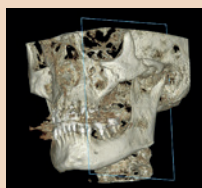


DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 1/2017 · 14. Jahrgang · Leipzig, 1. Februar 2017 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Bisphosphonate

Es werden relevante Aspekte der Medikamentenanamnese für den Praxisalltag erläutert, um bekannten Kiefernekrosen vorzubeugen. Von PD Dr. Dr. Heinz-Theo Lübbers. ▶ Seite 8f



Notfallmanagement

Auch 2017 bietet Tobias Wilkomsfeld wieder das Seminar „Notfallmanagement in der Zahnarztpraxis“ an. Dabei stehen vor allem praktische Übungen im Mittelpunkt. ▶ Seite 11



Approximalkontakte

Das FitStrip™ Finier- und Konturiersystem von Garrison Dental Solution wartet mit flexiblen und komfortablen Behandlungsmöglichkeiten auf. ▶ Seite 15

ANZEIGE

Perfekt aufbauen
Stumpfaufbaumaterial mit Nano-Zirkoniumdioxid

FANTASTIC® 2 CORE DC

R-dentiv Dentalwerkzeuge GmbH
Papierweg 10-Künzberg Tel. 0412-3070707-0
Fax 0 833 - 733 88 25 gmb@rdentiv.de
E-mail info@rdentiv.com
www.rdentiv.com

Parodontitis-impfstoff

Australische Forscher planen klinische Patiententests.

MELBOURNE – Stark ausgeprägte Zahnfleischentzündungen können nicht nur die Zähne gefährden, sie begünstigen auch andere Krankheiten, wie Diabetes oder Herzinfarkte. Australische Forscher haben jetzt einen Impfstoff entwickelt, der Parodontitis zukünftig ganz ohne Antibiotika oder Operationen eindämmen soll.

Seit 15 Jahren arbeiten die Wissenschaftler der University of Melbourne schon an einer solchen Impfung, jetzt konnten erste Ergebnisse im Journal *NPI Vaccines* präsentiert werden. Der entwickelte Impfstoff ist hauptsächlich für Patienten gedacht, die bereits mit Parodontitis zu kämpfen und die entsprechenden Bakterien im Mund haben. Das Hauptproblem bei Parodontitis ist, dass selbst nach der Entfernung der Erreger sich diese immer wieder vermehren und das Zahnfleisch angreifen.

Die Impfung regt deshalb den Körper an, entsprechende Antikörper zu bilden, die verhindern, dass sich die Bakterien an das Zahnfleisch ansiedeln und dort wieder vermehren. Damit soll in Zukunft ein großer Schritt in Richtung der Vermeidung von Parodontitis und letztendlich Zahnverlust gegangen werden. Die ersten Tests waren bereits vielversprechend. Eine klinische Testreihe an Patienten ist für das Jahr 2018 geplant. **DI**

Quelle: ZWP online

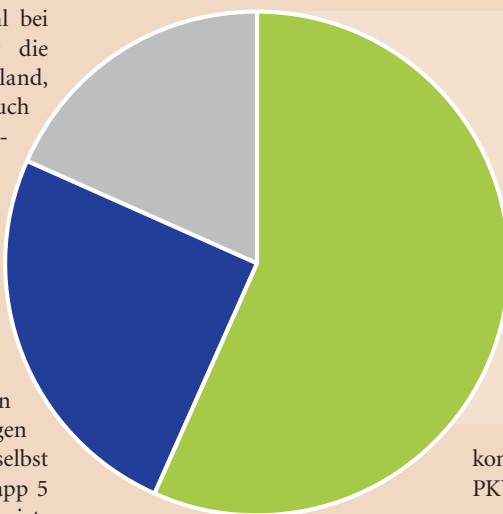
Weltweit Spitze bei Zahngesundheits-Ausgaben

Statistische Zahlen belegen anwachsendes Bewusstsein über die Wichtigkeit gesunder Zähne.

BONN/KREMS (jp) – Sowohl bei den Pro-Kopf-Ausgaben für die Zahnheilkunde liegt Deutschland, so das Statistische Jahrbuch 2015/16 der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), als auch beim Anteil der Zahnversorgungs-Aufwendungen am Brutto-Inlandsprodukt (BIP) in Europa, aber auch im Vergleich zu den USA an der Spitze.

Lagen die Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnarztpraxen in Deutschland bei 396\$, betragen sie für die USA nur 356\$ und selbst für die Schweiz mit 378\$ knapp 5 Prozent weniger. Auch gesamtwirtschaftlich steht Deutschland mit 0,9 Prozent Anteil am BIP vor den USA mit 0,7 Prozent und der Schweiz mit 0,6 Prozent oben an. Beim Anteil der Ausgaben für Leistungen in Zahnarztpraxen an allen Gesundheitsausgaben können sich die Zahn-

ärzte in Deutschland mit 7,7 Prozent ganz oben an sehen lassen, in den USA beträgt der Anteil nur 3,9 und in der Schweiz 5,6 Prozent. Von den Ausgaben für die Zahngesundheit von knapp 25 Mrd. Euro (2014)



Ausgaben für die Zahngesundheit in Mrd. Euro im Jahr 2014

- 13,1 Mrd. GKV
- 4,2 Mrd. PKV
- 5,8 Mrd. private Leistungen

kommen aus der GKV 13,1 Mrd., die PKVen leisten insgesamt 4,2 Mrd. und aus privaten Leistungen werden 5,8 Mrd. Euro dotiert. Damit sind 70 Prozent öffentliche Finanzierungsanteile und die restlichen 30 Prozent kommen von privater Seite. In der Schweiz beträgt die Dotierung aus öffentlichen Mitteln für die Zahnheilkunde nur sechs, in

den USA 12 Prozent. In der Mehrheit der im BZÄK-Jahrbuch betrachteten Länder muss für zahnärztliche Leistungen und insbesondere für Prothetik ein höherer Anteil der Kosten privat (PKV oder Zuzahlung) übernommen werden, als für andere ambulante und stationäre Leistungen. Besonders deutlich ist dies in Dänemark, Portugal und Spanien, wo die Kosten für stationäre und ambulante Versorgung generell von der Grundversorgung abgedeckt werden, die zahnärztliche Versorgung jedoch gänzlich privat finanziert werden muss.

Zu beachten ist, dass zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung der privaten Kostenbeteiligung bestehen: Diese kann als fixe Zuzahlung je Behandlung oder als anteilige Übernahme der tatsächlich entstandenen Kosten geleistet werden. **DI**

71.425 Zahnärzte und ihre Teams

Die aktuellen Zahlen der BZÄK im neuen Statistischen Jahrbuch.

BERLIN – Die Mundgesundheit der Deutschen ist so gut wie nie – dies belegte zuletzt eindrucksvoll die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Dass dies so bleibt und verbliebene Herausforderungen angegangen werden, dafür setzen sich tagtäglich 71.425 aktive Zahnärzte und ihre Teams ein. In

rund 60.000 weiteren Personen. Die 52.729 in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte sind (nur knapp) überwiegend männlich und haben zwischen vier und fünf Angestellte. Die Zahl der in Praxen angestellten Zahnärzte hat seit 2007 kontinuierlich zugenommen und liegt derzeit bei 15.541 Perso-



ihrer Arbeit unterstützt werden die Zahnärzte von 207.000 Zahnmedizinischen Fachangestellten, davon 25.000 mit Aufstiegsfortbildung, 16.000 Medizinischen Fachangestellten, 14.000 Zahntechnikern, 8.000 Verwaltungskräften und

nen. Diese und weitere Informationen sind der aktuellen Ausgabe des Statistischen Jahrbuchs der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zu entnehmen. **DI**

Quelle: BZÄK

ANZEIGE

Wasserhygiene?



Wem vertrauen Sie bei Ihrer Wasserhygiene?

Ihrem Glück? Dem Trinkwasserversorger? Ihrer Dentaleinheit? Dem Depot? Ihrem Techniker? Den Lockangeboten? Ihrem Anwalt?

SAFEWATER von BLUE SAFETY schützt und wirkt.



Informieren Sie sich vor Ort | Köln, 21. - 25. März 2017
Halle 2.2 Stand A 030

Jetzt Ihre Praxis / Klinik absichern
Fon 00800 88 55 22 88
Erfahrungsberichte auf bluesafety.com



Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.

Jammern auf hohem Niveau

Jürgen Pischel spricht Klartext



Zum Jahresbeginn hatte ich wieder einmal das Vergnügen, mit einer Funktionärsrunde der Zahnärzteschaft einen Gedankenaustausch zu pflegen. Angeführt von einem Verbandsmogul, der glaubte, die große Berufsjammerarie anstimmen zu müssen, bekam ich ein Berufsbild des Untergangs vorgeführt. Die überbordenden Bürokratismen, die jegliche freie Therapie einschränken, Internetforen, auf Honorardumping getrimmt, Gebührenordnungen aus der Steinzeit, Praxisrichtlinien des Verwaltungsdiktats, und... und... und. Mit einem Wort, man kommt nicht mehr zur Behandlung und kann nichts verdienen, die Patienten wollen alles auch auf Kasse. Nichts half. Kein Argument, das ich ins Feld führte, weder Therapiefreiheit, die man nur an den Mann bringen muss, die Mehrkostenvereinbarungsmöglichkeiten, das Festzuschussystem, noch die außervertraglichen Leistungen konnten überzeugen.

Die Organisationsfreiheiten in der Praxis, stelle ich einen oder mehrere Kollegen an, gründe ich überörtliche Zweigpraxen bis hin zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), auch gemeinsam mit Ärzten anderer Fachrichtungen zur gegenseitigen Beförderung? Nichts fruchtete, alles wurde mit Imponderabilien belastet.

Nachdenklich machte, dass ich aus meiner Universitätsarbeit aber viele zufriedene Zahnärzte kenne, die stolz auf ihren Beruf und in diesem glücklich sind, vor allem auch, weil ihre Kinder selbst Zahnärzte werden wollen und bei uns an der DPU mit Freude und Erfolg studieren. Sie sagen mir, der halbe Erfolg ist allein schon die Liebe zum Beruf, die Achtung vor dem Anspruch des Patienten, diesen zu erfüllen.

Argumentativ schlagen konnte ich die jammernde Funktionärsrunde aber mit einer BZÄK-Statistik (siehe Seite 1). Nirgendwo auf der Welt sind die Pro-Kopf-Ausgaben, die in die Zahnarztpraxis fließen, so hoch wie in Deutschland, nirgendwo ist der Anteil der Zahnheilkunde-Umsätze in den Praxen am BIP so groß wie in Deutschland. Sicher, wir haben auch mehr Zahnärzte pro 100.000 Einwohner, die aktiv sind, aber nach der vorliegenden Statistik auch mehr als 25 Prozent der Berufskollegen, die über 250.000 Euro im Jahr und deutlich mehr an Praxisüberschuss haben.

Hören wir auf, unzufrieden zu sein, machen wir das Beste aus der Lage, Chancen gibt es mit offenen Patienten für bessere Leistungen genug,

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



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

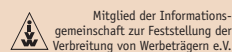
Projektmanagement/Vertrieb
Stefan Thieme
s.thieme@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigenendisposition
Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

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

Lektorat
Hans Motschmann
Marion Herner



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.

BLZK-Forderungskatalog verabschiedet

Zur Bundestagswahl 2017 wurden zehn Forderungen an die Politik formuliert.

MÜNCHEN – Die Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK) hat bei ihrer Vollversammlung Anfang Dezember in München vor dem Hintergrund der Bundestagswahl 2017 zehn Forderungen an die Politik verabschiedet.

Die Berufsvertretung der bayerischen Zahnärzte fordert, das duale System der Krankenversicherung zu erhalten, um damit weiterhin Wahlfreiheit und Wettbewerb zu gewährleisten. Die Kammer lehnt eine ausschließlich ideologisch motivierte Bürgerversicherung ab. Diese könne keines der Probleme lösen, mit denen das deutsche Gesundheitssystem konfrontiert wird. Wörtlich heißt es in dem Beschluss: „Eine Einheitsversicherung wird dem Gedanken, die Krankenversicherung demografiefest zu machen, nicht gerecht.“ In der gesetzlichen Krankenversicherung müsse das Solidarprinzip wieder in den Vordergrund rücken. Dazu zähle auch die Eigenverantwortung der Versicherten. „Leistungen, die nicht notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, können von der Solidargemeinschaft nicht finanziert werden“, so der Beschluss.



BLZK

Bayerische LandesZahnärzte Kammer

Orientierung an tatsächlichen Kosten

Von der privaten Krankenversicherung fordern die bayerischen Zahnärzte, Erstattungsleistungen auch künftig an den medizinischen Fortschritt anzulehnen, um Innovationen in der Zahnmedizin zu ermöglichen. Die PKV müsse „ihre Erstattungspraxis an den tatsächlich entstandenen Kosten der zahnärztlichen Leistungen orientieren“, so der Wortlaut. Nach 30 Jahren Stillstand bei der Entwicklung des Punktwerts in der zahnärztlichen Gebührenordnung wiederholt die Kammer ihre Forderung nach einer deutlichen Anhebung. Der unverändert gültige Punktwert aus dem Jahr 1987 gewährleiste keine angemessene Honorierung der beruflichen Leistungen des Zahnarztes. „Der wachsende Kostendruck und die zunehmende Regulierung, häufig ausgehend von gesetzgeberischen Maßnahmen, gefährden die

flächendeckende Versorgung und führen dazu, dass sich immer größere Einheiten bilden, beispielsweise als Medizinische Versorgungszentren“, warnt die BLZK-Vollversammlung. Darüber hinaus lehnt die BLZK jedwede Normung von Gesundheitsdienstleistungen, wie sie von der EU-Kommission verfolgt wird, als Angriff auf das individuelle Zahnarzt-Patienten-Verhältnis ab. Im Zusammenhang mit der Prüfung digitaler Techniken warnt die Kammer vor einer „totalen Digitalisierung des Medizinbetriebs“. Sorge bereitet diesbezüglich die Sicherheit der Patientendaten.

Das Positionspapier der BLZK schließt mit der Forderung nach einem klaren Bekenntnis der Politik zur berufsständischen Selbstverwaltung. Es liege im Interesse aller Beteiligten, Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung zu erhalten und dabei ehrenamtliche Elemente zu fördern. DT

Dr. Torsten Tomppert ist neuer LZK-Präsident

Generationenwechsel in der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg.

STUTTGART – Dr. Torsten Tomppert (Esslingen) ist neuer Präsident der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW) und steht damit in der 16. Kammerperiode 2017 bis 2020 an der Spitze der Berufsvertretung der baden-württembergischen Zahnärzteschaft. Er wird künftig einen deutlich verjüngten Vorstand leiten. Mit seiner Wahl am Samstag, 3. Dezember 2016, löst Dr. Tomppert den Vaihinger Zahnarzt Dr. Udo Lenke ab, der nach 16 Jahren als Präsident nicht erneut kandidierte. Dr. Lenke verabschiedet sich nach vier Kammerperioden als Präsident und zwei Kammerperioden als stellvertretender Präsident in den standespolitischen Ruhestand. Am Vortag würdigten die Delegier-



© LZK BW/Kleinbach

ten seine Verdienste um den zahnärztlichen Berufsstand mit der Ernennung zum Ehrenpräsidenten.

„Die Kammer muss politischer werden“ – der neue Präsident will die Kammer zukünftig gezielter auf gesundheitspolitische Entwicklungen und ihre Konsequenzen für Patient wie Profession ausrichten.

Als Stellvertreter an die Seite Dr. Tompperts wählen die Delegierten Dr. Norbert Struß (Freiburg im Breisgau). In neuer Besetzung präsentiert sich auch der Vorstand. Als weitere neue Mitglieder wurden Dr. Bert Bauder (Mannheim) und Dr. Hendrik Putze (Stuttgart) sowie erneut Dr. Dr. Heiner Schneider (Metzingen) gewählt. Die vier Vorsitzenden der Bezirkszahnärztekammern – Dr. Norbert Engel (Karlsruhe), Dr. Wilfried Forschner (Tübingen), Dr. Eberhard Montigel (Stuttgart) und Dr. Peter Riedel (Freiburg im Breisgau) komplementieren den Vorstand. DT

Quelle: Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg/IZZ BW

Täglicher Newsletter zur IDS: Jetzt anmelden

Aktuelles News-Update zur Internationalen Dental-Schau in Köln.

LEIPZIG – Begleitend zur 37. Internationalen Dental-Schau in Köln informiert der tägliche Newsletter über das Messegesehen und -highlights.

Während der Kölner Messe erhalten alle Empfänger der bekannten ZWP online-Newsletter täglich einen Newsletter, der aktuell über das Messegesehen, Messehighlights und Neuigkeiten informiert. Bestandteil des Newsletters sind neben Text- und Video-Beiträgen sowie Bildergalerien und Events in Köln auch die aktuellen Tagesaus-

gaben der internationalen Messezeitung *today* in der E-Paper-Version bequem zum Online-Lesen. Ob PC, Tablet oder Smartphone – die wichtigsten News des Tages und

das, was morgen passiert – mit www.zwp-online.info ist man up to date. DT

Quelle: ZWP online



Vergleich Ausbildungsvergütung

ZFA-Azubis deutschlandweit unter dem Entlohnungsdurchschnitt.

BONN – Im Schnitt lagen die tariflichen Ausbildungsvergütungen in Deutschland 2016 bei 854 Euro im Monat. Trotz der hohen Nachfrage nach Zahnmedizinischen Fachangestellten liegt die Vergütung unter dem Durchschnitt, wobei es laut der Auswertung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) auch regionale Unterschiede gibt.

Für die Auswertung des BIBB wurden 181 Berufe in Westdeutschland und 151 Berufe in Ostdeutschland bezüglich ihrer tariflichen Entlohnung miteinander verglichen. Die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten ist nur im Mittelfeld zu finden. Auszubildende, die nach Tarif bezahlt werden, erhalten im Schnitt im ersten Lehrjahr 750 Euro, im zweiten 790 Euro und im dritten Lehrjahr 840 Euro. Für Auszubildende, die nicht nach Tarif bezahlt werden, sieht es noch schlechter aus: Sie erhalten in der Regel nur 730 Euro im ersten, 770 Euro im zweiten und 820 Euro im dritten Lehrjahr. Ob die Entlohnung nach Tarif erfolgt oder nicht, Zahnmedizinische Fachangestellte liegen deutlich unter dem deutschen Durchschnitt.

Während in anderen Berufsfeldern die Lohnschere zwischen östlichen und westlichen Bundesländern noch deutlich zu erkennen ist, gibt es bei der Ausbildung zur ZFA nur geringe regionale Unterschiede. Abweichungen gibt es jedoch bei der tariflichen Entlohnung: In den Bun-



desländern wie Hessen, Hamburg, Westfalen-Lippe und dem Saarland werden ZFA-Azubis nach Tarif bezahlt. Hier fällt der Lohn in der Regel etwas höher aus als die Empfehlungen der zuständigen Kammern. Die Unterschiede halten sich bei um die 30 Euro allerdings im Rahmen.

Topverdiener unter den Ausbildungsberufen sind überraschenderweise Maurer, durchschnittlich 1.042 Euro gibt es monatlich für Auszubildende. Schlusslicht bilden im Vergleich des BIPP Schornsteinfeger mit 495 Euro im Monat. [DT](#)

Quelle: ZWP online

Aktualisierte Patienteninformationen liegen vor

KZBV veröffentlicht überarbeitete Broschüre zu Zahnfüllungen.

BERLIN – Trotz aller Erfolge in der Prävention benötigen viele Patienten eine Zahnfüllung, wenn ihr Arzt eine Karies feststellt. Ebenfalls kann es vorkommen, dass eine vorhandene Füllung erneuert oder ausgetauscht werden muss. Um Patienten in diesen Fällen über Behandlungsalternativen in der Füllungs-therapie und die Leistungen der

heute noch oft ‚Karies!‘. Um gemeinsam mit dem Zahnarzt über die individuelle Therapie entscheiden zu können, ist es wichtig, dass Patienten umfassend über Behandlungsmöglichkeiten informiert sind“, sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.

Die grundlegend überarbeitete Broschüre berücksichtigt den derzei-



Krankenkassen aufzuklären, hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre Patienteninformation „Zahnfüllungen – Was Sie als Patient wissen sollten“ in einer aktualisierten Auflage vorgelegt.

„Bereits seit Jahren ist die Zahl der Zahnfüllungen stetig rückläufig. Dies ist nur ein Indiz für die weitere Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung und das Ergebnis der erfolgreichen Umorientierung hin zu einer präventionsorientierten zahnmedizinischen Versorgung. Jedoch lautet die Diagnose nach zahnärztlichen Untersuchungen auch

tigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und gibt Hinweise zur Karieserkrankung und -vorbeugung, klärt über unterschiedliche Füllungs-materialien auf und informiert über die Möglichkeiten der Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen.

Die aktualisierte Broschüre kann ab sofort unter www.kzbv.de/informationsmaterial in gedruckter Form bestellt und als kostenlose PDF-Datei abgerufen werden. Die Broschüre steht auch in den Sprachen Türkisch und Russisch zu Verfügung. [DT](#)

Quelle: KZBV

Gute Zahnersatz-Versorgung für alle Patienten

KZBV zu den Forderungen der SPD nach Entlastungen bei Zahnersatz.

BERLIN – Vor dem Hintergrund einer Anfrage der Linken-Abgeordneten Sabine Zimmermann über die Höhe privater Zuzahlungen gesetzlich Krankenversicherter bei der Versorgung mit Zahnersatz hatte der stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Prof. Dr. Karl Lauterbach gefordert, den Umfang der von den Krankenkassen zu ersetzenden Zahnersatzleistungen zu überprüfen und zu erweitern. Dies solle im Ergebnis zu einer Entlastung der Versicherten führen.

Versorgung sichergestellt

Angesichts der Forderungen seitens des stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden nach einer Entlastung gesetzlich Krankenversicherter bei den Kosten für Zahnersatzleistungen sagte der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer:

„Niemand muss in Deutschland aus wirtschaftlichen Gründen auf Zahnersatz verzichten. Die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) haben unlängst den eindeutigen Beleg für den hohen Versorgungsgrad der Patienten mit Zahnersatz erbracht. Gesetzlich krankenversicherte Patienten haben in Deutschland die Wahlfreiheit zwischen einer fachlich hochwertigen Regelversorgung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung und Versorgungsformen, die zusätzliche Ansprüche der Patienten erfüllen, aber von der Leistungspflicht der GKV ausgenommen sind. Alle medizinisch notwendigen Leistungen finden sich dabei im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. In den übrigen europäischen Ländern ist die Zuzahlungshöhe in der Regel deutlich höher, Zahnersatz wird hier oftmals nicht vom jeweiligen Gesundheitssystem übernommen.“

Härtefälle

Dr. Eßer weiter: „Im Rahmen des Festzuschussmodells ist auch eine Härtefallregelung für Menschen mit geringem Einkommen vorgesehen. Sie erhalten den doppelten Festzuschuss, mindestens aber die Kosten für die Regelversorgung. Auf diese Weise erhält auch diese Patientengruppe eine solide zuzahlungsfreie Versorgung. Rund 66 Prozent aller Behandlungsfälle mit Zahnersatz werden anhand der Härtefallregelung und des Bonussystems abgewickelt. Die Zahlen der DMS V zeigen zudem, dass zukünftige Herausforderungen in der zahnmedizinischen Versorgung nicht im Bereich der prothetischen Versorgung, sondern in einer Stärkung präventiver Maßnahmen liegen.“ [DT](#)

Quelle: KZBV

ANZEIGE

3. GIORNATE ROMANE

19./20. Mai 2017

Rom/Italien – Sapienza Università di Roma

Kongresssprache: Deutsch

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.giornate-romane.info



Thema:
Implantologie ohne Grenzen

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom
Prof. Dr. Andrea Cicconetti/Rom
Prof. Antonella Polimeni/Rom
Prof. Susanna Annibali/Rom

Veranstalter:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | Deutschland
Tel.: +49 341 48474-308 | Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com



Faxantwort an +49 341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zu den 3. GIORNATE ROMANE zu.

Praxisstempel/Laborstempel

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programms.)

DTG 1/17

Mehr Praxisübernahmen, weniger Neugründungen

apoBank und IDZ analysieren Existenzgründungen bei Fachzahnärzten 2015.

DÜSSELDORF – Zwar ist 2015 der Anteil an Neugründungen sowohl bei Kieferorthopäden als auch bei Oral- und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen geschrumpft, dennoch gründen diese Fachgruppen immer noch deutlich häufiger neue Praxen als andere Heilberufler.

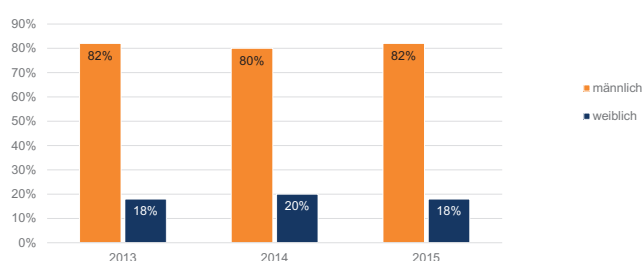
Immer öfter bevorzugen Kieferorthopäden bei Existenzgründung die Übernahme einer bestehenden Praxis; 2015 waren es 65 Prozent. Der Anteil der Neugründungen sank zu 2014 von 45 auf 35 Prozent. Bei Oral- und MKG-Chirurgen gründeten immer noch 44 Prozent eine neue Praxis, obwohl hier mit 17 Prozent ein noch stärkerer Rückgang innerhalb eines Jahres stattfand.

Oral- und MKG-Chirurgen bevorzugen Kooperationen

2015 hat sich mit 53 Prozent zum ersten Mal die Mehrheit der ausgewerteten Existenzgründer unter den Oral- und MKG-Chirurgen für die Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) entschieden, das sind neun Prozent mehr als im Vorjahr. Von Kieferorthopäden wird jedoch die Einzelpraxis nach wie vor bevorzugt: 72 Prozent ließen sich in einer neuen Praxis allein nieder oder übernahmen eine als Einzelpraxis. 28 Prozent gründeten gemeinsam mit Kollegen. Exakt das gleiche Verhältnis ergab die Analyse der Existenzgründungen 2015 bei den allgemeinen Zahnärzten.

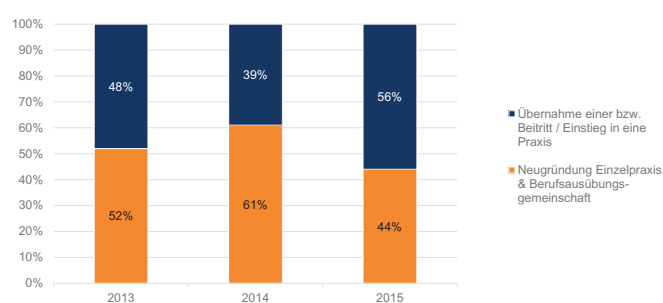
Chirurgie von Männern präferiert.

Oralchirurgen & MKG: Existenzgründer nach Geschlecht.



Neugründungen rückläufig.

Oralchirurgen & MKG: Neugründung versus Übernahme.



Quelle: apoBank / IDZ

Existenzgründungsanalyse Fachzahnärzte & MKG | Dezember 2016 | S. 3



Investitionen

Betrachtet man den Übernahmepreis nach Fachrichtung, ergibt sich zwischen den Kieferorthopäden und den Oral- bzw. MKG-Chirurgen eine Differenz von durchschnittlich 100.000 Euro. Die gesamten durchschnittlichen Praxisinvestitionen umfassen zudem beispielsweise Modernisierung, neue Geräte oder Einrichtungen.

Diese waren 2015 bei den Oral- und MKG-Chirurgen mit 499.000 Euro für die Übernahme beziehungsweise den Einstieg in eine bestehende Praxis am höchsten. Eine Neugründung in diesem Fach erforderte mit 484.000 Euro nur geringfügig kleinere Ausgaben. Anders bei Kieferorthopäden: Sie investierten im Schnitt 425.000 Euro in eine Neugründung, aber mit 339.000 Euro deutliche 20 Prozent weniger in eine Übernahme.

Kieferorthopädie für Männer zunehmend attraktiver

Bislang überwog der Anteil der Frauen, die sich als Kieferorthopädinnen niedergelassen haben. In den letzten Jahren jedoch hat das Interesse der männlichen Kollegen sukzessive zugenommen. 2015 haben sich nun fast genauso viele Männer (49 Prozent) für eine kieferorthopädische Praxis entschieden wie Frauen. Unter den Oral- und MKG-Chirurgen dagegen blieben die Werte relativ konstant: In 2015 waren 82 Prozent der Existenzgründer männlich, damit bleiben nur diese Fachrichtungen eindeutig eine Männerdomäne. Denn auch der Anteil der weiblichen und männlichen Existenzgründer bei den Allgemeinzahnärzten ist nahezu ausgeglichen (48 zu 52 Prozent). [DU](#)

Quelle: apoBank

Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Um Abläufe zu verbessern und Entlastung in der Praxis zu schaffen, sollten qualitätsfördernde Maßnahmen sinnvoll verankert werden. Von Dr. med. Kirstin Borchers, Herne.

BERLIN – Für Vertragszahnarztpraxen, Vertragsarztpraxen und Krankenhäuser gelten künftig einheitliche Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement. Dafür hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine sektorenübergreifende Richtlinie beschlossen, die die grundsätzlichen Anforderungen an das stationäre und ambulante Qualitätsmanagement regelt und die bisherigen Richtlinien für den vertragszahnärztlichen, den vertragsärztlichen und stationären Bereich ablöst.

Neben der externen Qualitätssicherung ist das zahnärztliche praxisinterne Qualitätsmanagement eine unverzichtbare Säule zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis. In der Einführung und Weiterentwicklung des praxisinternen Qualitätsmanagements ist es wichtig, qualitätsfördernde Instrumente und Maßnahmen sinnvoll zu verankern. Damit wird erreicht, dass die Abläufe eindeutig gestaltet sind und immer wieder verbessert werden können, überflüssige Arbeiten vermieden werden, eine Entlastung von wiederkehrenden Vorgängen erreicht und die Einarbeitung von Mitarbeitern erleichtert wird, deren Zufriedenheit sowie der von Patienten steigt und die interne und externe Kommunikation verbessert wird.

G-BA-Elemente

Ein Qualitätsmanagement im zahnmedizinischen Bereich umfasst insbesondere die grundlegenden G-BA-Elemente Patientensorientierung einschließlich Patientensicherheit, Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit, Prozessorientierung, Kommunikation und Kooperation, Informationssicherheit und Datenschutz sowie Verantwortung und Führung. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis sollte so organisiert sein, dass alle Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen schriftlich, beispielsweise durch eine Tabelle, Grafik oder ein Organigramm, festgelegt sind.

Die wesentlichen Abläufe der Praxisorganisation sind erkannt, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt. Die Ablaufbeschreibungen stehen den Mitarbeitern der Zahnarztpraxis zur Verfügung. Es geht dabei auch um Regelungen von Öffnungszeiten der Praxis, Erreichbarkeit, Terminvergabe, Datenschutz und Datensicherheit sowie das Gutachterwesen. Da im zahnärztlichen Bereich die Prävention eine wesentliche Rolle spielt, sollte die Zahnarztpraxis ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden durchführen. Sinnvoll ist es, auch den Umgang mit eventuellen Mängelgutachten und den Ergebnissen daraus zu regeln. Für eine sichere und patientenorien-

tierte zahnärztliche Versorgung sollten besonders die Übergänge entlang der gesamten Versorgungskette so gestaltet sein, dass alle erforderlichen Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und eine koordinierte Versorgung gewährleistet ist. Dies bezieht sich auch auf die Koordination mit dem zahntechnischen Labor.

Erhöhte Patientensicherheit

Die neuen G-BA-Regelungen zum Qualitätsmanagement sollen die Patientensicherheit weiter erhöhen durch:

- Einsatz von Checklisten, z. B. OP-Checkliste bei Sedierung und operativen Eingriffen durch zwei oder mehr Ärzte.
- Anwendung von Risikomanagement-Maßnahmen, z. B. Risikoaudits, sowie Fallanalysen.
- Bearbeitung von Fehlermeldungen im Rahmen von Fehlermeldesystemen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen. Das gemeinsame Berichts- und Lernsystem von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ (CIRS: Critical Incident Reporting System) leistet hier einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Das Arzneimittelmanagement steht schon lange im Spannungsfeld von Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. Dies greift die aktuelle G-BA-Richtlinie auf. Das bedeutet, dass die Zahnarztpraxis bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln vermeidbare Risiken identifiziert und sicherstellt, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren, zum Beispiel das Vermeiden von Verwechslungen bei der Verabreichung von Medikamenten durch eine Sicherheitscheckliste.

Risikomanagement

Im Rahmen des Risikomanagements sind die Verantwortlichkeiten besonders für folgende zahnärztliche sicherheitsrelevante Abläufe zu berücksichtigen:

- Es wird eine dem Patienten und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. Die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.
- Bei Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen erfolgt ein Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie reduziert oder beseitigt.
- Im Rahmen der Sturzprophylaxe werden Risiken und Gefahren er-

kannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert. Dazu gehören Maßnahmen zur Risikoeinschätzung und vor allem adäquate Maßnahmen zur Sturzprävention.

- Hygiene- und infektionsmedizinisch assoziierte Strukturen und Prozesse – als Voraussetzung für die Gewährleistung der Patientensicherheit – sind geregelt. Dazu gehören z. B. auch der sachgerechte Einsatz antimikrobieller Substanzen sowie Maßnahmen gegen die Verbreitung multiresistenter Erreger. Zur sachgerechten Umsetzung sind eine konsequent eingehaltene (Basis-)Hygiene, eine aussagekräftige Überwachung und der gezielte und kontrollierte Umgang mit Antibiotika durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter eingeführt.

Fazit: QM muss nicht nur sein, es lohnt sich auch

Obwohl immer noch viele Zahnärzte der Einführung des vom Gesetzgeber geforderten Qualitätsmanagements kritisch gegenüberstehen und es als lästige Pflichtveranstaltung sehen, berichten Praxisinhaber, die mit ihrem Team bereits ein QM-System aufgebaut haben, von ganz anderen Erfahrungen. Diese beziehen sich zum einen auf eine spürbare Entlastung von der Praxisorganisation, die mit einem gut aufgebauten und von den Teammitgliedern gelebtem QM fast von alleine läuft. Zum anderen bleibt mehr Zeit für Patienten und die strategische Praxisführung. Der qualitätsorientierte Umbau des deutschen Gesundheitssystems und die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen fordern ein professionelles zahnärztliches Praxismanagement, Mitarbeiterentwicklung sowie patientenorientierte und sichere Abläufe. Die zunehmende interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen setzt bei allen Beteiligten ein gemeinsames Verständnis von Qualitäts- und Risikomanagement voraus. Genau hier setzt die aktuelle Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA an. [DU](#)

Kontakt



Dr. med. Kirstin Borchers

QM BÖRCHERS CONSULTING +
Bochumer Straße 42
44623 Herne, Deutschland
Tel.: +49 2323 3845203
kontakt@qm-boerchers.de
www.qm-boerchers.de

Perfektion in ihrer höchsten Form:

G-Premio BOND™ von GC.

Das Premium-Universaladhäsiv, das so
gut wie alles kann – sogar Reparaturen.



GC Germany GmbH
Seifgrundstrasse 2
61348 Bad Homburg
Tel. +49.61.72.99.59.60
Fax. +49.61.72.99.59.66.6
info@germany.gceurope.com
<http://www.gcgermany.de>

GC

Kostenfreies
Muster anfordern



Gesetzesentwurf wird abgelehnt

Stellungnahme der KZBV zum GKV-SVSG unverändert kritisch.



Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

BERLIN – Anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zum sogenannten GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) äußert sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) in einer Stellungnahme unverändert kritisch: „Auch wenn einige ursprünglich vorgesehenen Regelungen und Repressalien mittlerweile nicht weiter verfolgt werden, lehnen wir auch den derzeitigen Entwurf nach wie vor klar ab. Die Grundkonzeption einer Kontroll- und Bevormundungsobrigkeit bleibt schließlich bestehen – unabhängig davon, dass der Hinwendung zu einer formalen Fachaufsicht zwischenzeitlich eine Absage erteilt wurde. Auch die verbleibenden Maßnahmen würden die Selbstverwaltungs-körperschaften erheblich schwächen und für ein funktionierendes Gesundheitswesen notwendige Entscheidungsprozesse lähmen. Damit wir unsere gesetzlichen Aufgaben aber erfüllen können, benötigen wir den dafür unverzichtbaren Handlungs- und Gestaltungsspielraum“, sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.

Besonders kritisch sieht die KZBV nach wie vor:

- die Pflicht zur namentlichen Abstimmung in der Vertreterversammlung, durch die sach-

widrig in die freie Ausübung des Mandats der Mitglieder eingegriffen und damit gegen demokratische Grundsätze verstoßen wird,

- die haushaltsrechtlichen Vorgaben, welche die Haushaltsautonomie als wesentlichen Bestandteil der Selbstverwaltungshoheit aushöhlen und die Finanzplanung erheblich erschweren würden, sowie
- den möglichen Einsatz eines sogenannten „Entsandten für besondere Angelegenheiten“, der unter bestimmten Voraussetzungen die Körperschaften von innen heraus lenken kann.

Appell

Die KZBV appelliert mit Nachdruck an den Gesetzgeber, den Gesetzesentwurf vollständig zurückzuziehen. Das GKV-SVSG richte weit mehr Schaden an als Nutzen. Zumindest aber sollten die geplanten Regelungen deutlich praxistauglicher ausgestaltet werden. Nur dadurch würde verhindert, dass durch eine Verschärfung aufsichtsrechtlicher Kompetenzen die bislang bewährte Statik der gesamten Selbstverwaltung und das vertrauensvolle Arbeitsverhältnis mit der Aufsicht ohne Not beeinträchtigt werden. [DT](#)

Quelle: KZBV

Haftungsfalle: Wenn der Patient die empfohlene Behandlung ablehnt

Den Zahnarzt trifft in diesem Fall die Pflicht, den Patienten umfassend über die Folgen des Unterlassens aufzuklären. Von Anna Stenger, LL. M., Bad Homburg.

Lehnt ein Patient eine gebotene zahnmedizinische Behandlung ab, ist Vorsicht geboten. Neben der Aufklärung über die Folgen ist der Zahnarzt dafür beweispflichtig, dass diese Aufklärung auch tatsächlich stattgefunden hat. Kann er diese anhand seiner Dokumentation nicht nachweisen, drohen Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche des Patienten.

Praxisalltag

Solche Fälle kommen im Praxisalltag regelmäßig vor: Der Zahnarzt empfiehlt dem Patienten eine Behandlung, doch dieser lehnt zu nächst ab. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Teilweise scheuen die Patienten die Kosten einer Behandlung, oder aber die Angst vor möglichen Schmerzen lässt sie zögern. Doch die Folgen einer verspäteten oder gar überhaupt nicht durchgeführten Behandlung können für den Patienten erheblich sein. Oft geht hiermit der Verlust eines Zahnes einher, der bei rechtzeitiger Behandlung hätte erhalten werden können.

In diesen Fällen mag man zwar annehmen, das sei dann allein das Problem des Patienten. Doch so einfach ist es leider nicht!

Patientenrechtegesetz

Nach den Vorschriften des Patientenrechtegesetzes muss der behandelnde Arzt den Patienten über die für die Erteilung der Einwilligung wesentlichen Umstände, insbesondere über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie“ aufklären (§ 630e BGB). Dies beinhaltet auch die Aufklärung über die Folgen, die aus dem Unterlassen

einer gebotenen Behandlung entstehen können.

Dokumentation

Lehnt ein Patient die empfohlene Behandlung ab, bedeutet dies Folgendes: Der Zahnarzt muss den Patienten dezidiert auf die maßgeblichen Umstände sowie umfassend auf die Folgen hinweisen, die entstehen können, wenn die Behandlung ausbleibt.

Hinzu kommt, dass die Aufklärung gemäß § 630 f BGB auch dokumentiert werden muss. Deswegen reicht das Gespräch mit dem Patienten allein nicht aus. Vielmehr muss der Inhalt des Aufklärungsgesprächs auch in der Patientenakte vermerkt werden. Ist der Dokumentation der Behandlung nicht zu entnehmen, wie und in welchem Umfang die Aufklärung erfolgte, drohen Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche des Patienten. Das gilt vor allem dann, wenn nicht hervorgeht, ob sich der Patient ein ausreichendes Bild davon machen konnte, was die Konsequenzen seiner Entscheidung sind.

Beweislast

Während den Patienten grundsätzlich die Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers trifft, gilt dieser Grundsatz nicht für die Aufklärung. Die Beweislast für eine ordnungsgemäße Aufklärung trägt nach den Vorschriften des Patientenrechtegesetzes (§ 630h Abs. 2 BGB) nämlich der Zahnarzt. Das bedeutet, dass bei fehlender Dokumentation von Aufklärung und Einwilligung das Fehlen der Aufklärung und Einwilligung vermutet wird. Und das kann weitreichende Folgen haben.

In aller Regel wird sich der Zahnarzt nämlich bei der Vielzahl der Patienten und Behandlungen Jahre

später in einem Rechtsstreit nicht mehr an ein einzelnes Aufklärungsgespräch erinnern können. Behauptet dann der Patient, er sei nicht über die Folgen des Ausbleibens der Behandlung aufgeklärt worden, ist ein Beweis des Gegenteils nur mit einer ordentlichen Dokumentation möglich. Fehlt diese, stehen die Chancen für den Patienten gut, mit Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüchen vor Gericht erfolgreich zu sein.

Fazit

Zahnärzte sollten trotz des zeitlichen Aufwands großen Wert auf eine ordentliche Dokumentation legen. Dies gilt erst recht für die Aufklärung der Patienten. Ansonsten ist der den Zahnarzt treffende Beweis, dass der Patient umfassend aufgeklärt worden ist, nur sehr schwer zu führen. [DT](#)

Kontakt



Anna Stenger, LL. M.

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht,
LL. M.

Lyck + Pätzold . healthcare . recht
Nehringstraße 2
61352 Bad Homburg, Deutschland
Tel.: +49 6172 139960
kanzlei@medizinanwaelte.de
www.medizinanwaelte.de

Patientenschutz in Gefahr – Kommission gegen berufliche Regulierung

BZÄK kritisiert den Vorstoß in nationales Berufsrecht.

BERLIN – Patienten- und Verbraucherschutz sind wesentlicher Grund für Vorschriften in Deutschland, die z. B. festlegen, mit welcher Qualifikation bestimmte Berufe ausgeübt werden dürfen, so zum Beispiel der Arztberuf.

Die Europäische Kommission hat am 10. Januar 2017 mehrere Gesetzgebungsvorschläge präsentiert, die die Konjunktur des Europäischen Binnenmarktes beleben sollen, darunter auch eine Prüfung der „Verhältnismäßigkeit“ von Berufsregeln. Die Europäische Kommission möchte damit die aus ihrer Sicht „überflüssige nationale Regulierung“ verhindern, um das Wirtschaftswachstum ohne Barrieren anzukurbeln. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) kritisierte diesen Vorstoß der Brüsseler Behörde massiv.

„Die Kommission stellt berufliche Regulierung unter den Generalverdacht, ‚Wirtschaftsbremser‘ zu sein“, so der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel. „Dieser Weg ist falsch. Die Ökonomie kann nicht der entscheidende Maßstab für nationales Berufsrecht sein. Berufsregeln dienen vielmehr dem Patienten- und Verbraucherschutz sowie der Sicherstellung eines hohen Qualitätsniveaus. Es ist unverständlich, dass patientenschützende Regeln aufgeweicht werden sollen.“

Der als Proportionalitätstest bezeichnete Richtlinienentwurf der Europäischen Kommission beinhaltet einen umfassenden Prüfauftrag für den nationalen Gesetzgeber. Er soll vor Änderung bestehenden Berufsrechts oder neuem Erlass anhand vordefinierter Kriterien prüfen, ob

die Regulierung verhältnismäßig ist. Erfasst sind dabei alle regulierten Berufe einschließlich der Gesundheitsberufe.

„Der Test ist äußerst kompliziert und höchst bürokratisch“, so Dr. Engel. „Das Europäische Parlament und die im Rat versammelten Mitgliedstaaten sind gefordert, hier dringend Korrekturen vorzunehmen.“

Hintergrund

Das im Januar 2017 vorgestellte Dienstleistungspaket der Europäischen Kommission ist Teil der Binnenmarktstrategie, die auf mehr Wirtschaftswachstum innerhalb der EU abzielt. Das neue Dienstleistungspaket besteht im Einzelnen aus: einem Verordnungsvorschlag für die Einführung einer Europäischen Dienstleistungskarte sowie

einem Richtlinienentwurf über den rechtlichen und operativen Rahmen einer solchen Karte, einem Richtlinienentwurf für einen Proportionalitätstest bzw. eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Verabschiedung künftiger Berufsregulierung, einer Mitteilung über Reformempfehlungen bei regulierten Berufen, einem Richtlinienentwurf zur besseren Durchsetzung der Dienstleistungsrichtlinie und der Reform des sog. Notifizierungsverfahrens. Bei einem regulierten Beruf wird durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften festgelegt, dass die Berufsausübung nur erfolgen darf, wenn der Nachweis über eine bestimmte Qualifikation erbracht wurde. [DT](#)

Quelle: BZÄK



Parodontitisgene identifiziert

US-Wissenschaftler spüren gewebeerstörende Gene auf.

NEW YORK CITY – Dass eine ungesunde Ernährung, mangelnde Mundhygiene, Rauchen oder Diabetes eine Parodontitis begünstigen, ist bereits seit Längerem bekannt. So auch, dass die Veranlagung, eine Parodontitis zu entwickeln, erblich ist. Forscher des Columbia University Medical Center haben jetzt jedoch in einer Studie herausgefunden, welche Gene genau für eine spätere Entstehung der Parodontitis ursächlich sind, auch wenn keine Risikofaktoren vorliegen.

Die Studie wurde kürzlich im *Journal of Dental Research* veröffentlicht. Darin konnten die For-

scher 41 Master-Kontrollgene identifizieren, die für das Entstehen einer Parodontitis wahrscheinlich verantwortlich sind, auch wenn keine Risikofaktoren bestehen. Mit ihren Ergebnissen haben die Wissenschaftler einen wichtigen Beitrag zur Prophylaxe von Parodontitis geleistet.

Verfahrensweise

Um die betreffenden Gene zu identifizieren, wurde die RNA aus gesundem und krankem Zahnfleisch von 120 Parodontitispatienten untersucht. Mithilfe eines Algorithmus wurde die Wechselwirkung zwischen den einzelnen

Genen betrachtet sowie mit einem weiteren Algorithmus Gene aufgespürt, die gesundes Gewebe zerstören und somit den Krankheitsprozess begünstigen.

Viele der gefundenen Gene sind in Immun- und Entzündungsprozesse involviert, wie klinische und labortechnische Beobachtungen bestätigt haben. Mithilfe der identifizierten Master-Kontrollgene können die Forscher jetzt Verbindungen testen, die die Wirkung der Gene unterbrechen und so Parodontitis an ihrer Quelle stoppen. [DT](#)

Quelle: ZWP online

Einfluss von Medikamenten auf Verweildauer von Implantaten

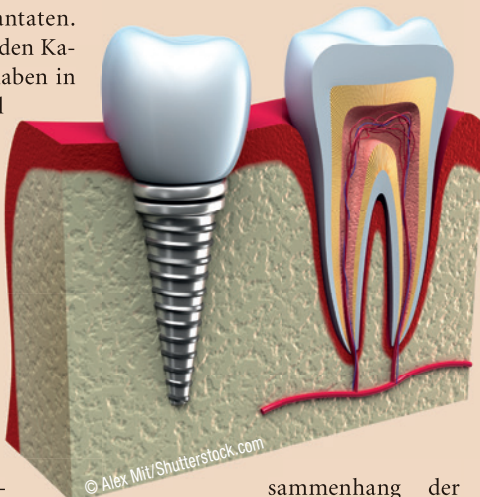
Kanadische Forscher untersuchten Betablocker und Protonenpumpenhemmer.

MONTRÉAL – Ob Zahnimplantate dauerhaft im Kiefer verbleiben können, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Auch Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden, haben Einfluss auf die Verweildauer von Implantaten. Wissenschaftler rund um den Kanadier Dr. Faleh Tamimi haben in ihren Studien nun speziell den Einfluss von Betablockern und Protonenpumpenhemmern untersucht.

Der Erfolg von Zahnimplantaten ist hauptsächlich davon abhängig, wie gut sich der Kieferknochen und die Oberfläche des Implantats miteinander verbinden. Einige Medikamente beeinflussen dabei auch den Knochenmetabolismus, wie die Heilung von Knochenzellen, Reproduktion oder das Absterben – und tragen damit entscheidend zum Erfolg von Implantaten bei.

Dass Betablocker sich positiv auf die Knochenbildung auswirken, ist bereits bekannt. In der Studie wurde jetzt vor allem die Wirkung des Hypertonie-Medikaments auf die Erfolgsaussichten von Zahnimplantaten inspiziert. 728 Patienten mit 1.499 Implan-

taten nahmen an der Untersuchung teil, wobei 142 Patienten (327 Implantate) Betablocker einnahmen und 586 (1.172 Implantate) nicht. Zur Anwendung kam ein statistisches Verfahren, das den Zu-



sammenhang der blutdrucksenkenden Medikamente und einen Implantatverlust auf sich anpassende Störfaktoren überprüfte. Das Ergebnis: Nur bei 0,6 Prozent der Patienten, die Betablocker einnahmen, gingen Implantate verloren, während 4,1 Prozent der Implantatbehandlungen bei Patienten ohne Betablocker erfolglos waren.

Die andere Studie rund um Dr. Tamimi untersuchte die Effek-

te von Protonenpumpenhemmern auf die Osseointegration von Zahnimplantaten. Auch hier war bereits bekannt, dass sich die Medikamente, die vor allem bei Sodbrennen verschrieben werden, negativ auf den Knochenmetabolismus auswirken. Untersucht wurden 1.773 Patienten mit 799 Implantaten im Zeitraum von 2007 bis 2015, wobei 58 Patienten (133 Implantate) Protonenpumpenhemmer einnahmen und 741 Patienten (1.640 Implantate) nicht. Dabei kam die gleiche statistische Analyseverfahren zur Anwendung. Die Studie ergab, dass Patienten, die Medikamente gegen Sodbrennen einnehmen, ein 6,8 Prozent höheres Risiko hatten, Implantate zu verlieren, als Patienten, die die Medikamente nicht nahmen. Hier lag das Verlustrisiko nur bei 3,2 Prozent.

Beide Studien machen deutlich, dass bei Zahnimplantaten die Erfolgsaussichten auch in Abhängigkeit von einzunehmenden Medikamenten betrachtet werden müssen, wobei diese nicht nur negative Auswirkungen auf die Osseointegration haben, sondern auch der Behandlung zuträglich sein können. [DT](#)

Quelle: ZWP online

Orale Migräneauslöser

Forscher stellen erhöhten Bakterienwert im Mund von Migränapatienten fest.

WASHINGTON, D.C. – Migräne kann die Lebensqualität erheblich beeinflussen. Um ein besseres Verständnis für die Ursachen zu erlangen, haben Forscher an der University of California nach möglichen Auslösern gesucht. Dabei konnten bei Schmerzpatienten vermehrt Nitrat aufspaltende Bakterien im Mund gefunden werden. Veröffentlicht wurden diese Ergebnisse jetzt in einem Journal der American Society for Microbiology.

Nitrate zu Stickoxiden im Blut umwandeln, welche wiederum zu Kopfschmerzen führen. Bisher wurde angenommen, dass die Symptome hauptsächlich von nitratreicher Nahrung, wie industriell verarbeitetes Fleisch, Schokolade oder Wein, ausgelöst werden. Ob die Bakterien tatsächlich ein Auslöser oder möglicherweise nur eine Folgeerscheinung der Kopfschmerzen sind, muss allerdings noch genauer untersucht werden. Im nächsten



Für die Studie wurden über 170 Oralproben von sowohl gesunden Menschen als auch unter Migräne leidenden Patienten entnommen. Dabei stellten die Wissenschaftler fest, dass die Teilnehmer mit Migräne erhöhte Werte solcher Bakterien im Mund aufwiesen, die

Schritt wollen die Forscher analysieren, ob es einen Zusammenhang zwischen diesen Nitrat aufspaltenden Bakterien und den verschiedenen Formen von Kopfschmerzen gibt. [DT](#)

Quelle: ZWP online

ANZEIGE

PRIVATPRAXIS

sucht unverbrauchten, talentierten und sehr motivierten Zahnarzt für die weitere Entwicklung des Ordinationsbetriebes. Betriebswirtschaftliche Kompetenz vorteilhaft.

Derzeit:

Anzahl Patienten: 20.000

Anzahl Mitarbeiter: 19

Öffnungszeiten: 7–22 Uhr

Standort: A-4400 Steyr/Oberösterreich

Wir erwarten:
Keine Dampfplauderer

Kontakt: kanduth@gmail.com

Alzheimer-Medikament verschließt Karieslöcher

Wissenschaftler entdecken dentinbildende Eigenschaften von Tideglusib.

LONDON – Bei fast jedem Menschen entwickelt sich im Laufe des Lebens mindestens ein Loch im Zahn. Wer es einmal so weit hat kommen lassen, dem kann nur noch mit künstlichen Füllungen geholfen werden. Forscher haben jetzt allerdings herausgefunden, dass sich ein bestimmtes Medikament positiv auf die Bildung von Dentin im Zahn auswirkt. Tideglusib heißt das Präparat, welches bereits als potenzielles Mittel gegen Demenz an Patienten klinisch

getestet wurde. Ein Team von Wissenschaftlern des Kings College London untersuchte Tideglusib im Zusammenhang mit Zahnregenerierung und konnte erstaunliche Ergebnisse erzielen, die nun in einer Ausgabe des *Scientific Reports* publiziert wurden. In einer Versuchsreihe mit Mäusen wurden biologisch abbaubare Schwämme im besagten Mittel getränkt und in die Zahnlöcher eingesetzt. Anschließend wurde das Loch mit einer schützenden

Schicht überdeckt. Nach sechs Wochen hatte sich der Schwamm komplett aufgelöst und das 0,13mm große Loch vollständig mit Dentin gefüllt. Vorangegangene Studien haben bereits gezeigt, dass das Medikament die Stammzellen anregt und so die Bildung von Dentin beschleunigt wird. Ob dieses Verfahren auch zur Regeneration größerer Löcher dient, wollen die Wissenschaftler nun untersuchen. [DT](#)

Quelle: ZWP online

Bisphosphonate und andere antiresorptive Medikamente

Relevante Aspekte für den zahnärztlichen Praxisalltag. Von PD Dr. Dr. Heinz-Theo Lübbers, Winterthur, Schweiz.

In den letzten zehn Jahren ist das Thema „Bisphosphonate“ im zahnärztlichen Behandlungsalltag zunehmend wichtiger geworden. Neben den bekannten Kiefernekrosen als schwerwiegendes therapeutisches Problem stellt sich vor allem die Frage, ob und wie zu deren Vermeidung bei Patienten mit einer entsprechenden Medikamentenanamnese vorgegangen werden muss. Braucht es spezielle Abklärungen, angepasste Therapiekonzepte oder zumindest begleitende Maßnahmen? Der vorliegende Artikel soll für die häufigsten Fragen im zahnärztlichen Alltag Lösungen aufzeigen.

Einleitung

Der Begriff der „antiresorptiven Therapie“ umschreibt eine medikamentöse Behandlung, welche durch ihre Beeinflussung des Knochenstoffwechsels zu einer „Verdichtung“ des Knochens führt. Eingesetzt wird diese Therapie sowohl bei malignen Tumoren (v.a. multiples Myelom, Mamma- und Prostata-Karzinom) als auch bei der Osteoporose und dem Morbus Paget.¹ Die hierbei eingesetzten für Zahnärzte relevanten Medikamentengruppen sind Bisphosphonate und monoklonale Antikörper (Tab. 1).

Ihr Wirkmechanismus unterscheidet sich je nach eingesetztem Medikamententyp und ist im Detail auch nicht vollständig geklärt. Allen diesen Medikamenten ist jedoch gemein, dass sie den Knochenstoffwechsel vorwiegend durch Hemmung der Osteoklasten so verän-

dern, dass eine positive Bilanz zugunsten des Knochenaufbaus entsteht. Besonders stark ist dieser Effekt konsequenterweise in Bereichen mit erhöhtem Turnover (Tumormetastasen, Traumata).² Einfach gesagt und auch klinisch-chirurgisch beobachtbar, resultiert ein sehr kompakter, kaum durchbluteter

len.³ Für diese hat sich heute die offener Bezeichnung der „medikamenten-assoziierten Osteonekrose des Kiefers“ (engl. „medication-related osteonecrosis of the jaw“ = MRONJ) durchgesetzt. Die Behandlung der MRONJ ist in jedem (!) Stadium anspruchsvoll und benötigt umfassendes Know-how. Auch bei optimaler

Prozent mit gezielter Inspektion.^{1,7} Man muss davon ausgehen, dass diese Tatsache insbesondere der oft völligen Schmerzlosigkeit der Läsionen geschuldet ist. Dies ist jedoch selbstverständlich überhaupt kein Grund, entsprechende Nekrosen nicht aktiv zu suchen oder sie bei Entdeckung gar zu ignorieren.

zu sanierenden Foci gemäß¹ gibt Tabelle 4.

Unstrittig ist auf jeden Fall, dass eine Vorstellung beim Zahnarzt oder MKG-Chirurgen zur Herdabklärung und Sanierung durchgeführt werden muss. Dies natürlich grundsätzlich vor Beginn der antiresorptiven Therapie. Hierzu wurde auch ein entsprechender Laufzettel der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie entwickelt.⁹ Er kann für die entsprechende zahnärztliche/fachärztliche Abklärung zur Anwendung kommen.¹ Wurde die Herdabklärung vor Therapiebeginn „verpasst“ oder war sie z.B. aufgrund hoher Dringlichkeit bei der Behandlung der Grunderkrankung nicht rechtzeitig durchführbar, so sollte sie schnellstmöglich nachgeholt werden.

Die Rolle der DVT

Mit der Entdeckung der Röntgenstrahlung¹⁰ und dann vor allem der Einführung der Computertomografie¹¹ wurde die Beurteilung der individuellen Patientenanatomie möglich.¹² Für die Zahnmedizin bahnbrechend war diesbezüglich die Digitale Volumentomografie (DVT).¹³ Sie ist mittlerweile breit verfügbar und ermöglicht bei zunehmend geringer Strahlenbelastung die dreidimensionale Darstellung von Hartgeweben mit Ortsauflösungen von unter 0,1 mm.¹⁴ Aufgrund dieser Eigenschaften ist die DVT Bildgebungsmethode der Wahl für immer mehr Situationen in der Zahnmedizin.^{15,16} Zur initialen Standortbe-

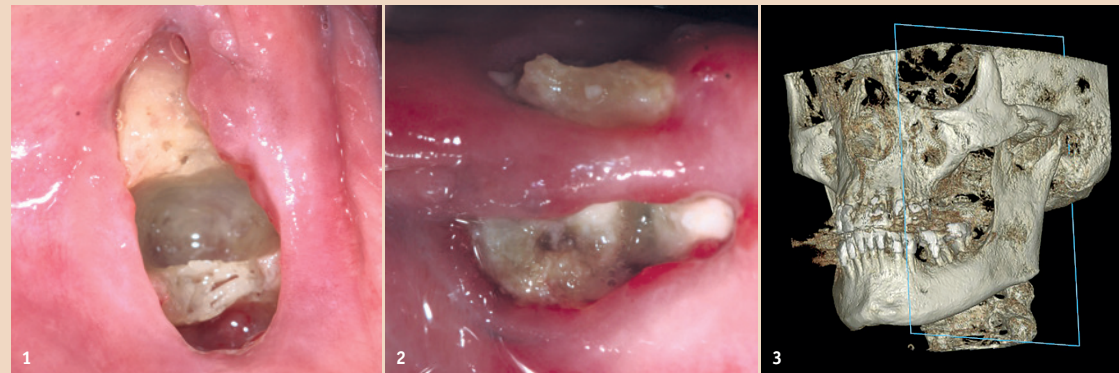


Abb. 1: Nicht heilende Extraktionsalveole einen Monat nach Zahnextraktion unter Bisphosphonaten (zehn Jahre i.v.-Gabe wegen Osteoporose). Typisch kreidig weißlicher Knochen. – Abb. 2: Befund aus Abbildung 1. Nun gut ein halbes Jahr später. Weiterhin keine adäquate Heilung. Knochen zwischenzeitlich grünlich verfärbt. Ein operativer Verschluss wird von der Patientin abgelehnt. – Abb. 3: Radiologische Kontrolle einer nicht behandelten Jochbeinfraktur links zwölf Monate nach dem Trauma. Frakturspalten bei nicht adäquater Knochenheilung unverändert gut abgrenzbar. (Patientin unter oralen Bisphosphonaten seit zwei Jahren.)

Knochen, welcher mechanisch stabil und außerdem widerstandsfähig gegen Tumormetastasen ist.

Der (zahnmedizinische) Preis ist bekanntermaßen eine verminderte biologische Widerstandsfähigkeit des Knochens. Schon bei vergleichsweise banalen Traumata wie Zahnextraktionen ist die Regenerationsfähigkeit des Kieferknochens unter Umständen überfordert. 2005 wurde erstmals über „bisphosphonatinduzierte“ Kieferknochennekrosen berichtet, welche äußerst schlecht hei-

lung ist aber mit höheren Rezidivraten als bei anderen Knochenkrankungen zu rechnen.¹ Konsequenterweise gilt für die MRONJ noch mehr als für andere Erkrankungen: „Vorbeugen ist besser als Heilen.“

Der vorliegende Artikel zeigt, wo und wie im zahnärztlichen Alltag Behandlungskonzepte angepasst resp. ergänzt werden müssen, um Misserfolgen und Komplikationen bei Patienten unter antiresorptiver Therapie vorzubeugen. Er basiert im Wesentlichen auf den mittlerweile zahlreich verfügbaren Richtlinien und Konsensuspapieren.^{1,4-6}

Risikoprofile

Durch die Vielzahl der verfügbaren Medikamente (Tab. 1) ist es oft nicht ganz einfach abzuklären, ob ein Patient überhaupt antiresorptive Medikamente einnimmt. Dazu kommt, dass je nach Häufigkeit und Dosierung verschiedene Risikogruppen unterschieden werden müssen. In der Regel unterteilt man heutzutage die Risikogruppen 1 (meist Osteoporosebehandlungen) bis 3 (vor allem Tumorerkrankungen). Diese Gruppen unterscheiden sich neben dem MRONJ-Risiko auch bezüglich Indikation, Dosierung und Modalität der Medikamentengabe. Die Einteilung ist eine wichtige Entscheidungsgrundlage im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen. Eine Übersicht gibt Tabelle 2. Es gilt allerdings zu beachten, dass die Risiken auch innerhalb der jeweiligen Gruppe noch variieren können. Dies unter anderem deshalb, weil das Risiko mit zunehmender Behandlungsdauer auch bei ansonsten unveränderten Parametern ansteigt. Auffallend ist zudem, dass es eine deutliche Zunahme der beobachteten Osteonekroseprävalenz gibt, sobald gezielt nach solchen gesucht wird. So steigt beispielsweise die Prävalenz einer MRONJ bei Multiplem Myelom von 4,9 Prozent ohne Inspektion auf 20,5

Über die obige Einteilung hinaus hat sich der radiologische Verlauf der Knochenheilung beispielsweise in Extraktionsalveolen als wertvolles und gleichzeitig einfach zu erhebendes Kriterium für die Regenerationsfähigkeit des Knochens erwiesen.

Weitere Kriterien wie z.B. die Messung der Knochendichte⁸ oder auch die Bestimmung von Knochenmarkern im Blut (CTX)¹ haben sich nicht als wissenschaftlich haltbar oder für den klinischen Alltag hilfreich erwiesen.

zahnmedizinisch	Invasive Zahnbehandlungen Parodontale Erkrankungen Lokale Eiterherde Schlecht sitzende Zahnprothesen
medizinisch	Bestrahlungstherapie der Kopf-Hals-Region Chemotherapie Glukokortikoid-Therapie Anämie Dialysepflichtigkeit
patientenseits	Rauchen, Diabetes, Osteoporose Mangelnde Mundhygiene Alter über 65 Jahre

Tabelle 3: Risikofaktoren für die Entstehung einer MRONJ.^{4,32}

Herdabklärung vor antiresorptiver Therapie

Kernstück der MRONJ-Prophylaxe ist eine sorgfältige zahnärztliche Abklärung vor Beginn der antiresorptiven Therapie, um bekannte dentale Risiken (Tab. 3) auszuschalten.

Im klinischen Alltag wird dabei immer wieder diskutiert, wie weit die Herdsanierung gehen soll. Sicher müssen akute und chronische Herde saniert und die Mundhygiene optimiert werden.⁴ Unauffällige wurzelgefüllte Zähne und auch Zahnimplantate können hingegen problemlos verbleiben. Avitale Zähne sollten einer Wurzelkanalbehandlung unterzogen werden.¹ Schwieriger wird die Entscheidung bei klinisch unauffälligen apikalen Veränderungen an wurzelgefüllten Zähnen. Einen Überblick über die

stimmung ist die DVT erwägenswert aber der klinischen Untersuchung nachgeordnet. Je nach klinischer Fragestellung^{17,18} kommt sie aber zur sicheren und umgehenden Fokuserkennung eher großzügiger zur Anwendung als bei Patienten ohne antiresorptive Therapie. Ab Stadium I der MRONJ ist eine dreidimensionale Bildgebung empfohlen. Dies insbesondere, wenn eine operative Therapie im Raum steht resp. konkret geplant ist.¹

Grundsätze der Behandlung bei laufender antiresorptiver Therapie

Insbesondere dentoalveoläre Operationen sind der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Osteonekrose. In über der Hälfte der Fälle war verschiedenen Studien zufolge eine Zahnextraktion Auslöser

BISPHOSPHONATE	
Wirkstoff	Markenname
Alendronsäure/Alendronat	Fosamax®, Fosavance®, Tevanate®, Tevabone®, verschiedene Generika
Ibandronsäure/Ibandronat	Bondenza®, Bondronat®, Bonviva®, Destara®, verschiedene Generika
Risedronsäure/Risedronat	Actonel®, verschiedene Generika
Zoledronsäure/Zoledronat	Aclasta®, Zoledro-Denk®, Zometa®

MONOKLONALE ANTIKÖRPER	
Wirkstoff	Markenname
Bevacizumab	Avastin®
Denosumab	Prolia®

Tabelle 1: Übersicht über die gebräuchlichsten Wirkstoffe und Markennamen (Deutschland, Österreich und Schweiz) hinter denen sich für die Zahnmedizin relevante antiresorptive Medikamente verbergen.

Risikoprofil	Indikation der antiresorptiven Medikation	Dosierung	Prävalenz von Kieferosteonekrosen
Niedrig	primäre Osteoporose	oral (z. B. Alendronat) oder i.v. (z. B. Zoledronat 5 mg alle 12 Monate)	0,1% BP-Medikation < 4 Jahre: 0,04 % BP-Medikation > 4 Jahre: 0,21 % Tw. Prävalenzen bis 4% beschrieben!
Mittel	Therapie-induzierte Osteoporose	i.v. (z. B. Zoledronat 4 mg alle 6 Mo.)	1 %
Hoch	Ossäre Metastasen solider Tumore, Multiples Myelom	i.v. (z. B. Zoledronat 4 mg alle 4 Wochen)	1 bis 19 %

Tabelle 2: Risikoprofile bei der Einnahme antiresorptiver Medikamente.¹



Blutstillung und Reduktion der Bakteriämie-Gefahr

Nicht nur bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem eine Option.

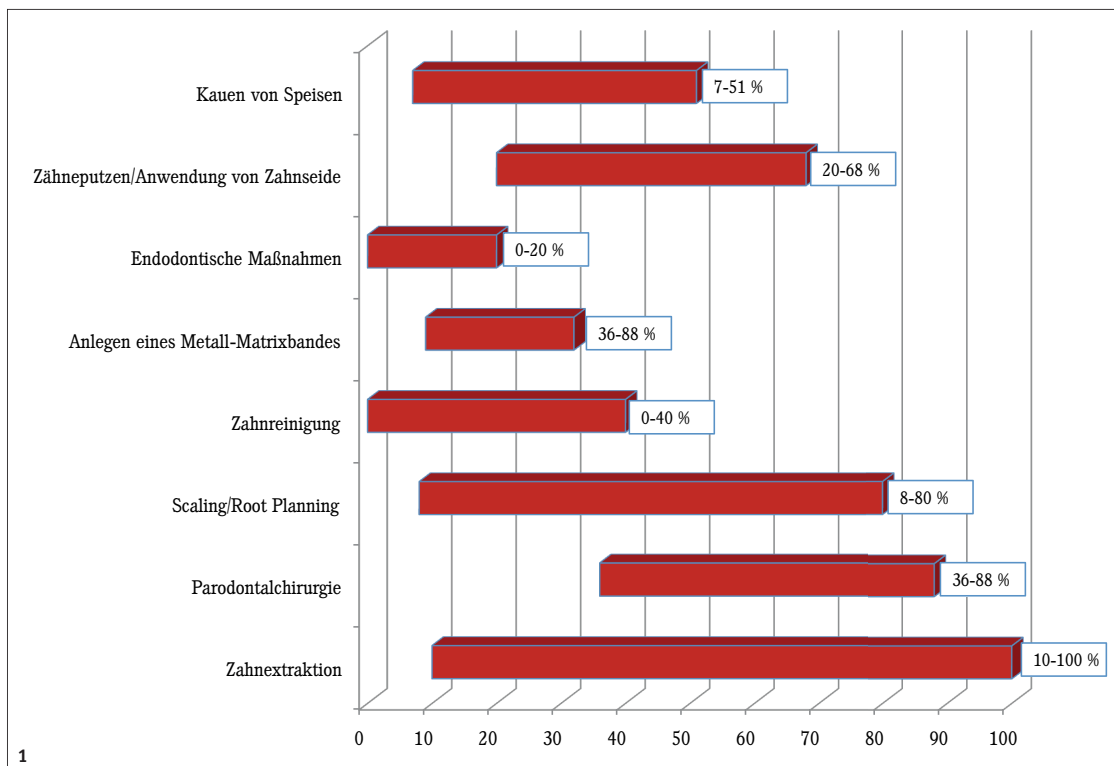


Abb. 1: Prävalenz von Bakteriämien, ausgelöst durch zahnärztliche und alltägliche Maßnahmen im Mundraum.

Die verbesserte Lebensqualität und die moderne Medizin führen mittlerweile merklich zu einem Anstieg der Zahl älterer Risikopatienten in der Zahnarztpraxis. Die Mundhöhle stellt bei ihnen eine der wichtigsten Eintrittspforten für Mikroorganismen in den Blutkreislauf und damit in den gesamten Körper dar. Zahlreiche Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen Entzündungen des Zahnhalteapparates (Parodontitis) und schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Neben dem Verschlucken und Einatmen

der Erreger wird der Bakteriämie eine zunehmende Rolle zugesprochen. Die Folgen des Eindringens der Bakterien in die Blutbahn variieren je nach Gesundheitszustand des Patienten von praktisch unbemerkt bis zu gravierend. Schon kleine Verletzungen der Gingiva oder Mukosa (z.B. beim Scalen oder auch ausgelöst durch andere Maßnahmen während der professionellen Zahnreinigung) können die Ursache sein.

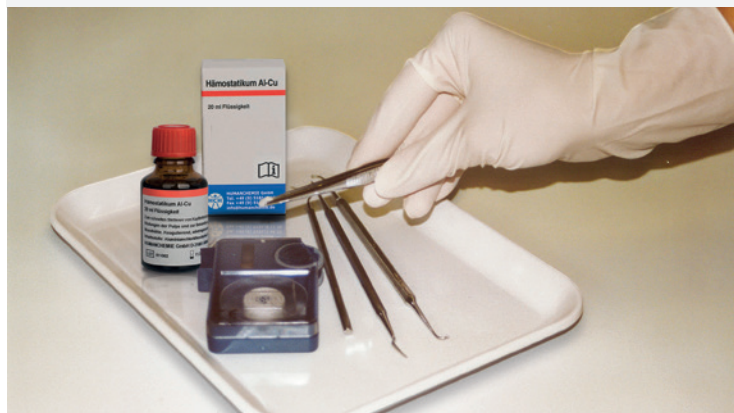
Selbst Zähneputzen und die Reinigung der Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Interdentalbürsten kann zu Kapillarblutungen führen. Durch einfache Maßnahmen

kann dieses Risiko – und damit auch die Gefahr einer Bakteriämie – minimiert werden.

Kleinere Blutungen können mit Hämostatikum Al-Cu gestoppt werden. Das Hämostatikum Al-Cu wirkt durch Koagulation und sistiert schnell Blutungen der Gingiva, der Haut und der Pulpa. Die sofortige Wirkung beruht auf Aluminium- und Kupfersalzen mit kleinen, schnell diffundierenden Anionen. Es wirkt adstringierend und aufgrund der Kupferdotierung keimreduzierend. Damit wird die Gefahr einer Bakteriämie deutlich verringert.

Zahnarzt Dr. Lutz Knauer verwendet seit vielen Jahren Hämostatikum Al-Cu.

„In meiner Praxis setze ich Hämostatikum Al-Cu bereits seit vielen Jahren für alle kleineren Blutungen ein. Da die wässrige Lösung sehr dünnflüssig ist, werden Blutungen auch an sonst schwieriger erreichbaren Stellen erfolgreich gestoppt. Am liebsten verwende ich einen mit Hämostatikum Al-Cu getränkten Wattepinzel, aber auch Retraktionsfäden oder Wattlepells kommen zum Einsatz. So erzielen wir einen sehr guten Kontakt der Abformmaterialien, das freut auch die Zahntechniker.“



Anwendung in der Praxis:

Die wässrige Lösung wird – je nach Anwendungsfall – mittels Wattetupfer bzw. Papierspitze unter leichtem Druck auf die blutende Region aufgebracht. Da Hämostatikum Al-Cu sehr dünnflüssig ist, erreicht man so auch schwer zugängliche Bereiche im Interdentalraum.

Die Problematik des Wiederaufbrechens der bereits gestoppten Blutung ist unbekannt. Ein sauberes, unblutiges Scalen, aber auch ein

problemloser Kontakt mit Abformmaterialien wird dadurch ermöglicht.

Bei infektionsgefährdeten Patienten empfiehlt sich auch im Zuge der professionellen Zahnreinigung – vor dem Ausspülen – eine kurze Touchierung mit einem mit Hämostatikum Al-Cu getränkten Wattebausch, um die kleineren Blutungen zu stoppen. Gleichzeitig wird hierbei auch die Keimbelastung reduziert.



Abb. 2–4: Sofortige Blutstillung mit Hämostatikum Al-Cu.

Hämostatikum Al-Cu

Stoppt die Blutung, reduziert die Keime

- stoppt nachhaltig Kapillarblutungen der Gingiva, Haut und Pulpa
- für ein sauberes, unblutiges Scalen
- keine Wechselwirkung bei vielen Abformmaterialien
- keimreduzierend - minimiert die Gefahr einer Bakteriämie



Nicht mit anderen Rabattaktionen kombinierbar.
Bei der Abwicklung über Ihren Großhändler sind wir Ihnen gern behilflich.

*alle Hämostatikum Al-Cu-Packungen bis 31.03.2017 20 % günstiger



HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH · Hinter dem Krüge 5 · DE-31061 Alfeld (Leine)
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33 · Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
E-Mail info@humanchemie.de · www.humanchemie.de