

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 7/2017 · 14. Jahrgang · Leipzig, 18. Oktober 2017 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Gegen Perimplantitis

Dr. Frederic Kauffmann, Würzburg, und Dr. Alexander Müller-Busch, Ingolstadt, informieren ausführlich über Diagnostik, Prävalenz, Risikofaktoren und Therapie. **▶ Seite 8f**



Implantologie-Fortbildung

Das 2. Wiesbadener Forum für Innovative Implantologie am 3. und 4. November 2017 thematisiert implantologische Konzepte bei kompromittiertem Knochenangebot. **▶ Seite 13**



Abrechnung von Profis

Anja Kotsch und Lutz Schmidt, Inhaber der dentisratio GmbH, sprechen im Interview über die umfassenden Angebote ihres Unternehmens für Zahnarztpraxen. **▶ Seite 14**

ANZEIGE

Semi-permanenter Befestigungszement für Kronen und Brücken auf Abudments

ZAKK® Implant

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Infos, Katalog Tel. 0 40 - 30 70 70 73-0
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

DESIGNPREIS 2017
DEUTSCHLANDS SCHÖNSTE ZAHNARZTPRAXIS

Zu sehen unter www.designpreis.org/publikation

ZWP SPEZIAL

EuGH bestätigt Gesundheitsschutz als überragendes Rechtsgut

Bundeszahnärztekammer zum Urteil des Europäischen Gerichtshofs

BERLIN/BRÜSSEL – Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in seinem Urteil vom 21. September 2017 in der Rechtssache C-125/26 unterstrichen, dass der Schutz der Gesundheit und des menschlichen Lebens höchsten Rang im EU-Recht haben. Gleichzeitig stellte das Gericht klar, dass es alleine Sache der Mitgliedstaaten ist, festzulegen, auf welchem Niveau sie den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten wollen und wie dieses Schutzniveau erreicht werden soll.

Gesundheitsschutz nicht verhandelbar

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, begrüßte das Urteil: „Das höchste Gericht der EU hat unmissverständlich deutlich gemacht, dass Gesundheitsschutz nicht verhandelbar ist.“

Das EuGH-Urteil hat darüber hinaus auch Bedeutung für die laufenden parlamentarischen Bera-



tungen über das Dienstleistungspaket. „Der EuGH hat die Sonderrolle der Gesundheitsberufe hervorgehoben, daher ist eine Ausnahme der Heilberufe aus dem An-

wendungsbereich der umstrittenen EU-Richtlinie nur folgerichtig“, so Dr. Engel.

Ausgangspunkt war ein maltesisches Gerichtsverfahren, bei dem

die Kläger auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation als klinischer Zahntechniker in Malta geklagt hatten. Ferner wollten die Kläger erreichen, dass der Beruf des klinischen Zahntechnikers, der auf der Mittelmeerinsel bislang nicht anerkannt ist, auch in Malta zugelassen wird und sie Patienten selbstständig behandeln dürfen.

Dabei beriefen sich die Kläger auf Vorgaben des Europarechts, insbesondere die Grundfreiheiten der EU-Verträge und die 2005 verabschiedete Berufsanerkennungsrichtlinie. Die maltesischen Behörden hatten diese Anträge unter Hinweis auf den Schutz der Gesundheit und die Verantwortlichkeit der EU-Mitgliedstaaten für die Organisation ihrer Gesundheitssysteme abgelehnt, worauf das maltesische Gericht die Fragen dem EuGH zur Vorabentscheidung vorlegte. **DT**

Quelle: Bundeszahnärztekammer

100 Millionen Behandlungen und kaum „Beschwerden“

Zahnärztliche Patienten-Beratungsstellen klären fast 90 Prozent der Anliegen Ratsuchender.

BONN (jp) – Bei über 100 Millionen Behandlungen in Zahnarztpraxen gab es laut Jahresbericht der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur Patientenberatung in 2016 knapp 2.000 „Beschwerden“ und 25.000 dokumentierte „Beratungen“.

nisse zeigen, dass die Beratungsstellen in insgesamt fast 90 Prozent die Anliegen der Ratsuchenden klären oder zu einer Klärung beitragen konnten.“

Dass nur gut zehn Prozent der Ratsuchenden an externe Dritte verwiesen wurden, ist ein Beleg für die hohe Leistungsfähigkeit der

handlungen/Verdacht auf Behandlungsfehler (22 Prozent), Vertragszahnarztrecht/Berufsrecht (10 Prozent) und Berufsausübung (6 Prozent). In über 40 Prozent der Anliegen (817 Fälle) stand das Thema „formale und inhaltliche Richtigkeit von Kostenplanungen oder Rechnungen“ im Mittelpunkt der Beratung. Hierbei ging es hauptsächlich um Zahnersatz und Konservierende Zahnheilkunde. Das am zweithäufigsten von den Eingaben/Beschwerden betroffene Thema war „mangelnde Aufklärung zu Behandlungskosten oder Honorarvereinbarungen“ mit 14,3 Prozent (284 Fälle). Der in diesem Zusammenhang am häufigsten benannte zahnärztliche Leistungsbereich war die Konservierende Zahnheilkunde. Zahnärzte zählen mit zu den am häufigsten konsultierten Facharztgruppen. Bei der überaus hohen Zahl von über 100 Millionen Behandlungsfällen im Jahr allein bei gesetzlich Versicherten lassen sich dabei auch Beschwerden nie völlig vermeiden.

Die Anzahl der Beratungen zum zahnärztlichen Gutachterwesen, zu



„Kosten- und Rechtsthemen“ bildeten mit über 56 Prozent den am häufigsten nachgefragten Bereich. An der Spitze steht die „Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen gegen den Betroffenen, wie Heil- und Kostenpläne, Rechnungen, Eigenanteil, Mehrkosten und private Leistungen. Die Ergeb-

zahnärztlichen Patientenberatung in den Körperschaften auf Landesebene“, heißt es im Jahresbericht der BZÄK und KZBV.

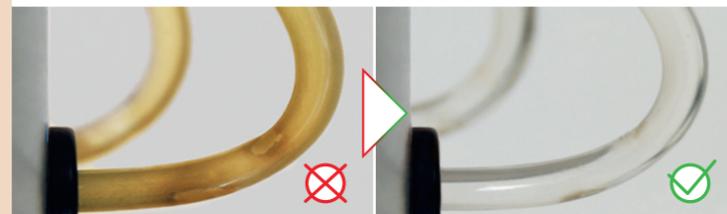
Bei den knapp 2.000 „Beschwerden“ hatten fast 98 Prozent nur ein einziges Anliegen aus folgenden Bereichen: Vereinbarungen/Rechnungslegungen (55 Prozent), Be-

Fortsetzung auf Seite 2 – rechts unten →

ANZEIGE

Kosten sparen mit rechtssicherer Wasserhygiene

Blick auf wasserführenden Schlauch in einer Dentaleinheit:



Trotz Entkeimung: Biofilm vorhanden

Biofilm-Entfernung nach 9 Wochen

Wir lösen Ihr Wasserhygiene-Problem schnell.
100% Erfolgsgarantie.

KEINE Legionellen, Veralgung oder gefälschten Probenergebnisse mehr*

Einsparungen bei Reparaturkosten

Jetzt einen kostenlosen Beratungstermin zur Lösung Ihrer Wasserhygiene-Probleme vereinbaren:

Fon 00800 88 55 22 88
www.bluesafety.com/Termin

BLUE SAFETY
Die Wasserexperten

Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.
*Erfahrungswerte von BLUE SAFETY

Umfrage zur Berufszukunft fragwürdig

Jürgen Pischel spricht Klartext



Mit einer Meinungsforschung „Zukunft Heilberufler 2030“ unter Ärzten, Zahnärzten und Apothekern – 400 aller Altersgruppen wurden befragt – hat die apoBank mediales Aufsehen erregt. Heutige Praxisbesitzer, auch solche, die 2030 schon gar nicht mehr arbeiten werden, zur Zukunft des Berufes zu befragen, ist schon mit hohem Risiko behaftet. Vornehmlich dem Risiko, eine Erwartung zu erfahren, die eine heutige Realität widerspiegelt, die aber für den Berufsstand noch nicht ins Bewusstsein gedrungen ist. So gehen laut apoBank-Studie 86 Prozent der Heilberufler davon aus, dass die Digitalisierung ihre Arbeit besonders in der Verwaltung in Zukunft (2030) sinnvoll unterstützen wird. Das ist heute längst Realität, sogar in jeder hinterwäldlerischen Praxis. Und wenn 40 Prozent der Befragten sogar glauben, dass die Digitalisierung künftig den Heilberufler in Teilen ersetzen wird, so müssen mindestens 60 Prozent die Augen vor der Zukunft verschlossen haben, die digital bestimmt sein wird. Auch und vor allem in der Behandlung der Patienten. Der Einsatz digitaler Technologien in der Zahnmedizin wird sogar vielfach lege artis vorausgesetzt sein. Hier überschlagen sich die Entwicklungen. Vor drei Jahren gab es noch keinen 3-D-Drucker in der Zahnheilkunde, heute ist er Standard.

Auch in anderen Bereichen der Zukunftserwartungen wird die heutige Wirklichkeit als prognostisch bewertet. Die Befragung der Zahnärzte in der apoBank-Studie zeigt, dass sowohl Frauen als auch Männer die Selbstständigkeit künftig als attraktivste Berufsausübungsform sehen – am ehesten werden dabei Kooperationen gewählt. Sowohl Zahnärzte (35 Prozent) als auch Zahnärztinnen (23 Prozent) wollen vorrangig selbstständig in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) agieren. Über 60 Prozent der weiblichen Zahnärzte gehen davon aus, dass sie 2030 in Teilzeit arbeiten werden. Drei Viertel der Männer planen, in Vollzeit tätig zu sein. Das alles ist ein Spiegelbild der Verhältnisse.

Die Körperschaften – Kammern und KZVen – kritisieren den heutigen Trend der Niederlassung in „Kettengemeinschaften“, in Medizinischen Versorgungszentren (MZVen), nur von Zahnärzten gebildet – ein Trend aus der zunehmenden Feminisierung des Berufsstandes und einer neuen Einstellung zur Bedeutung der Berufsausübung für die Lebensgestaltung. Einhergehend mit der zunehmenden Entwicklung der Spezialisierung wird die Kooperation in gemeinschaftlicher Berufsausübung eine viel größere Rolle einnehmen, als die Befragungsergebnisse zeigen.

Wie dem auch sei: Die Zukunft des zahnärztlichen Berufes wird, mit Verantwortung gestaltet, die Rahmenbedingungen aus Gesundheitspolitik, wirtschaftlicher Entwicklung und des technologischen Fortschritts ernst genommen, eine positive sein.

Glauben Sie mir das,
toi, toi, toi,

Ihr
J. Pischel



Editorische Notiz (Schreibweise männlich/weiblich)

Wir bitten um Verständnis, dass – aus Gründen der Lesbarkeit – auf eine durchgängige Nennung der männlichen und weiblichen Bezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf Männer und Frauen.

Die Redaktion



Prof. Dr. Splieth wird Präsident der Weltkariesorganisation

Mit dem Jahreskongress 2019 in Kolumbien beginnt seine Präsidentschaft.

GREIFSWALD – Prof. Dr. Christian Splieth von der Universitätsmedizin Greifswald wurde jetzt in geheimer, weltweiter Online-Wahl zum President-elect der Organisation for Caries Research (ORCA) bestimmt. Nach zwei Jahren als Vizepräsident beginnt seine Präsidentschaft mit dem Jahreskongress 2019 in Kolumbien.

„Es ehrt Greifswald, die skandinavisch geprägten Ideen zur ‚Kariesprävention und Kariestherapie ohne zu Bohren‘ jetzt verstärkt einbringen zu können. Dies ist sicherlich auch eine Anerkennung für über 20 Jahre Kariesforschung und überdurchschnittlich gute Karieswerte, die wir in Greifswald auf Basis von wissenschaftlich evaluierten Konzepten erzielen konnten. Wir möchten durch internationale Vernetzung und die Einbindung in die Community Medicine dazu beitragen, gleiche Chancen auf Gesundheit im Mund für alle zu eröffnen“, so Prof. Splieth, Leiter der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kin-



derzahnheilkunde an der Universitätsmedizin Greifswald.

Die Schwerpunkte Kinderzahnheilkunde, Präventive Zahnmedizin und Kariologie sind an deutschen Universitäten eher schwach vertreten, und so zielten die Aktivitäten des Greifswalder Forschers schon sehr früh auf internationale Kooperationen. Gerade läuft eine mehrjährige Studie mit ORCA-Partnern in Großbritannien und Litauen, in denen sich andeutet, dass die konventionelle Füllung im Milchgebiss deutlich weniger erfolgreich ist als

Stahlkronen und nur genauso gut wie einfaches Zähneputzen der kariösen Defekte. Die Greifswalder Arbeitsgruppe von acht Kariesforschern und Kinderzahnheilkundlern sowie 15 Masterstudenten arbeitet mit der ORCA daran, nicht nur neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, sondern und gleich in der Patientenversorgung oder im Jugendzahnärztlichen Dienst als „Schulzahnarzt“ umzusetzen. [DT](#)

Quelle: Universität Greifswald

Zahnärztliche Approbationsordnung im Bundesrat verzögert

Angenommener Vertragungsantrag kommt dem Wunsch „nach vertiefter Prüfung“ nach.

BONN/KREMS (jp) – Mitte September sollte der Bundesrat die Novellierung der Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZApprO) abhaken. Im Vorfeld hatte die Bundeszahnärztekammer Ende August die Gesundheitsreferenten der Landesvertretungen beim Bund zur Diskussion eingeladen, um für die erwartete Abstimmung auf der Bundesratssitzung zwei Wochen später noch einmal Fakten mitzugeben. Ebenfalls vertreten waren die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) sowie der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM).

Der Gesundheitsausschuss im Bundesrat gab mit zahlreichen Änderungsvorschlägen grundsätzlich in der ersten Septemberwoche grünes Licht für eine Reform der ZApprO. Die Änderungsempfehlungen betreffen u.a. Regelungen zu Prüfungsangelegenheiten, zu

Notenstufen sowie zu den Zuständigkeiten bei der Famulatur, wie zu Finanzierungsfragen des Studiums.

Da am 4. September im Kulturausschuss des Bundesrates ein Vertragungsantrag angenommen wurde, wurde für die September-Bundesratssitzung die geplante Novellierung der ZApprO von der Tagesordnung genommen. Dem Wunsch „nach vertiefter Prüfung“ wird so nachgekommen, heißt es. Aktuell wird mit einer Verschiebung zum Jahresende hin gerechnet. Damit kann eine novellierte ZApprO frühestens Ende 2018/Anfang 2019 in Kraft treten. [DT](#)



← Fortsetzung von Seite 1 oben:
„100 Millionen Behandlungen und kaum Beschwerden“

Zweitmeinungsverfahren und zu Schlichtungen zeigen, so die BZÄK im Jahresbericht, dass in den Beratungen und Bearbeitungen der Beschwerden etablierte Konfliktlösungsmöglichkeiten vermittelt werden. „Auch berechtigte Beschwerden von Patienten ändern aber“, so die BZÄK und die KZBV, „in der Summe nichts daran, dass in Deutschland eine qualitativ hochwertige, flächen-

deckende und wohnortnahe zahnärztliche Versorgung besteht, um die wir im internationalen Vergleich beneidet werden.“ Die Evaluation und Auswertung der zahnärztlichen Patientenberatung schaffe für die zahnärztlichen Körperschaften eine wichtige Grundlage, um diesen Vorsprung nicht nur zu halten, sondern durch gezielte und passgenaue Optimierung des zahnärztlichen Versorgungssystems noch weiter auszubauen. Die Erkenntnisse aus dem Beratungsgeschehen können wirksam und ergebnisorientiert genutzt

werden, um das Versorgungssystem patientenfreundlich zu gestalten, bestehende Informationslücken zu beseitigen und die Beratungskompetenz der zahnärztlichen Patientenberatung weiter zu stärken.

Nicht zuletzt zeigen die Ergebnisse auch Anlass für die Berufsorganisationen, im Sinne eines Qualitätskreislaufes Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und zur Stärkung der Mundgesundheitskompetenz der Bevölkerung einzuleiten. [DT](#)

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstrasse 29
04229 Leipzig

Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji)
V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Majang Hartwig-Kramer (mhk)
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Korrespondent
Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
info@dp-uni.ac.at

Anzeigenverkauf
Verkaufsleitung
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
hiller@oemus-media.de

Projektmanagement/Vertrieb
Stefan Thieme
s.thieme@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigenendisposition
Lysann Reichardt
Lreichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn

Lektorat
Marion Herner
Ann-Katrin Paulick

Mitglied der Informations-
gemeinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.

Erscheinungsweise

Dental Tribune German Edition erscheint 2017 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2017.
Es gelten die AGB.

Druckerei

Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Verlags- und Urheberrecht

Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

GOÄ-Kommentar für die Zahnarztpraxis

Bundeszahnärztekammer veröffentlicht GOÄ-Kurzkommentar.



zahnärztlichen Praxis helfen. Der Zahnarzt hat nach §6 Abs. 2 GOZ den Zugriff auf einen begrenzten Bereich der GOÄ, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung in der GOZ enthalten ist. Einige GOÄ-Leistungen werden in hoher Frequenz von allgemeinärztlichen Praxen erbracht.

Aktueller Informationsbedarf

„Der Kommentar wurde trotz der fortgeschrittenen Novellierung der GOÄ erstellt, da deren Inkrafttreten gegenwärtig nicht bekannt ist. In den Praxen besteht aber jetzt ein Informationsbedarf für die korrekte Anwendung der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel.

Der GOÄ-Kurzkommentar der BZÄK wird kontinuierlich aktualisiert. Er kann umfassendere Kommentarausgaben zur gesamten ärztlichen Gebührenordnung jedoch nicht ersetzen. [DT](#)

Quelle: Bundeszahnärztekammer www.bzaek.de/kommentar-goae

BERLIN – Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist auch in der Zahnarztpraxis Grundlage für die Berechnung von Leistungen. Der Ausschuss Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat deshalb ergänzend zum Kommentar zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einen Kurzkommentar zur GOÄ erarbeitet. Dieser steht ab jetzt online auf der BZÄK-Homepage und soll bei der Abrechnung in der

E-Book zum Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen erschienen

Übersichtliche Zusammenfassung zu aktuellen Fragen, Problemen, Risiken und geltenden Richtlinien.

LEIPZIG – Am 4. Juni 2016 wurden durch das Antikorruptionsgesetz die Vorschriften der §§ 299a ff. in das Strafgesetzbuch eingefügt. Auch mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten ist die Verunsicherung bei den Betroffenen in der gesamten Gesundheitswirtschaft vielfach hoch und die Linien der Rechtsprechung noch unklar. Auf Kongressen und Tagungen streiten Juristen über die Reichweite der einzelnen Normen. Für den Rechtsanwender, der in der Regel Mediziner, Zahnmediziner, Pharmazeut, Ingenieur oder Kaufmann ist, führt dies zu noch mehr Verunsicherung. Die Angst ist groß, dass rechtswissenschaftliche Streitigkeiten auf dem Rücken der Betroffenen und ihrer Existenz geklärt werden.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Bad Homburger Kanzlei Lyck+Pätzold. healthcare.recht

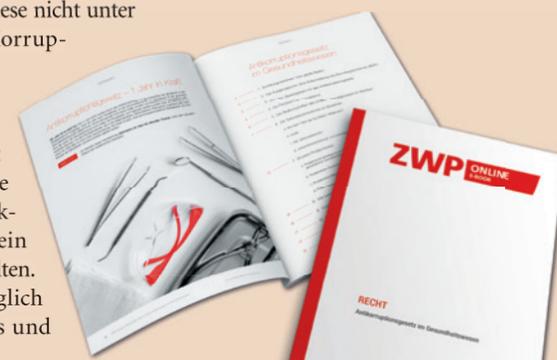
in Zusammenarbeit mit der OEMUS MEDIA AG entschlossen, aktuellen Fragestellungen rund um das Thema Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen nachzugehen, über Problemkreise und Risiken gezielt aufzuklären und geltende Richtlinien in einem E-Book zusammenzutragen. Denn für jeden (Zahn-)Mediziner gilt es ab sofort, bisherige Praktiken zu hinterfragen, um so sicherzustellen, dass diese nicht unter das strafrechtliche Korruptionsverbot fallen.

Das E-Book kann mit nur einem Klick überall und jederzeit gelesen werden, eine realistische Blätterfunktion sorgt dabei für ein natürliches Leseverhalten. Benötigt werden lediglich ein Internetanschluss und ein aktueller Browser.

Das E-Book ist auch in gedruckter Broschüren-Form als Print on Demand für 14 Euro erhältlich und kann unter www.oemus-shop.de bestellt werden. [DT](#)



Quelle: OEMUS MEDIA AG



ANZEIGE

Billiger Zahnersatz zu hohen Preisen

Die NBZI kritisiert ungerechtfertigte Überbewertung bei der Abrechnung des ausländischen Zahnersatzes.

NÜRNBERG – Die Importeure bringen nach gutachterlich untermauerten Erkenntnissen der Innung ihre aus asiatischen Billiglohnländern stammenden Produkte unter Aufschlag gewaltiger Handelspannen auf den Markt. Für das heimische Zahntechnik-Handwerk gelten dagegen vertragliche Preisvereinbarungen, die neben Preisdeckelungen auch Vorschriften zur Kappung der Handelsaufschläge der Importeure enthalten. Diese finden aber bei der Abrechnung von Importware offenbar keine Anwendung oder werden unterlaufen. Die Innung des Zahntechnik-Handwerks Nordbayern (NBZI) fordert, dass die Rechnungen der Importeure von den Krankenkassen kontrolliert und gegebenenfalls zurückgewiesen werden.

Laut eines der NBZI vorliegenden Gutachtens sind bei den Importeuren Handelsaufschläge von 200 Prozent üblich. Die asiatische Importware wird also laut Innung

zum dreifachen Importpreis verkauft. Die Krankenkassenversicherer, die für ihren Zahnersatz nur einen Festzuschuss von der Krankenkasse bekommen, werden finanziell geschädigt und überfordert, denn sie bezahlen zu viel für die Importware.

Diese finanzielle Überforderung geht laut Helmut Knittel, Obermeister der Innung des Zahntechnik-Handwerks Nordbayern, mit der Täuschung über den Wert des zahn-technischen Medizinprodukts einher: „Wird dem Patienten angeboten, dass sein Zahnersatz aus einem deutschen Meisterlabor 2.900 Euro, von einem Importeur aber nur 2.000 Euro kostet, er mithin fast tausend Euro sparen würde, so ist das beachtlich. Er weiß ja nicht, dass dieser Zahnersatz tatsächlich nur 650 Euro wert ist, dann würde er viel umsichtiger seine Entscheidung treffen.“ [DT](#)

Quelle: Innung des Zahntechnik-Handwerks Nordbayern





Tribune CME




Clinical Masters™ Program in Endodontics

Heidelberg: December 6–9, 2017
a total of 4 days on location + online learning



Samuel Kratchman



Francesco Maggiore



Spyros Floratos

33

CE CREDITS

Course fee:
€3,300 + €627 VAT

Request further details:
Tel: +32 486 920 435 (WhatsApp)
Email: request@tribunecme.com

www.TribuneCME.com



Continuing Education Recognition Program

Tribune Group GmbH is an ADA CERP-recognized provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

Zahnarzt gewinnt Prozess vor Gericht

Lückenlose Praxisdokumentation lohnt sich.

OSNABRÜCK – Ein 49-jähriger Patient hatte eine Rechnung über private Zusatzleistungen eines Bad Iburger Zahnarztes nicht beglichen. Neben dem bereits verlorenen Zivilprozess war er vom Amtsgericht Bad Iburg wegen Betrugs angeklagt und verurteilt worden. Das Landgericht Osnabrück wies nun die Berufung gegen letzteres Urteil zurück.

Der Beschuldigte hatte im Januar 2014 mit starken Zahnschmer-

plan, der auf den 10. März 2014 datiert war, widerlegen. Der Angeklagte hatte bis dahin zwei Termine verpasst und war schließlich an jenem Tag in einer anderen Praxis des Zahnarztes zur eigentlichen Wurzelbehandlung vorstellig geworden.

Der Zahnarzt gab an, dass auch zu diesem Termin eine ordnungsgemäße Besprechung und Aufklärung erfolgt war. Als Beweis legte er Auszüge aus seiner Praxisdoku-



men die Praxis des Bad Iburger Zahnarztes aufgesucht. Im Rahmen der Behandlungen nahm er Zusatzleistungen in Höhe von 325,98 Euro in Anspruch, die er aber nicht bezahlen konnte. Vorm Landgericht sagte er nun aus, dass er keinen Kostenplan unterschrieben habe, sondern lediglich einen Heilplan, der ihm im Rahmen von Terminabsprachen beim Verlassen der Praxis vorgelegt worden sei.

Diese Argumentation konnte die Staatsanwaltschaft mit eben jenem unterschriebenen Kosten-

mentation vor, die die angestellte Zahnärztin der anderen Praxis angefertigt hatte und in der sowohl Behandlungsfortschritte und -verfahren vermerkt waren als auch das Aufklärungsgespräch.

Erschwerend kam für den Angeklagten hinzu, dass er auf eine längere Betrugshistorie zurückblicken konnte, sodass der Richter schließlich dem Argument der Staatsanwaltschaft folgte und die Berufung abwies. [DU](#)

Quelle: ZWP online

Zerstörerischer Rausch

Neuer ZahnRat klärt über Auswirkungen harter Drogen auf Zähne auf.



DRESDEN – Dass zucker- und säurehaltige Lebensmittel schlecht für die Zähne sind, ist heutzutage allgemein bekannt. Aber nur wenige wissen, wie zerstörerisch sich der Konsum illegaler Drogen wie Kokain, Crystal Meth, Heroin und selbst Cannabis auf die Mundgesundheit auswirken kann.

Das liegt zum einen an der chemischen Wirkung von Drogen, wie Crystal, die den Zahnschmelz angreifen. Zum anderen bestimmen Drogen mit zunehmender Abhängigkeit den Alltag der Betroffenen, woraufhin diese ihre Mundhygiene häufig vernachlässigen. So können unter anderem Karies und Parodontitis entstehen oder sich weiter verstärken. Wie die Mundgesundheit innerhalb kürzester Zeit durch Drogen zerstört werden kann, ist Thema der neuesten Ausgabe der achtseitigen Patientenzeitschrift „ZahnRat“, die in diesen Tagen erscheint. Sie wird gemeinsam von den Zahnärztekammern Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern sowie der KZV Sachsen-Anhalt herausgegeben. Bestellungen und weitere Informationen gibt es unter www.zahnrat.de oder auf Facebook unter www.facebook.com/zahnrat.de. [DU](#)

Quelle: LZÄK Sachsen

Gleichwertigkeitsprüfung für Zahnärzte aus Nicht-EU-Ländern

LZKH prüft fachliche Qualifikation erstmals im eigenen Haus.

FRANKFURT AM MAIN – Zahnärzte, die nicht aus einem Mitgliedsland der Europäischen Union stammen, benötigen zur Ausübung ihres Berufes in Deutschland eine besondere Anerkennung ihrer Ausbildung. In Hessen ist hierfür das Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) zuständig. Das Anerkennungsverfahren ist notwendig, da nicht alle dieser Berufsabschlüsse mit den Anforderungen der EU an ein zahnmedizinisches Studium und Examen vergleichbar sind. Die Maßnahme dient somit der Sicherung der Behandlungsqualität und dem Schutz der Patienten.

Die Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH) ist im Anerkennungsprozess verantwortlich, die Gleichwertigkeit der Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten der ausländischen Zahnärzte aus fachlicher Sicht zu überprüfen.

Die sogenannte Gleichwertigkeitsprüfung, die aus einem theoretischen und einem praktischen Prüfungsteil besteht, findet seit Anfang September 2017 im Fortbildungsinstitut der LZKH in Frankfurt-Niederrad statt. In den Jahren zuvor war die Gleichwertigkeitsprüfung im Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Frankfurter Universitätsklinik (Carolinum) durchgeführt worden. 2017 wurde der Wechsel in die Räumlichkeiten der LZKH vollzogen, und im Zuge die-



Dr. Doris Seiz, Vorstandsmitglied der Landeszahnärztekammer Hessen (links), und OÄ Dr. Steffani Janko bei der Pilotprüfung im Phantomkopfraum der LZKH.

ses Wechsels wurde der gesamte Prüfprozess umfassend aktualisiert. Dr. Doris Seiz, Vorstandsmitglied der LZKH und in dieser Funktion u. a. für die Gleichwertigkeitsprüfung zuständig, begrüßt die neuen Rahmenbedingungen: „Wir sind für die Prüfungen im Anerkennungsverfahren zuständig und haben zudem auch die räumlichen, personellen und technischen Bedingungen für deren Durchführung zu unserer Verfügung. Es lag also nahe, die Prüfung ins Haus zu holen und im Zuge dessen auch

sämtliche Dokumente zu sichten und gegebenenfalls zu überarbeiten.“ Auch das wichtige Thema der Sicherstellung ausreichender Sprachkenntnisse ist Bestandteil des Anerkennungsprozesses, den Zahnärzte aus Nicht-EU-Ländern zu durchlaufen haben. Hierfür arbeiten das HLPUG und die LZKH mit einem externen Anbieter zusammen. [DU](#)

Quelle: Landeszahnärztekammer Hessen

Leitfaden des FDI für die Kariesprophylaxe

World Dental Federation unterstützt mit Guideline Zahnärzte bei der Wahl der geeigneten Behandlungsoptionen.

GENF – Der Leitfaden wurde im Rahmen des FDI World Dental Congress in Madrid, der vom 29. August bis 1. September unter der Schirmherrschaft der von Colgate unterstützten Caries Prevention Partnership (CPP) stattfand, vorgestellt. Er soll mit seinen leicht verständlichen Anweisungen als visuelle Unterstützung für Zahnarztpraxen dienen. Ziel ist es, die negativen Folgen von Karies so früh wie möglich einzudämmen, indem eine weitere Zerstörung der Zahnschmelzsubstanz verhindert, der Kariesprozess eingedämmt und eine Remineralisierung eingeleitet wird. Außerdem soll der Patient zu einer Verbesserung und dauerhaften Aufrechterhaltung der Mund- und Zahnhygiene angeleitet werden.

Unterstützung für Zahnmediziner

„Wir sind davon überzeugt, dass dieser Leitfaden ein äußerst geeignetes Hilfsmittel für Zahnmediziner darstellt und sie bei der Wahl der geeigneten Behandlungsoptionen unterstützt“, meint Sophie Dartevelle, Mitglied des Ausschusses für öffentliche Gesundheit beim

FDI. „Zahnmediziner behandeln täglich eine Vielzahl von Patienten, die alle ihre eigenen Bedürfnisse und Erwartungen an das Ergebnis haben. Dieser Leitfaden soll daran erinnern, dass die Kariesbehandlung so wenig invasiv wie möglich sein sollte und dass der Patient in die Prophylaxe mit einbezogen werden muss.“



Risikobewertung je nach Altersgruppen

Der Leitfaden vermittelt einen breit angelegten Einblick in den Umfang des Eingriffs und zeigt, wie man das Kariesrisiko anhand von unterschiedlichen, sich im Laufe eines Lebens verändernden Faktoren einschätzen kann. Diese allgemeinen Risikofaktoren berücksichtigen den sozialen und wirtschaftlichen Status des Patienten, den Zuckerkonsum, die Mundhygiene und vieles mehr. Sie werden auf fünf Altersgruppen angewendet: Drei wäh-

rend der Kindheit und Jugend, eine im Erwachsenenalter und eine im fortgeschrittenen Erwachsenenalter. Für jede Altersgruppe erfolgt eine eigene Risikobewertung, auf deren Grundlage Empfehlungen für eine professionelle Aufrechterhaltung der Zahngesundheit sowie Ratschläge für den Patienten erstellt werden.

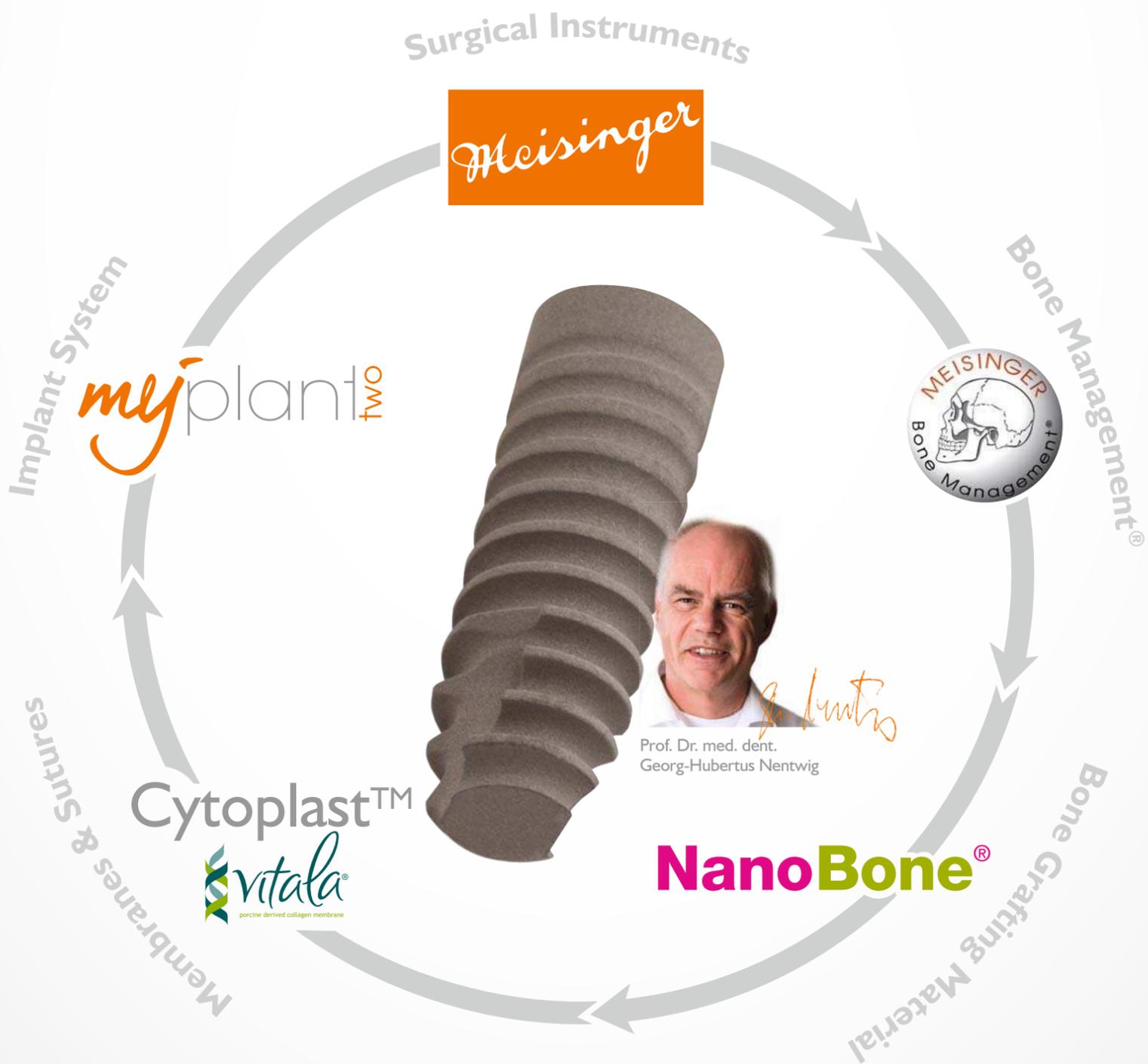
Caries Prevention Partnership

Die CPP wurde 2015 gegründet. Sie bemüht sich weltweit darum, in Zahnarztpraxen den Fokus von einer Restaurativen Zahnmedizin hin zu einer Präventiven Zahnmedizin zu verlagern. Die Prävention von Mund- und Zahnerkrankungen soll durch hochwertiges Informationsmaterial zur Kariesprophylaxe und durch Aktivitäten verbessert werden, die sich an Zahnmediziner, Patienten und die Öffentlichkeit richten. Dazu gehört auch das Weißbuch zur Vorbeugung und Behandlung von Zahnkaries, das letztes Jahr, begleitet durch entsprechende Webinars, Workshops und ein Toolkit, veröffentlicht wurde. [DU](#)

Quelle: FDI

MEISINGER

PERFECT SURGICAL SOLUTIONS



Medizinproduktehersteller müssen verantwortliche Person bestellen

Neue Medizinprodukte-Verordnung der Europäischen Union bringt regulatorische Änderungen.

KÖLN – Die Anforderungen sind in der neuen EU-Medizinprodukte-Verordnung klar geregelt: Jeder Hersteller von Medizinprodukten muss mindestens einen Verantwortlichen bestellen, der die Vorschriften der Verordnung kennt und die Einhaltung überwacht. Bis zum 25. Mai 2020 muss die „Person Responsible for Regulatory Compliance“ benannt sein. Da der Bedarf an diesen Spezialisten erheblich wachsen werde, raten Experten den Unternehmen, sich bereits heute um die entsprechende Aus- und Weiterbildung zu kümmern.

Die TÜV Rheinland Akademie bietet die Ausbildung zur „Responsible Person“ für Medizinprodukte als modularen Lehrgang mit TÜV-Abschluss an. Um die Funktion wahrnehmen zu können, ist umfangreiches Fachwissen erforderlich, u. a. in Medizinprodukterecht, Marktüberwachung, Risikomanagement und Meldewesen.

So verantwortet die „Responsible Person“ beispielsweise, dass die Konformität des Produkts mit einem angemessenen Qualitätsmanagementsystem geprüft wird, bevor die Freigabe erfolgt. Des Weiteren muss sie sicherstellen, dass die technische Dokumentation und die EU-Konformitätserklärung auf dem neuesten Stand gehalten werden. Außerdem sind bereits auf dem Markt befindliche Produkte zu überwachen, um die Berichts- und Meldepflichten von besonderen Vorkommnissen erfüllen zu können. Im Falle von Produkten in klinischer Prüfung ist von der „Responsible Person“ eine Erklärung abzugeben, dass sie den grundlegenden Sicherheits- und Leistungsanforderungen entsprechen sowie alle erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Probanden getroffen wurden.



Stichtag 25. Mai 2020

Auch die fachlichen Anforderungen an die „Responsible Person“ sind in der Medizinprodukte-Verordnung konkret festgelegt. Vorausgesetzt wird ein abgeschlossenes Hochschulstudium oder eine gleichwertige Ausbildung in Recht, Medizin, Pharmazie beziehungsweise als Ingenieur sowie in einem anderen relevanten wissenschaftlichen Fach. Zusätzlich ist mindestens ein Jahr Berufserfahrung in Regulierungsfragen oder im Qualitätsmanagement von Medizinprodukten erforderlich. Alternativ wären auch vier Jahre Berufserfahrung in Regulierungsfragen beziehungsweise im Qualitätsmanagement von Medizinprodukten möglich.

Umsetzung der neuen MDR zügig angehen

Die im Frühjahr 2017 verabschiedete Neufassung der EU-Medizinprodukte-Verordnung hat umfassende Änderungen in den allgemeinen Sicherheits- und Leistungsanforderungen zur Folge. Dies betrifft die Klassifizierung von Medizinprodukten, die technische Dokumentation, die Marktüberwachung, die Erhebung kli-

nischer Daten und das Qualitätsmanagementsystem. Da die Übergangsfristen knapp bemessen sind, sollten die Unternehmen unverzüglich prüfen, wo und wie sich der neue Rechtsrahmen auswirkt, um für die entsprechende Umsetzung eine effiziente Strategie entwickeln zu können. Zu klären ist dabei vor allem, welche Unternehmensbereiche betroffen sind und wie sich das auf die Wertschöpfungskette auswirkt, wenn alle erforderlichen Anpassungen im Sinne der Gesetzeskonformität in die Wege geleitet werden.

Modularer Lehrgang auch einzeln buchbar

Die Ausbildung zur „Responsible Person for Regulatory Compliance“ für Medizinprodukte kann an der TÜV Rheinland Akademie an sechs Seminartagen absolviert werden. Der Lehrgang mit TÜV-Abschluss ist in Module gegliedert, wobei die Reihenfolge der Module frei gewählt werden kann. Wer den TÜV-Abschluss nicht anstrebt, kann die Seminar-Module auch unabhängig und einzeln buchen. [DT](#)

Quelle: TÜV Rheinland

Neuregelung der Schweigepflicht

Externe Dienstleister in der Praxis – Neues Gesetz sorgt für Klarheit.

BONN – Arzt- und Zahnarztpraxen benötigen oftmals Dienstleistungen von Fremdfirmen, wie z. B. eine IT-Firma, die bei EDV-Problemen konsultiert wird, oder einen Abrechnungsspezialisten. Bei diesen Tätigkeiten wird bisweilen auch Einblick in hochsensible Patientendaten genommen, was keinesfalls unkompliziert ist. Ein neues Gesetz sorgt hier in Kürze für Klarheit.

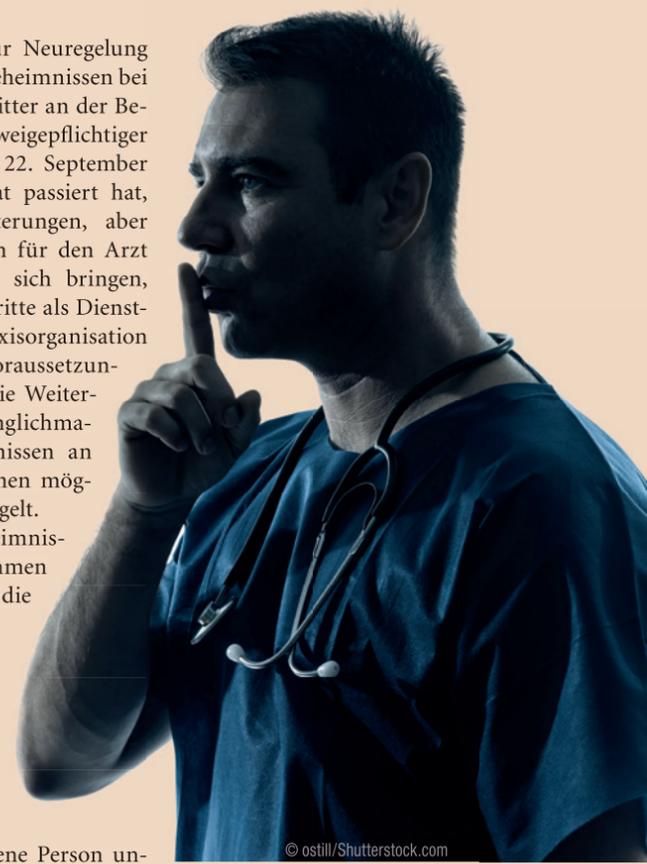
§ 203 des Strafgesetzbuches (StGB) stellt den Schutz von Geheimnissen vor unbefugter Offenbarung sicher, die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit anvertraut werden. Externe Dienstleister heranzuziehen war bislang nicht ohne rechtliches Risiko, sofern diese Personen von geschützten Geheimnissen Kenntnis erlangen können.

Das „Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen“, das am 22. September 2017 den Bundesrat passiert hat, wird hier Erleichterungen, aber auch neue Pflichten für den Arzt und Zahnarzt mit sich bringen, wenn sie externe Dritte als Dienstleister in ihre Praxisorganisation einbinden. Die Voraussetzungen, unter denen die Weitergabe oder das Zugänglichmachen von Geheimnissen an mitwirkende Personen möglich ist, werden geregelt.

Den Berufsgeheimnisträger trifft im Rahmen von Outsourcing die Pflicht, dass die extern einbezogene Person ebenfalls zur Geheimhaltung verpflichtet wird. Die Verletzung dieser Pflicht ist strafbewehrt, wenn die einbezogene Person un-

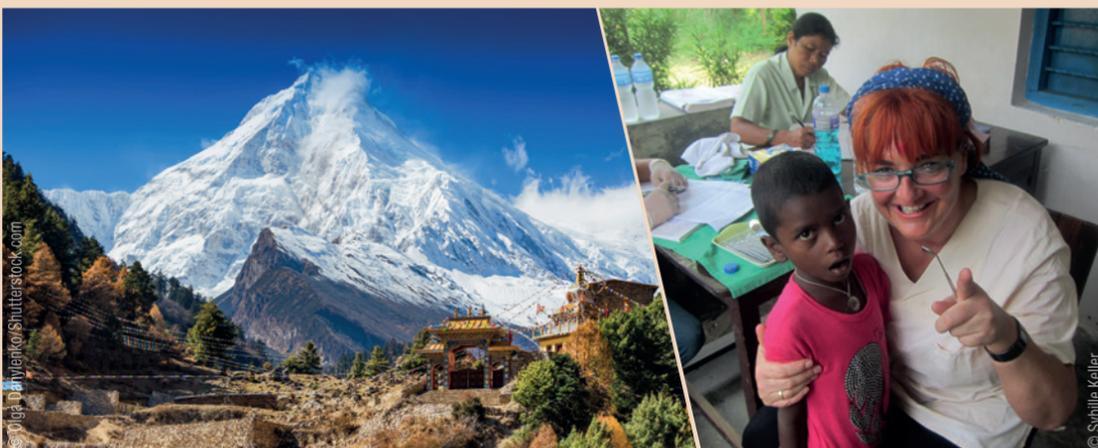
befugt ein Geheimnis offenbart hat. Künftig machen sich nun alle an der Berufsausübung mitwirkenden Personen – gleich, ob wie bisher Angestellte, oder jetzt neu, auch externe Dienstleister – strafbar, wenn sie ein Berufsgeheimnis offenbaren, das ihnen bei der Ausübung oder bei Gelegenheit ihrer Tätigkeit bekannt geworden ist. Das Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft, was voraussichtlich nicht vor Oktober sein wird. [DT](#)

Autor:
Michael Lennartz,
lennmed.de
Rechtsanwälte



Erfahrene Zahnärzte für Nepal gesucht

Für die beiden Zahnstationen im Sushma Koirala Memorial Hospital werden Unterstützer benötigt.



WALTENHOFEN – Nepal gehört zu den zehn ärmsten Ländern der Welt! Interplast Germany e.V. und Nepalmed e.V. engagieren sich

seit Jahren in der zahnmedizinischen Entwicklungshilfe in Nepal. Ziel dieser Unterstützung ist der Aufbau, die Koordination

und die Überwachung mehrerer Zahnstationen im Lande. Außerdem organisieren die Vereine regelmäßige Arbeitseinsätze in ver-

schiedenen abgelegenen Regionen in Nepal.

Für die beiden Zahnstationen im Sushma Koirala Memorial Hospital wird nun Unterstützung gesucht. Erfahrene Zahnärzte werden sowohl von Interplast Germany e.V. (www.nepalhospital.de) für jeweils drei Wochen als auch von Nepalmed e.V. für das Ampipal-Community Hospital (www.ampipal.de) für jeweils zwei Wochen gesucht.

Kost und Logis sind selbstverständlich frei, die Unterbringung erfolgt im angebauten Gästehaus. Die Flugkosten müssen allerdings vom Unterstützer selbst übernommen werden. Häufig geschieht es, dass die Kollegen nach dem Einsatz noch ein Trekking durch das Land

anschließen. Die Organisation dafür kann im Hospital selbst erfolgen.

Die fest installierten Zahnstationen in den jeweiligen Krankenhäusern entsprechen gutem mitteleuropäischem Standard. Besondere Impfungen, außer denen, die in Deutschland benötigt werden, sind nicht notwendig.

Genauere Informationen und die dazugehörige Checkliste erhalten Sie von Dr. Sybille Keller, die seit 18 Jahren in Nepal tätig ist und beide Zahnstationen verwaltet.

Bei Interesse kontaktieren Sie Dr. Keller per E-Mail dr.kesy@gmx.de oder auch per Telefon: +49 8303 444. [DT](#)

Autorin: Dr. Sybille Keller

ZWP Designpreis 2017: Der Gewinner steht fest!

Piazza in Stuttgart ist „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“.



Deutschlands schönste Zahnarztpraxis 2017 – Zahnarztpraxis Sabine Ripka & Kollegen in Stuttgart.

LEIPZIG – Seit nunmehr 15 Jahren bewerben sich Praxisinhaber, Architekten, Designer, Dentaldepots und Möbelhersteller aus Deutschland und dem umliegenden Europa um den ZWP Designpreis. Dabei konnte die Ausschreibung in diesem Jahr einen Teilnehmerrekord verzeichnen!

Genau 72 Praxen sind um den Titel „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis 2017“ ins Rennen gegangen. An dieser Stelle sei allen Bewerbern ausdrücklich gedankt und der Gewinnerpraxis ganz herzlich gratuliert! Die Zahnärzte Dr. Sabine Ripka & Kollegen im Stuttgarter Europaviertel konnten die Jury mit ihrer in hochwertiger Schlichtheit gestalteten Praxis, die zudem ein Objekt aufweist, das man eher selten im zahnmedizi-

baum und vermittelt so ein außergewöhnliches Ambiente für Behandler, Mitarbeiter und Patienten. Doch schauen Sie selbst: Im Supplement der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis (ZWP spezial 09/17) stellen wir alle Teilnehmer in Wort und Bild vor. Und natürlich freuen wir uns auch im kommenden Jahr wieder über zahlreiche Bewerbungen. Daher schon an dieser Stelle der Hinweis: Der Einsendeschluss für den ZWP Designpreis 2018 ist der 1. Juli 2018.

Unter www.designpreis.org finden Sie ausführliche Informationen zum Wettbewerb sowie alle ZWP Designpreis-Ausgaben der vergangenen Jahre. Lassen Sie sich inspirieren und zeigen Sie uns das Resultat! 

Quelle: ZWP Designpreis



nischen Kontext antrifft, überzeugen. Die Praxis im Europe Plaza präsentiert auf ihrer „Piazza“ einen echten Oliven-

Re-invent hat das Matrizensystem neu erfunden



NiTInTM
NiTinol Sectional Matrix System

Optimierte Ringenden für eine bessere Anpassung und einfaches Platzieren

- Anatomisch geformte Ringenden reduzieren Kompositüberstände
- Super starke PEEK® Ringspitzen verhindern das Abspringen der Ringe
- Bänder werden selbst bei weiten Kavitäten nicht eingedrückt
- **Reduzierte Bearbeitungszeit ohne Frustration**

Der Unterschied ist Schwarz und Weiß

- Langlebigkeit für konsequent feste Kontaktpunkte auch nach hunderten von Anwendungen
- Benutzerfreundliches, zeitsparendes System
- **NiTIn™ Ringe sind eine Bereicherung!**

Langlebigkeit durch Design

- Der Ring aus gezogenem Nickel-Titan-Draht ist haltbarer als Ringe aus rostfreiem Edelstahl oder ausgeschnittenem NiTi
- Die PEEK® (Polyetheretherketon) Super-Polymer-Verstärkung erhöht Kraft und Elastizität
- verbesserte Form für beste Sicht und optimale Separation
- **Vorhersagbare Leistung mit jeder Anwendung**

NiTIn™ Full Contour Matrizenbänder für eine ideale Anatomie

- Längere, bleibende Matrizenbänder, die eine optimale Wölbung und Formbarkeit bieten
- Kein Verknicken der Matrize aufgrund der extra Stabilität durch extreme Wölbung
- Haltetaschen ermöglichen präzise Platzierung und einfaches Entfernen der Matrizenbänder
- Die Matrizenbänder sind 0,035 mm dünn
- **Nutzen Sie bei weiten Kavitäten die volle Bandbreite**

Sanfte und dennoch feste Abdichtung

- Gingiva-freundliche Kurven und eine nach oben gewölbte Spitze erlauben NiTin™ Keilen einfach in Position zu gleiten
- Flexibel und fest, sie bieten die wichtige Abdichtung am Zahnfleischrand



NiTIn™ Starter Kit NT-KMN-01

- 1 NiTin™ Ring lang (schwarz)
- 1 NiTin™ Ring standard (weiß)
- 100 Full contour Matrizenbänder sortiert
- 100 Kunststoffkeile sortiert
- 1 Ringseparierzange
- 1 Pinzette

€ 345,00*

Bestellen Sie online unter
www.re-inventdental.de oder rufen Sie uns an

re·invent
DENTAL PRODUCTS Tel. 02451 40 95 890 | Email: info@re-inventdental.de

ADDENT0917
© 2017 Re-Invent Dental Products

Periimplantitis behandeln – geht das?

Die frühe Therapie der periimplantären Mukositis und Vermeidung der Periimplantitis hat oberste Priorität.

Von Dr. Frederic Kauffmann, Würzburg, und Dr. Alexander Müller-Busch, Ingolstadt.

Implantate haben sich längst als Standardverfahren etabliert. Sowohl Patienten als auch Behandler schätzen ihren Wert und die Möglichkeit, vorhersagbar zahnlose Kieferareale zu versorgen. Neue Implantatoberflächen erlauben die Verwendung auch in kompromittierten Situationen mit kürzeren Einheilzeiten. Es scheint, als gäbe es kein Risiko. Überlebensraten deutlich über 95 Prozent werden als selbstverständlich angesehen. Ist es so einfach? Ist das

stehenden Hilfsmittel bestimmt werden kann.⁶ Neben den Sondierungstiefen steht das Bleeding on Probing (BOP) im Fokus, welches dem Behandler einen ersten Einblick über den entzündlichen Zustand der Mukosa gibt. Während ein positives BOP mindestens für eine periimplantäre Mukositis spricht, ist eine Suppuration ein Zeichen für eine vorliegende Periimplantitis. Für den Knochenverlust sind in der Literatur Grenzwerte zwischen 0,4 mm und 5 mm

Prävalenz und Risikofaktoren

Ein systematischer Überblick der Epidemiologie periimplantärer Gesundheit und Erkrankungen aus dem Jahre 2015 befasste sich mit den postimplantologischen Komplikationen. Die Prävalenz der periimplantären Mukositis und Periimplantitis reichte, abhängig von verwendeten Falldefinitionen, von 19 bis 65 Prozent und von einem bis 47 Prozent. In folgenden Metaanalysen wurde der Prävalenzmittelwert für die periimplantäre Mu-

konnte hingegen sowohl für eine Mukositis als auch für eine Periimplantitis ein erhöhtes Risiko bei dem Vorliegen von attached/keratinisierter Gingiva belegt werden.¹⁴ Einen weiteren Einfluss auf periimplantäre Erkrankungen könnte auch die Art der prothetischen Implantatversorgungen, festsitzend oder herausnehmbar, und der sogenannte Prosthetic Misfit bzw. „fehlerhafte Suprakonstruktion“ nehmen. Für beide Faktoren liegen noch keine wissenschaftlichen Er-

tisch signifikant höheres Risiko für periimplantäre Erkrankungen.¹³

In einer Querschnittsstudie von Mir-Mari et al. aus dem Jahre 2012¹⁰ wurde die Prävalenz periimplantärer Erkrankungen einer Patientengruppe, integriert in ein parodontales Nachsorgeprogramm, untersucht. Alle Probanden entstammten derselben privaten Praxis und das Nachsorgeprogramm enthielt kontinuierliche Neuvorstellungen alle drei bis sechs Monate.

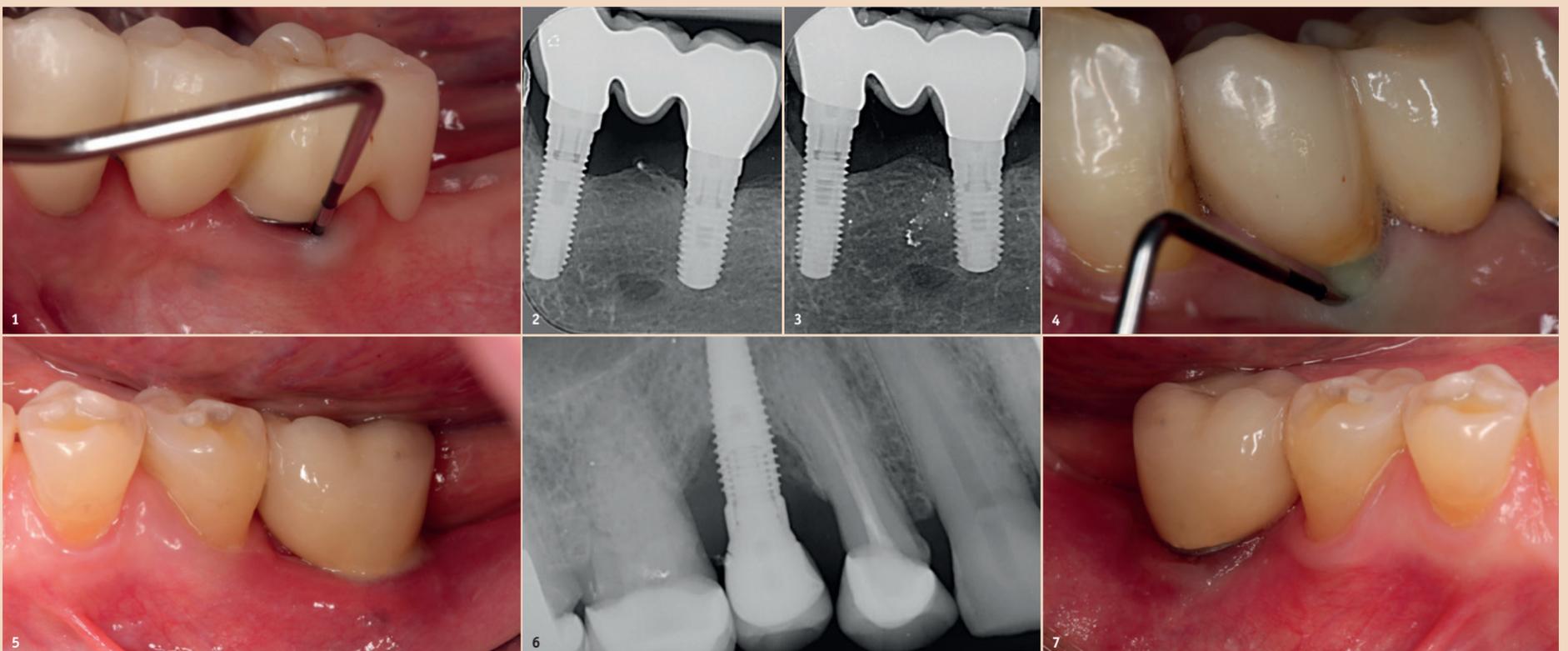


Abb. 1: Sondierung von Implantaten, TST im Normbereich. – Abb. 2: Röntgenkontrolle Ausgang. – Abb. 3: Röntgenkontrolle nach zwei Jahren. – Abb. 4: Pusentleerung bei Sondierung. – Abb. 5: Spontane Pusentleerung. – Abb. 6: Periimplantitis – röntgenologisch. – Abb. 7: Fehlende keratinisierte befestigte Mukosa.

Implantat ein risikoarmes Instrument für die Versorgung im zahnärztlichen Alltag? Survival rates sind nicht gleichzusetzen mit Success. Studien deuten darauf hin, dass bis zu 65 Prozent der Fälle von einer periimplantären Mukositis und 47 Prozent von einer Periimplantitis betroffen sind.³ Die frühe Therapie der periimplantären Mukositis und Vermeidung der Periimplantitis hat oberste Priorität.

Diagnostik

Für die Diagnostik der periimplantären Mukositis und der Periimplantitis sind lediglich eine Parodontalsonde und ein Einzelzahnfilm notwendig.

Die regelmäßige Sondierung der periimplantären Sondierungstiefen nach der Einheilungsphase wird empfohlen. Hierbei sollte der Druck 0,25 N nicht übersteigen.⁸ Die Gefahr, durch den Sondierungsvorgang die Implantatoberfläche zu beschädigen, ist unbegründet, sodass herkömmliche Messsonden nicht durch spezielle Messsonden ersetzt werden müssen.²¹ Das frühzeitige Erkennen einer periimplantären Mukositis ist wichtig, da der Übergang zu einer Periimplantitis fließend ist und das Stadium der Erkrankung aktuell mit keinem zur Verfügung

angegeben, ab welchem von einer Periimplantitis gesprochen werden kann.¹⁷ Auch sind Fälle berichtet, in denen ein Knochenverlust von bis zu drei Schraubenwindungen nicht als Periimplantitis gewertet wurde, sondern noch in den Definitionsbereich der periimplantären Mukositis fiel.³ Diese knöchernen Umbauprozesse sind jedoch nur im Röntgenbild zu erkennen und je nach angefertigter Aufnahme auswertbar.

Allgemein empfohlen ist hier der Einzelzahnfilm, welcher in Rechtwinkelttechnik aufgenommen wird. Um die Umbauprozesse besser beurteilen zu können, wird empfohlen, neben einem Sondierungsbefund zum Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes (ZE) auch ein Röntgenbild anzufertigen. Die Ausgangssituation kann so besser mit evtl. im Verlauf auftretenden Resorptionsgeschehen verglichen werden.¹⁶ Nicht jeder Verlust von Knochen um Implantate ist mit einer Periimplantitis gleichzusetzen. Vielmehr können auch physiologische Remodelationsvorgänge nach ZE-Versorgung dazu führen, dass Knochen verloren geht.¹⁷ Diese sind, verglichen mit einer Periimplantitis, nicht entzündlich und nicht progressiv.

kositis auf 43 (CI: 32–54 Prozent) und für die Periimplantitis auf 22 Prozent (CI: 14–30 Prozent) geschätzt.³

Allgemeine Risikofaktoren

Da die Periimplantitis auf bakterielle „Plaque“ zurückzuführen ist, kommt insbesondere der Anheftungsmöglichkeit der Plaque an die Implantatoberfläche eine große Bedeutung zu. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich auf glatten Implantatoberflächen weniger Biofilm anheftet.¹ Darüber hinaus wurde in präklinischen Studien gezeigt, dass der Knochenverlust bei Implantaten mit polierten Oberflächen gegenüber rauen deutlich geringer war.¹

Als ein wesentlich beeinflussender Risikofaktor für die Entstehung der Periimplantitis wird das Rauchen angesehen.^{12, 14}

Ob das Fehlen oder Vorhandensein einer attached/keratinisierten Gingiva als ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung periimplantärer Erkrankungen eine Rolle spielt, wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Es liegt eine Studie vor, in der keine signifikante Assoziation zwischen einer attached Gingiva und einer Periimplantitis nachgewiesen werden konnte.⁷ In einer anderen Studie

gebnisse vor. Zusätzlich wird die Hygienefähigkeit diskutiert. Serino und Ström (2009)²² haben festgestellt, dass Implantate mit nicht reinigungsfähigen Suprakonstruktionen häufiger von Periimplantitis betroffen waren.

Darüber hinaus konnte in der systematischen Übersicht von Derks und Tomasi (2015)³ eine positive Korrelation zwischen „Implantatalter“ und Periimplantitisprävalenz beschrieben.

Parodontitis als Risikofaktor

Eine Vielzahl von Studien nimmt den parodontalen Gesundheitszustand mit in die Befundung auf, sodass mögliche Assoziationen zwischen periimplantären Erkrankungen und einer Parodontitis festgestellt werden können.^{5, 7, 9}

Marrone et al. 2013⁹ zeigten, dass Patienten mit einer aktiven Parodontitis anfälliger für das Auftreten einer Periimplantitis sind.

Auch bei den Untersuchungen von Koldslund et al. 2011⁷ und Ferreira et al. 2006⁵ wurde eine positive Korrelation zwischen dem Vorliegen einer parodontalen Erkrankung und der Periimplantitis festgestellt.

Patienten mit parodontalen Erkrankungen zeigen ein statis-

Nach Abschluss der Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Periimplantitisprävalenz bei Patienten einer privaten Praxis, mit parodontaler Nachbehandlung, zwischen 12 und 22 Prozent liegt. Bei nahezu 40 Prozent lag eine periimplantäre Mukositis vor. Diese Prävalenzwerte sind mit Ergebnissen, ermittelt aus universitären Klinikpatienten, vergleichbar.¹⁰

Therapie

Auch wenn die Therapie der periimplantären Mukositis nicht in allen Fällen zu einer vollständigen Abheilung führt⁴, ist sie besser und für den Patienten kostengünstiger durchführbar, sollte aber in kurzen Intervallen von drei Monaten nachkontrolliert werden. Die empfohlene Therapie beschränkt sich auf die regelmäßige, systematische und professionell durchgeführte Plaqueentfernung⁴ und das Verbessern der häuslichen Mundhygiene.¹⁵ Ergänzende Hilfsmittel wie Spülungen, Salben mit verschiedenen Inhaltsstoffen, Antibiotika oder Laser haben keinen zusätzlichen Nutzen in der Behandlung einer periimplantären Mukositis.^{18, 20} Rauchen sollte, wenn möglich, eingestellt und der ZE auf korrekten Sitz hin überprüft und wenn notwendig korri-

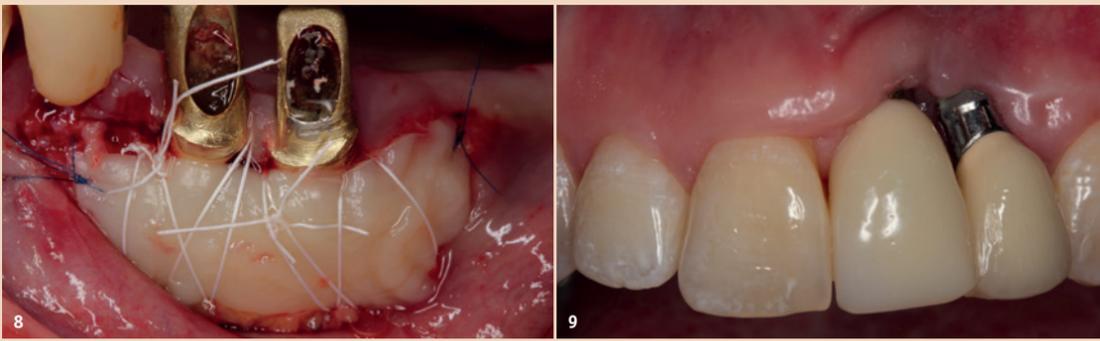


Abb. 8: Verbesserung der Weichgewebe mittels FST. – Abb. 9: Positionierung zu bukkal.

giert werden. Die Therapie der Periimplantitis teilt sich in (1) nichtchirurgische Therapie und (2) chirurgische Therapie auf.

Während bei der periimplantären Mukositis adjuvante Maßnahmen keinen zusätzlichen Nutzen brachten, sollten diese für die nichtchirurgische Therapie der Periimplantitis angewendet werden. Neben der Empfehlung von Pulver-Wasser-Strahlgeräten mit Glycin-Pulver zeigt auch der Er:YAG-Laser Vorteile hinsichtlich des Therapieerfolgs. Lokale Antibiotika (Doxycyclin) und CHX-Chips können ebenfalls als Adjuvantien empfohlen werden.²⁰ Auch bei Vorliegen einer Periimplantitis sollte die Reduktion der Risikofaktoren (nicht passende ZE-Versorgung, Rauchen) nicht außer Acht gelassen werden. Liegt bereits eine knöcherne Destruktion von mehr als 7 mm vor, ist ein Stopp der Progression (stabiles Ergebnis für mehr als sechs Monate) durch eine rein nichtchirurgische Therapie nicht wahrscheinlich.^{2, 11, 19} In diesen Fällen sollte eine frühzeitige chirurgische Therapie bevorzugt werden. Keiner der untersuchten chirurgischen Therapieansätze zeigte im direkten Vergleich einen Vorteil. Einigkeit besteht nur darin, dass das Granulationsgewebe vollständig entfernt werden sollte und die Reinigung der Implantatoberfläche eine zentrale Rolle spielt.

Die nach der Reinigung entstehenden Defekte können mit Knochenersatzmaterial aufgefüllt werden. Rezessionen sind dennoch sehr wahrscheinlich.²⁰

Ausblick

Die Forschung der vergangenen Jahre zeigt deutlich, wie unterschiedlich das Thema periimplantäre Mukositis und Periimplantitis definiert und beobachtet wird. Von einer unkontrollierbaren Welle der Periimplantitis kann aber nicht gesprochen werden und die Bedenken der vergangenen Jahre haben sich glücklicherweise nicht bestätigt. Um für die Behandler mehr Klarheit zu schaffen und ihnen bessere Protokolle für die Therapie der periimplantären Mukositis und Periimplantitis zu geben, besteht noch viel Forschungsbedarf. Ebenso muss das Verständnis bezogen auf Implantate und die sie umgebende Entzündung steigen. Die Implantation wird als einfache und sichere Methode angepriesen, zahnlose Kieferareale schnell mit festen Zähnen zu versorgen. Dem ist auch so, nur müssen die Rahmenbedingungen stimmen, um nachträgliche Eingriffe auf ein Minimum zu reduzieren. Implantate sind verglichen mit anderen Behandlungsmethoden ein noch junges Feld in der Zahnmedizin. Die Veränderung der Werkstoffe, die Oberflächenbeschaffenheit, die Art des Implantats (einteilig, mehrteilig), die Abutmentverbindung, ob der ZE zementiert oder verschraubt wurde, der Patient (Raucher, Diabetes, Mundhygiene etc.) und nicht zuletzt der Behandler haben Einfluss auf die Periimplantitiswahrscheinlichkeit. Wir müssen uns überraschen lassen, ob neuere Implantate aus Keramik oder die Behandlung periimplantärer Entzündun-

gen mit Probiotika zu einer Reduktion des Risikos führen. Es bleibt spannend.

Fazit

Die periimplantäre Mukositis ist als Inflammation ohne Knochenverlust/reduziertes Knocheniveau definiert. Die vorliegende Entzündung betrifft die an das Implantat angrenzende Schleimhaut, wohingegen beim Vorliegen einer Periimplantitis die Inflammation mit einem Knochenverlust kombiniert ist. Als ätiologischer Faktor wird die „Plaque“ angegeben. Ähnlich der Gingivitis, welche eine Entzündung der marginalen Mundschleimhaut darstellt, führt Plaque zu einer Mukositis. Es wird angenommen, dass einige, jedoch nicht alle mukositären Veränderungen, in eine Periimplantitis übergehen.

Die Diagnostik erfolgt mithilfe einer Parodontalsonde und einer Röntgenaufnahme. Die regelmäßige Kontrolle der periimplantären Sondierungstiefen nach der Einheilungsphase wird empfohlen. Hierbei sollte der Druck 0,25 N nicht übersteigen. Darüber hinaus sollte das Bleeding on Probing (BOP) ermittelt werden.

Die Prävalenz der periimplantären Mukositis und Periimplantitis erreicht in Studien, abhängig von verwendeten Falldefinitionen, Werte von 19 bis 65 Prozent und ein bis 47 Prozent. In folgenden Metaanalysen wurde der Prävalenzmittelwert für die periimplantäre Mukositis auf 43 und für die Periimplantitis auf 22 Prozent geschätzt.

Es konnte nachgewiesen werden, dass sich auf glatten Implantatoberflächen weniger Biofilm anheftet. In einer systematischen Literaturarbeit konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Rauchen und den periimplantären Komplikationen beschrieben werden. Ob das Fehlen einer attached/keratinisierten Gingiva ein möglicher Risikofaktor für die Entstehung periimplantärer Erkrankungen ist, wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Es existieren sowohl Studien, die keinen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Periimplantitis feststellen konnten, als auch Studien, die eine signifikante Assoziation beider Krankheiten zueinander zeigen. Es wird angeraten, Patienten mit Parodontitis über das mögliche erhöhte Risiko, an einer Periimplantitis zu erkranken, aufzuklären.

Das frühzeitige Erkennen und die anschließende Therapie der periimplantären Mukositis ist das oberste Ziel in der Prävention der Periimplantitis. Die empfohlene Therapie für eine periimplantäre Mukositis beschränkt sich auf die regelmäßige, systematische und professionell durchgeführte Plaqueentfernung und das Verbessern der häuslichen Mundhygiene. Während bei der periimplantären Mukositis adjuvante Maßnahmen keinen zusätzlichen Nutzen brachten, sollte diese für die nichtchirurgische Therapie der Periimplantitis angewendet werden. Neben der Empfehlung von Pulver-Wasser-Strahlgeräten mit Glycin-Pulver zeigt auch der Er:YAG-Laser oder lokale Antibiotika (Doxycyclin) und CHX-Chips Vorteile hinsichtlich des Therapieerfolgs. Liegt bereits eine knöcherne Destruktion von mehr als sieben Millimetern vor, ist ein Stopp der Progression (stabiles Ergebnis für mehr als sechs Monate) durch eine rein nichtchirurgische Therapie nicht wahrscheinlich. In diesen Fällen sollte eine frühzeitige chirurgische Therapie bevorzugt werden. Ungeachtet der verschiedenen Operationsmethoden besteht

Einigkeit darin, dass das Granulationsgewebe vollständig entfernt werden sollte und die Reinigung der Implantatoberfläche eine zentrale Rolle spielt.

Für die Zukunft besteht weiterhin viel Forschungsbedarf, um die Prävalenzraten der Periimplantitis stetig zu senken, die negative Beeinflussung der periimplantären Gesundheit durch Risikofaktoren zu ermitteln und neue Therapieansätze zur Behandlung der periimplantären Mukositis und Periimplantitis zu erlangen. ²¹



Kontakt



Dr. med. dent.
Frederic Kauffmann

Zahnklinik Würzburg
Abteilung für Parodontologie
Pleicherwall 2
97070 Würzburg, Deutschland
kauffmann_f@ukw.de



Dr. med. dent.
Alexander Müller-Busch

BAG Dres. Müller-Busch,
Wildenhof, Drechsler
Hofmillerstraße 21
85055 Ingolstadt, Deutschland
a.mueller-busch@web.de

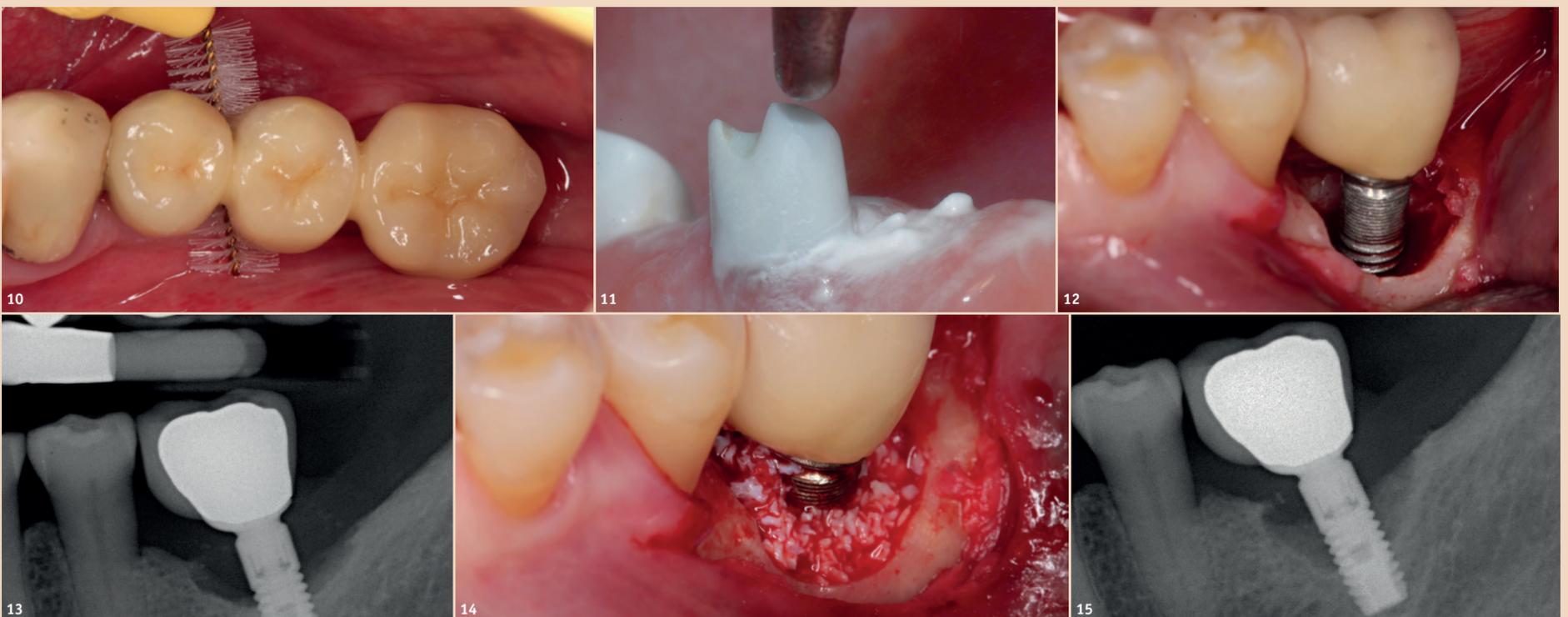


Abb. 10: Plaquekontrolle sollte patientenseitig möglich sein. – Abb. 11: Pulver-Wasser-Strahlgerät. – Abb. 12: Periimplantärer Defekt intraoperativ. – Abb. 13: Periimplantärer Defekt röntgenologisch. – Abb. 14: Periimplantärer Defekt intraoperativ mit KEM aufgefüllt. – Abb. 15: Misserfolg nach zwölf Monaten – erneut deutliche Progression.