. B. Diabetiker), postoperative infektiöse Komplikationen verhindert oder das Risiko ihres Auftretens reduziert werden (Übersicht bei Halling 2014).

In Deutschland verordnen Zahnärzte durchschnittlich zwei Mal Antibiotika pro Woche. Erstaunlicherweise ergibt die Analyse der Verschreibungshäufigkeiten, dass Clindamycin mit einem Anteil von mehr als 50 Prozent die zahnärztlichen Antibiotikaverordnungen absolut

dominiert (Halling 2012). Das widerspricht den Empfehlungen der DGZMK (Al-Nawas 2002), wobei der Anteil der dort primär empfohlenen Aminopenicilline bei den zahnärztlichen Verordnungen nur bei knapp 25 Prozent liegt (Halling 2012). In vergleichbaren Untersuchungen in den USA, England und Norwegen sowie generell im humanmedizinischen Bereich spielt Clindamycin praktisch keine Rolle. Die hohen Verordnungszahlen sind sehr auffällig und ggf. auf gezielte Werbestrategien der Industrie zurückzuführen.

Medikation bei Risikopatienten

Die zahnärztliche Behandlung beginnt mit der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Hierbei ist schon oft zu erkennen, ob es sich um einen Risikopatienten handelt. Bei diesen Patienten ist das Komplikationsrisiko unter der Behandlung gegenüber der gesunden Normalbevölkerung erhöht.

Neben den besonderen Patientengruppen Kinder und Jugendliche sowie schwangere und stillende Frauen finden wir Risikopatienten besonders häufig bei älteren Patienten mit chronischen Krankheiten. In Deutschland berichten 42 Prozent der Frauen und 35 Prozent der Männer, dass sie an einer chronischen Krankheit leiden.

Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu. 53 Prozent der über 65-jährigen Männer und knapp 60 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe geben an, an mindestens einer chronischen Krankheit erkrankt zu sein (Robert-Koch-Institut 2012) (Abb. 5). Zwei Drittel aller über 80-Jährigen leiden an mindestens zwei, fast ein Viertel der Patienten dieser Altersgruppe an mindestens fünf chronischen Krankheiten.

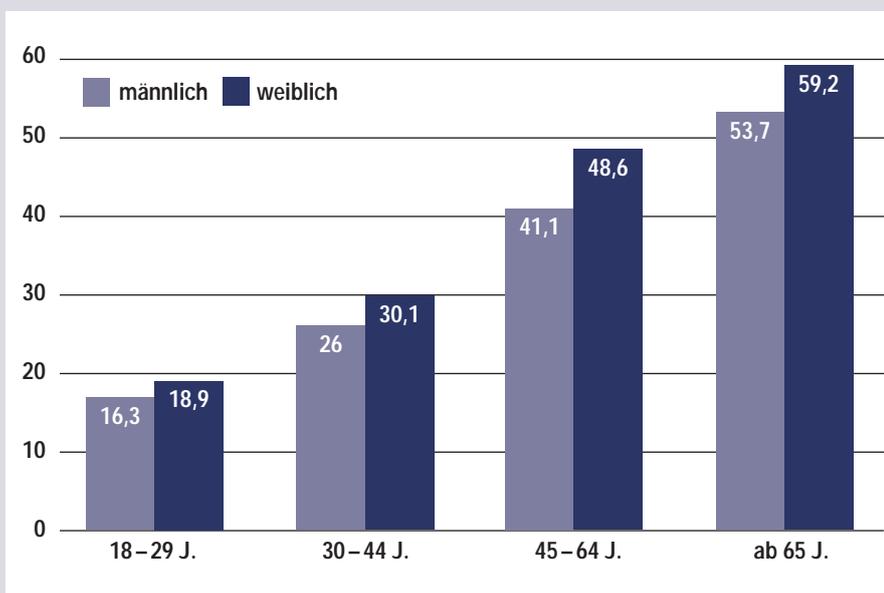


Abb. 5: Prozentuale Häufigkeitsverteilung chronischer Krankheiten in Deutschland 2010 in verschiedenen Altersgruppen (Robert-Koch-Institut 2012)

Wirkstoffklasse	Wirkstoffbeispiel	Applikationszeitpunkt und -art	Dosierung bei Erwachsenen	Dosierung bei Kindern
Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum	Amoxicillin	60 min. vor dem Eingriff oral oder i.v. direkt vor dem Eingriff	< 70kg 2g oral > 70kg 3g oral	< 15kg 0,75g oral 15–30kg 1,5g oral < 30kg 2g oral
Cephalosporine	Cefalexin	wie oben	2g oral	50mg/kg KG
Bei Allergie ▶ Lincosamide	Clindamycin	wie oben	600mg oral	20mg/kg KG

Abb. 6: Empfehlungen zur Endokarditisprophylaxe (Naber et al. 2007)

Im Durchschnitt nimmt ein über 65-Jähriger in Deutschland pro Tag sieben Wirkstoffe ein. Etwa ein Drittel aller über 65-Jährigen ist multimedikamentiert (Schiemann u. Hoffmann 2013). Bei einer Polypharmakotherapie kommt es leicht zu Medikationsfehlern, das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und das Interaktionspotenzial mit anderen (z. B. zahnärztlichen) Arzneimittelverordnungen steigt (Jaehde et al. 2008).

Die **Osteoporose**, an der in Deutschland etwa 8 bis 10 Millionen Menschen leiden, hat durch die zunehmende Medikation mit Bisphosphonaten für die Zahnmedizin eine besondere Bedeutung. Die bisphosphonatinduzierte Osteonekrose des Kiefers (BP-ONJ) tritt bei intravenöser, hoch dosierter Gabe nach unterschiedlichen Studien bei 1–19 Prozent der Behandlungsfälle auf (Grötz et al. 2012). Eine pronominierte Antibiose über 10 Tage und eine Deckung der Alveolen bei Zahnextraktionen werden zur Prophylaxe der BP-ONJ empfohlen (Grötz et al. 2012).

Die Prävalenz der **Niereninsuffizienz** mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 60 ml/min wird mit 11–13 Prozent angegeben (Levey et al. 2009). Für den chirurgisch tätigen Zahnarzt sind Strukturveränderungen des Kieferknochens (renale Osteopathie) zu beachten, die z. B. eine Kontra indikation für Implantate

darstellen. Patienten unter einer immunsuppressiven Therapie nach Nierentransplantation (z. B. Ciclosporin A) zeigen häufiger Gingivawucherungen. „Hauptfeinde“ der Niere sind die NSAR oder Mischanalgetika, deshalb hat Paracetamol die erste Priorität. Bei Penicillinen sollten die Dosisintervalle verlängert werden, die Startdosis ist jedoch beizubehalten. Clindamycin benötigt keine Dosisanpassung.

Erkrankungen der Leber, dem zentralen „Entgiftungsorgan“ des Körpers, haben vielfältige Auswirkungen. Bei Abnahme der Leberperfusion durch Alterungsprozesse, Stoffwechselerkrankungen und Alkoholmissbrauch wird die hepatische Elimination vieler Medikamente beeinflusst. Es besteht das Risiko einer Verzögerung der Ausscheidung und/oder einer Verlängerung der pharmakologischen Wirkung.

In der Leber metabolisierte Analgetika, wie Paracetamol und ASS, sollten vermieden werden. Während bei Clindamycin eine Dosisanpassung nötig ist, muss bei Penicillinen die Dosis erst bei ausgeprägter Leberschädigung reduziert werden. Die Dosis von Articain als häufigstem LA in der Zahnmedizin muss weder bei Nieren- noch bei Leberschädigungen reduziert werden, da dieser Wirkstoff zu fast 90 Prozent durch unspezi-

fische Esterasen im Gewebe und Blut abgebaut wird (Isen 2000).

Etwa 7,2 Prozent der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren bzw. 4,6 Millionen Deutsche leiden unter einem ärztlich diagnostizierten **Diabetes mellitus** (Rathmann et al. 2013). Neben einer höheren Infektionsrate nach chirurgischen Eingriffen muss die erhöhte Nachblutungsgefahr bei länger bestehendem Diabetes beachtet werden. Auf einen Adrenalinzusatz bei der LA sollte aufgrund der möglichen kurzfristigen Blutzuckererhöhung möglichst verzichtet werden. HbA1c ist Hämoglobin, das an Glukose gebunden ist. Es repräsentiert die Stoffwechsellage des Patienten in den letzten vier bis acht Wochen. Ein gut eingestellter Diabetiker weist einen HbA1c-Zielkorridor von 6,5–7,5 Prozent auf (Pfeiffer u. Klein 2014), schlecht eingestellte Diabetiker liegen deutlich darüber. Jeder Diabetiker sollte heutzutage seinen HbA1c-Wert kennen.

Gerade für die Planung von Implantaten sollte dieser Wert stets abgefragt werden. Von verschiedenen Autoren wird bei Diabetikern eine Antibiotikaprophylaxe in Form einer präoperativen Einmalgabe empfohlen.

Patienten mit **Herzfehlern und Herzklappenersatz** rufen für den Zahnarzt besondere Probleme hervor. Zum einen sind sie einem hohen

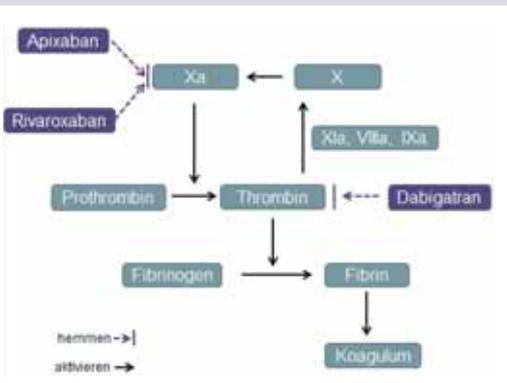


Abb. 7: Neue direkte orale Antikoagulantien (NOAK) und deren Wirkmechanismus

Art des Wirkstoffes	Präoperative Karenz in Tagen (bei Niereninsuffizienz)	Postoperative Karenz in Stunden
Dabigatran (Prasaxa®)	1 (2)	12–24
Rivaroxaban (Xarelto®)	1 (1,5)	12–24
Apixaban (Eliquis®)	1 (1,5)	12–24

Abb. 8: Präoperative und postoperative Karenz bei den NOAK bei oralchirurgischen Eingriffen kleineren Umfanges

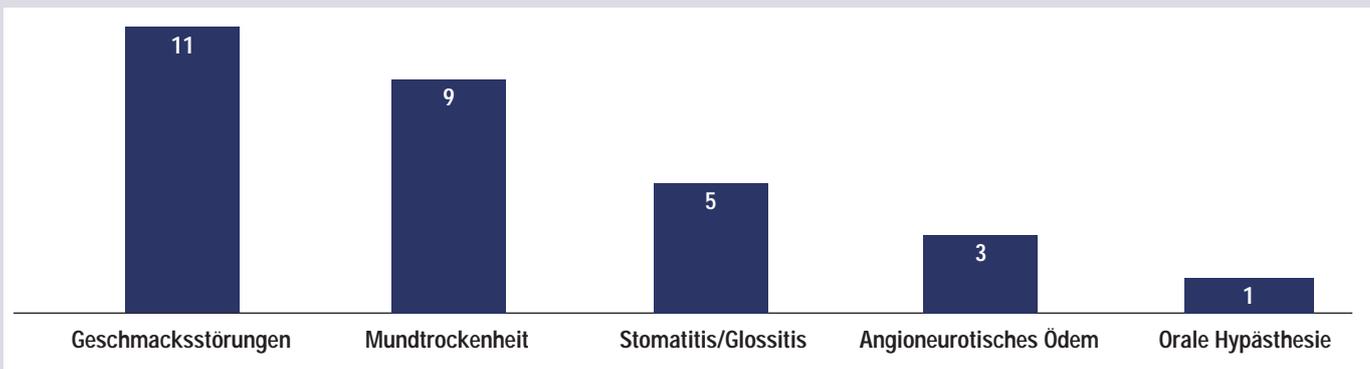


Abb. 9: Anzahl der häufig verordneten Arzneimittel mit zugehörigen unerwünschten oralen Arzneimittelwirkungen

Endokarditisrisiko ausgesetzt, zum anderen sind sie zumeist dauerantikoaguliert. Die Endokarditisprophylaxe wird seit 2007 nur noch auf Patienten mit einem

- prothetischen Klappenersatz,
- Zustand nach bakterieller Endokarditis,
- angeborenen Herzfehler (CHD),
- Zustand nach Herztransplantation mit anschließender Valvulopathie

in Form einer Einmalgabe von 2 g (< 70 kg Gewicht) bzw. 3 g (> 70 kg Gewicht) Amoxicillin oral angewendet. Bei einer Penicillinallergie sind 600 mg Clindamycin die Alternative. Wichtig ist die Gabe 30 – 60 Minuten vor der Behandlung (Naber et al. 2007) (Abb. 6). Da Bakteriämien nicht länger als 15 Minuten andauern, gewährt die Einmalgabe mit einem ausreichenden Wirkspiegel von durchschnittlich vier Stunden sicheren Schutz.

Durch die Einführung der neuen direkten Antikoagulantien (NOAK) Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxaban (Xarelto®) und Apixaban (Eliquis®) haben sich in den vergangenen Jahren auch für Zahnärzte einige Veränderungen ergeben (Abb. 7). Da diese neuen Wirkstoffe relativ teuer sind, erfolgt die Antikoagulation in Deutschland zurzeit noch überwiegend mit Cumarinderivaten.

NOAK wirken über die direkte Hemmung eines Gerinnungsfaktors (z. B. Thrombin beim Dabigatran) anstelle einer indirekten Hemmung über die Vitamin-Kabhängigen Gerinnungsfaktoren bei den Cumarinderivaten. Die Substanzen werden in fester Tagesdosis täglich gegeben, ein Gerinnungs-Monitoring ist nicht notwendig. Allerdings ist auch kein Gegenmittel bei einer Überdosierung verfügbar!

Das perioperative Prozedere vereinfacht sich beim Absetzen dieser Präparate. Anstelle des umständlichen „Bridging“ mit Heparin bei Cumarinderivaten ist die Gerinnungshemmung bei den NOAK aufgrund der kurzen Halbwertszeit relativ schnell aufgehoben. Die höchsten Spiegel

im Blut (Peak) werden bei den drei Substanzen nach etwa zwei bis vier Stunden erreicht. Ihre Elimination erfolgt in unterschiedlichem Ausmaß renal, dies führt zu substanzspezifisch unterschiedlichen Empfehlungen bezüglich der Anwendung bei Niereninsuffizienz (Steiner, 2012) (Abb. 8). Folgende Fragen müssen bei der Einnahme von NOAK präoperativ abgeklärt sein:

- Wann hat der Patient die letzte Dosis genommen?
- Wie hoch ist das Blutungsrisiko bei dem beabsichtigten Eingriff?
- Wie steht es um die Nierenfunktion?
- Wie hoch ist die Kreatininclearance?

Jede operative Intervention bei Patienten unter Antikoagulation sollte mit sorgfältigster Blutstillung erfolgen. In der Praxis des Verfassers hat sich dabei besonders die bipolare Koagulation mit der Kauterpinzette bewährt.

Die ambulante Behandlung von Patienten unter Cumarintherapie (Marcumar®, Falithrom®) bzw. NOAK sollte jedoch nur bei Patienten durchgeführt werden, die aufgrund ihres ausreichenden Allgemeinzustandes in der Lage sind, im Falle einer Nachblutung die Praxis oder Klinik aufzusuchen. Auch sollte die Erreichbarkeit des verantwortlichen Zahnarztes für Notfälle gegeben sein (Scheer et al. 2006).

Häufig verordnete Medikamente mit oralen UAW

In einer jüngst publizierten Studie zum Nebenwirkungsprofil der meistverordneten Medikamente in Deutschland ergab sich, dass fast die Hälfte der 50 untersuchten Arzneimittel unerwünschte orale Nebenwirkungen zeigte (Halling 2013).

24 von 50 untersuchten Arzneimitteln wiesen orale Nebenwirkungen auf. Am häufigsten werden Geschmacksstörungen und Mundtrockenheit als UAW in den Fachinformationen genannt (Abb. 9). Gerade diese Nebenwirkungen belas-

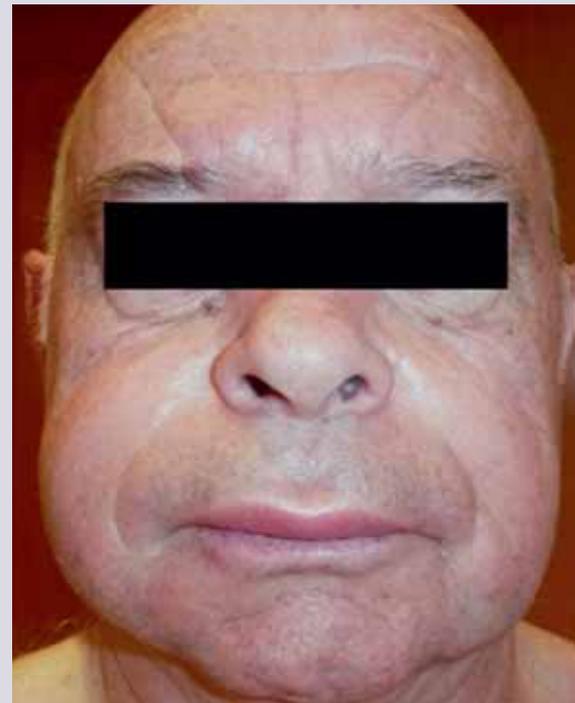


Abb. 10a: Ausgeprägtes angioneurotisches Ödem des Unter- und Mittelgesichtes als Folge der Einnahme eines ACE-Hemmers



Abb. 10b: Derselbe Patient wie in Abb. 10a nach Abklingen des Ödems

ten ältere Patienten besonders stark. In ausgeprägten Fällen sollte die Medikation in Absprache mit dem behandelnden Hausarzt überprüft und evtl. umgestellt werden.

Eine potenziell lebensbedrohliche Komplikation stellt das (rezidivierende) angioneurotische Ödem dar, das bei 0,1 – 2,2 Prozent der mit ACE-Hemmern oder Sartanen behandelten Hypertonikern auftreten kann. Klinisch kann das Ödem über eine Schwellung der Lippen und des Gesichtes bis zur lebensbedrohlichen Obstruktion der oberen Atemwege reichen (Abb. 10a und b).

Die Zeitdauer zwischen dem Medikationsbeginn und dem ersten Auftreten der Ödeme kann Monate bis Jahre betragen. Im Falle rezidivierender Schwellungen im Gesichtsbereich sollte jeder Zahnarzt nach Ausschluss möglicher dentogener Ursachen auch an diese Arzneimittelnebenwirkung denken. Liegt diese UAW vor, muss das auslösende Medikament sofort abgesetzt und auf eine andere antihypertone Arzneimittelgruppe umgestellt werden. Generell gilt lt. § 2, Abs. 6 Musterberufsordnung der BZÄK die Verpflichtung für alle Zahnärzte, „die ihm aus seiner zahnärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Zahnärzteschaft mitzuteilen“.



Dr. Dr. Frank Halling ist niedergelassener Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg in Fulda.



Kontakt zum Autor:
www.dr-halling.de



Literatur

- Al-Nawas B. Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis (Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK). DZZ 2002; 57:451–454.
- Al-Nawas B. Antiinfektiöse Prophylaxe und Therapie in der Zahnmedizin. Wissen kompakt 2010; 4:3–12.
- Al-Nawas B, Ziegler A. Die Antibiotika in der Zahnmedizin. Quintessenz 2009; 60:1425–1437.
- Corsonello A, Pedone C, Corica F et al. Concealed renal insufficiency and adverse drug reactions in elderly hospitalized patients. Arch Intern Med 2005; 165:790–795.
- Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet 2013; 382:769–779.
- Eckert AW, Maurer P, Wilhelms D et al. Keimpektrum und Antibiotika bei odontogenen Infektionen. Mund Kiefer Gesichtschir 2005; 9:377–383.
- Eckert AW, Just L, Wilhelms D et al. Odontogene Infektionen – Teil 1. Zur Wertigkeit der Erregerbestimmung bei odontogenen Infektionen in der klinischen Routine. Wien Med Wochenschr 2012; DOI10.1007/s10354-012-0103-2.
- Gresser U. Amoxicillin-clavulanic acid therapy may be associated with severe side effects: Review of the literature. Eur J Med Res 2001; 6:139–149.
- Grötz KA, Piesold J, Al-Nawas B. AWMF S3 Leitlinie: Bisphosphonate-assoziierte Kiefernekrosen und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen. 2012 [http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/007-091.html] (letzter Zugriff: 04.07.2014)
- Halling F. Zahnärztliche Antibiotika- und Analgetikaverordnungen. In: Glaeske G, Schick Tanz C (Hrsg.). BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. St. Augustin: Asgard Verlag 2012; 78–95.
- Halling F. Zahnärztlich relevante Neben- und Wechselwirkungen der meistverordneten Arzneimittel in Deutschland. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 2013; 68:669–676.
- Halling F. Antibiotika in der Zahnmedizin. Zahnmedizin up2date 2014, 8:67–82.
- Isen DA. Articaine: pharmacology and clinical use of a recently approved local anaesthetic. Dent Today 2000; 19:72–77.
- Jaehde U, Hanke F, Demgenski M. Mehr Überblick trotz Polymedikation. Pharm Ztg 2008; 153:2110–2120.
- Levey AS, Stevens LA, Schmid CH et al. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration): A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann Intern Med 2009; 150:604–612.
- Naber CK, Al-Nawas B, Baumgartner H et al. Prophylaxe der infektiösen Endokarditis. Kardiologie 2007; 1:243–250.
- Pfeiffer AFH, Klein HH. The treatment of type 2 diabetes. Dtsch Arztebl Int 2014; 111:69–82.
- Radfar L, Suresh L. Medical profile of a dental school patient population. J Dent Educ 2007; 71:682–686.
- Randerath WJ, Galetke W. Differentialdiagnose der rezidivierenden Polyposis nasi. Dtsch Arztebl 2007; 104:46:3178–3183.
- Rathmann W, Scheidt-Nave C, Roden M et al. Type 2 Diabetes: prevalence and relevance of genetic and acquired factors for its prediction. Deutsches Ärzteblatt International 2013; 110:331–337.

Reinecke H, Weber C, Lange K et al. Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta analyses. Br J Pharmacol 2014; doi:10.1111/bph.12634.

Robert-Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie - Gesundheit in Deutschland aktuell, Berlin.

Roberts W, Addy M. Comparison of the in vivo and in vitro antibacterial properties of antiseptic mouthrinses containing chlorhexidine, alexidine, cetylpyridinium chloride and hexetidine. J Clin Periodontol 1981; 8:295–310.

Scheer M, Breuer K, Neugebauer J et al. Trotz Gerinnungsstörung behandeln. Zahnärztl Mitt 2006; 96:38–44.

Schiemann G, Hoffmann I. Polypharmazie und kardiovaskuläre Wirkstoffgruppen bei Älteren – eine Einsatzmöglichkeit der Polypill? In: Glaeske G, Schick Tanz C (Hrsg.). BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. St. Augustin: Asgard Verlag 2013; 74–89.

Spiegel-Online (2012). Pharma-Boom: Deutsche schlucken immer mehr Schmerzmittel. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/schmerzmittel-aerzte-verschreiben-so-viele-packungen-wie-nie-a-865022.htm> (letzter Zugriff 04.06.2014).

Steiner T. Neue direkte orale Antikoagulanzen: Was ist im Notfall zu beachten. Dtsch Arztebl. 2012; 109:1542–1544.

Thieme V, Wille H. Orale postoperative Schmerztherapie bei Erwachsenen. MKG-Chirurg 2013; 6:290–300.

**Ich bin
29 ...**

**... mit 30 Jahren
Erfahrung**



*Bodo Müller, einer der
Unternehmensgründer der m&k gmbh*

- m&k Komplettangebot für die Implantologie: Regenerationsmaterialien, die Implantatlinien *ixx2® light* und *Trias®* (1- und 2-teilig), Prothetikkomponenten u.v.m.
- m&k Team: kompetent, engagiert, zuverlässig
- m&k akademie: praxisorientierte, vielfältige, topaktuelle Fortbildungen

9. Implantologie-Tagung

7. November 2015 im Zeiss-Planetarium Jena
www.mk-akademie.info



Implantologie,
das können die!

**m&k
dental
Jena**

Spezielle Dental-Produkte

Im Camisch 49

07768 Kahla

Fon: 03 64 24 | 811-0

mail@mk-webseite.de



facebook.com/mk.gmbh

Kann man Lebens- qualität implantieren?

Mit Genuss essen. Unbefangen sprechen. Herzlich lachen. Einfach unbeschwert am Leben teilhaben – nichts ist für Ihre Patienten kostbarer. Und nicht weniger erwarten sie von Ihnen!

DENTSPLY Implants unterstützt Sie dabei, Ihre Patienten optimal zu behandeln. Mit innovativen Technologien für eine effiziente und erfolgreiche Implantattherapie. Und mit weitreichendem Service, wie zum Beispiel unserem vielfach bewährten Praxistentwicklungsprogramm oder einem umfassenden Fortbildungsangebot.

Unsere aufgeschlossenen und kompetenten Mitarbeiter machen sich für den Erfolg Ihrer Praxis stark.

Damit auch Sie gut lachen haben – und nicht nur Ihre Patienten.

**Lebensqualität kann nicht jeder implantieren. Sie schon!
Mit den zuverlässigen Lösungen von DENTSPLY Implants –
denn darauf kommt es an.**

Umfassende Lösungen für alle Phasen der Implantattherapie



Professionelle
Praxistentwicklung

STEPS™



Digitale Planung

SIMPLANT™



Regenerative
Lösungen

SYMBIOS™



Implantate

ANKYLOS™

ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM

XIVE™



Prothetische
Versorgungen

ATLANTIS™

www.dentsplyimplants.de

**DENTSPLY
IMPLANTS**

Beachten Sie
unsere aktuellen Angebote!*

Bestellschein

Absender, Praxisstempel

170784
Kunden-Nr.

Datum

Unterschrift

Wir bestellen folgende Artikel:

Art.-Nr.	Bezeichnung	Menge	Gesamtpreis
	Total-Etch Bond	1	
	Self-Etch Bond	1	
	Dual-Cure Aktivator	1	
	Applikationspinsel	2	
	Keramik-Primer	1	
	Metall-Primer	2	
	Zirkon-Primer	1	
	Glazing		



Bitte zukünftig nur
Futurabond U bestellen!

ALL YOU NEED IS 'U'

- Dualhärtendes Universal-Adhäsiv
- Self-Etch, Selective-Etch oder Total-Etch – Sie als Anwender haben die freie Wahl
- Herausragende Anwendungsvielfalt
 - für direkte und indirekte Restaurationen
 - uneingeschränkt kompatibel mit allen licht-, dual- und selbsthärtenden Composites ohne zusätzlichen Aktivator
 - sichere Haftung an diversen Materialien wie Metall, Zirkon- und Aluminiumoxid sowie Silikatkeramik ohne zusätzlichen Primer
- In einer Schicht aufzutragen – gesamte Verarbeitungszeit nur 35 Sekunden



*Alle aktuellen Angebote finden Sie unter www.voco.de oder sprechen Sie bitte Ihren VOCO-Außendienstmitarbeiter an.