

Inhalt

- [Festsitzendes Langzeitprovisorium in Verbindung mit einer Glasfaserverstärkung](#)
- [Die „Professionelle Zahnreinigung“ mit dem Vector®-System](#)
- [Semipermanente Schienung](#)
- [Sprungreparatur mit Auswechseln des Sekundärteils an der Stegverbindung bei implantatgetragendem Zahnersatz](#)
- [Wurzelfüllung mittels lateraler Kondensation oder thermischen Füllverfahrens](#)
- [Teleskopversorgung oder Kronen und Modellguss?](#)
- [Prophylaxe bei Diabetes mellitus](#)
- [Apoplexie](#)

Festsitzendes Langzeitprovisorium in Verbindung mit einer Glasfaserverstärkung

Autor: Cornel Weber

Ein laborgefertigtes Langzeitprovisorium kann sechs bis zehn Monate und länger getragen werden. Werden ein oder mehrere fehlende Zähne ersetzt, ist die Konstruktion mit einer Armierung zu verstärken. Zu beachten ist dabei, dass der Zahnersatz nicht überdimensioniert wird und wir trotzdem eine ausreichende Stabilität erhalten: Mit Glasfasern als einer Art Gerüst, welches dann mit Verblendkunststoff über Überschichttechnik verblendet wird, erhalte ich diese Voraussetzungen, und das Provisorium kann ähnlich dem definitiven Zahnersatz getragen werden.

Eingesetzt mit Temporärzement, ist dieses Langzeitprovisorium eine verlässliche Möglichkeit, den ästhetischen und den medizinischen Aspekt (Einheitszeit, entsprechende Kontrollen) in einer Versorgung zu vereinen.

Arbeitsschritte, Indikation und Vorteile siehe nächste Seite

Die Arbeitsschritte:

- Sägemodellherstellung und Artikulation
- Herstellung des Glasfasergerüsts:
 - Die Brückenglieder werden durch einen Glasfaserstrang zwischen den Pfeilerkronen überbrückt, dessen Durchmesser beträgt 3 mm.
 - Die Pfeilerzähne werden mit einem circa 0,4 mm starken Käppchen überzogen.
 - Nach der Aushärtung wird der Randbereich um 1/3 zurückgeschliffen und mit Verblendwerkstoff ergänzt.
- Das erstellte Gerüst wird mit Kunststoffverblendmaterial in die gewünschte Form und Farbe überschichtet. (Alternativ kann das Gerüst nach Erstellung eines Wachsup und einer Silikondublierform mit zahnfarbenem Kaltpolymerisat überpresst werden.)
- Ausarbeitung, Einarbeitung der Oberflächenstruktur und Reokkludierung des Langzeitprovisoriums
- Politur mit einer Polierpaste für Kunststoffverblendungen, um die Oberflächenstrukturen nicht zu entfernen.

Indikation:

- Front- und Seitenzahnbrücken
- Kronen im Front- und Seitenzahnbereich
- Implantatversorgungen
- Tragedauer bis 3 Jahre nach unserer Erfahrung

Vorteile:

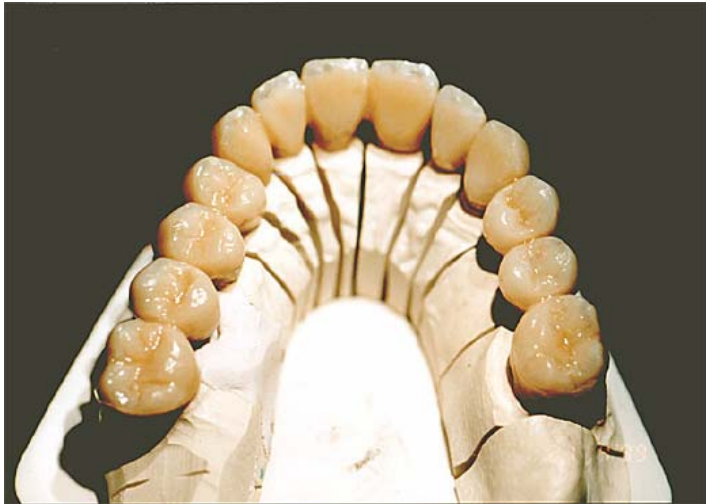
- sehr gute Ästhetik
- exakter Randschluss
- keine Bruchgefahr; Biegefestigkeit des Gerüsts bis 900 MPa
- leichte Abnehmbarkeit durch temporäre Zementierung,
Empfehlung: eugenolfreien Zement verwenden wegen eventueller späterer Vollkeramikversorgung

Zu beachten:

- Das Glasfasergerüst darf die Schleimhaut nicht berühren, es muss überschichtet werden
- Die Ausarbeitung des Glasfasergerüsts nur mit Absaugung und Atemschutz durchführen

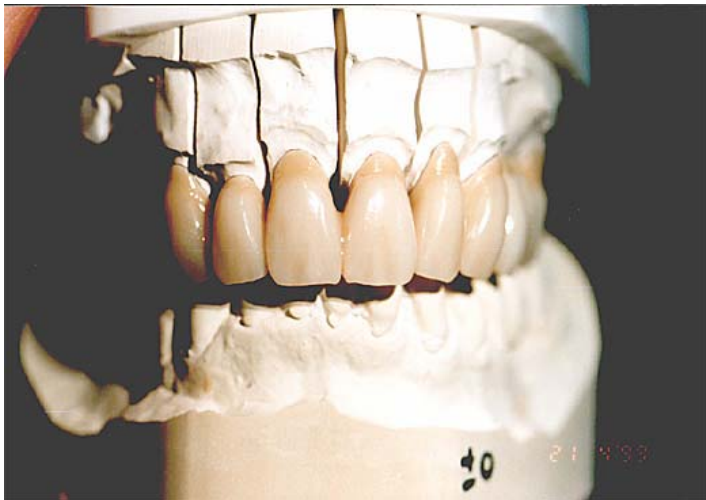
**Abb. 1**

UK, 32–43 Langzeitprovisorium mit Glasfaserarmierung auf Implantaten regio 32 und 43, zementierbar,
Brückenglieder 31, 41, 42

**Abb. 2**

OK, 14–17, 13–26 Langzeitprovisorium mit Glasfaserverstärkung, kunststoffverblendet, zementierbar, Brückenglieder 15, 21, 22, 24, 25

[Download: Abrechnungsbeispiel OK 14-17, 13-26 Langzeitprovisorium](#)

**Abb. 3**

OK, 13–23, 24–26 verblockt, Langzeitprovisorium mit Glasfaserverstärkung, kunststoffverblendet, zementierbar

[Download: Musterangebot OK 13-21-23 Langzeitprovisorium](#)



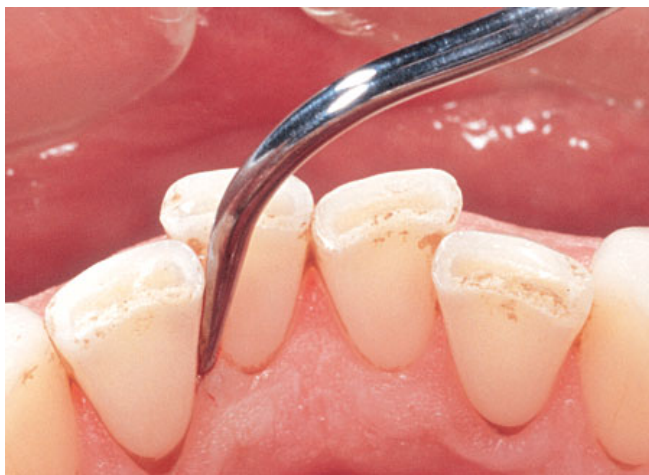
Die „Professionelle Zahnreinigung“ mit dem Vector®-System

Autorin: Christa Napholz

Für die „Professionelle Zahnreinigung“ bietet das Vector-System unterschiedliche Möglichkeiten zur schonenden und dennoch effektiven Reinigung der empfindlichen Zahnoberflächen.

Um hartnäckigste Auflagerungen schnell entfernen zu können, arbeitet das Vector-System mit einem speziell entwickelten **Scaler-Handstück**. Gegenüber herkömmlichen Scälern wurden beim Vector-Scaler sechs statt bisher vier piezokeramische Scheiben als Ultraschallmotor eingebaut. Dieses Handstück setzt die erhöhte Ultraschalleistung direkt auf das spezielle Vector-Pro-Scaler-Instrument um. Durch die Flüssigkeitsführung im Inneren des Instrumentes kann wie bei dem schwingungsumgelenkten PA-Handstück die sonst übliche Aerosolbildung nahezu vollständig vermieden werden. Dadurch ist weiterhin der gleichzeitige Einsatz von Polierpartikeln möglich. Diese Zugabe von **Hydroxylapatit** macht eine anschließende Politur der Glattflächen häufig überflüssig.

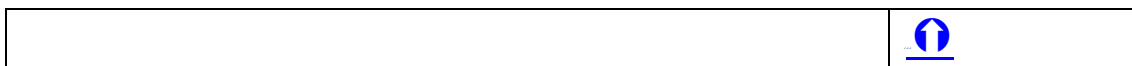
Zur Entfernung von supragingivaler Plaque und Verfärbungen stehen dem Vector-Anwender verschiedene Instrumente zum Einsetzen ins Vector-PA-Handstück zur Verfügung. Mit speziellen Faserverbund-, Kunststoff- oder Metallinstrumenten und gleichzeitiger Zugabe von Fluid polish (Hydroxylapatit) können sämtliche Zahnoberflächen insbesondere ohne die Gefahr von Weichgewebsverletzungen oder irreversiblen Schädigungen an Initialkaries-Läsionen sanft und gründlich gereinigt werden.



Quelle: www.duerr.de

[Download: Abrechnungsbeispiel professionelle Zahnreinigung](#)

[Download: Patientenerklärung](#)



Semipermanente Schienung

Autorin: Heike Herrmann

Die Indikation für eine semipermanente Schienung kann aus chirurgischen wie auch aus parodontologischen Gründen zwecks Stabilisierung gelockerter, aber erhaltungswürdiger Zähne gegeben sein. Die Zähne werden in der Regel angeätzt, danach werden sie mittels Kunststoff miteinander verbunden. Zusätzlich kann ein Draht oder ein Glasfaserband (Ribbond) zur stärkeren Stabilisierung eingearbeitet werden. Die Materialkosten für das Glasfaserband können, wenn es sich um eine Abrechnung nach GOÄ (Ä2698) gehandelt hat, zusätzlich berechnet werden. Im Rahmen der GOZ-Abrechnung (GOZ-Position 707) können die Materialkosten für Verstärkungen gemäß BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az: III ZR 264 03) nicht berechnet werden.

Chirurgie

- **Ä2698** – Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer:
1,0fach: 87,43 € / 2,3fach: 201,09 €

Die Ä2698 wird je Kiefer berechnet.
- Für zusätzliches Einarbeiten eines Glasfaserbandes oder einer Ligatur als selbständige Maßnahme wäre die **Ä2697** – Anlegen von Drahtligaturen, ... oder dergleichen – denkbar:
1,0fach: 20,40 € / 2,3fach: 46,92 € / 3,5fach: 71,40 €,

je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich,

zuzüglich Materialkosten gemäß § 10 Abs. 1 der GOÄ für Kunststoff und Glasfaserband.

Berechnung nach GOZ – z. B. im Rahmen einer parodontalchirurgischen Behandlung

GOZ 707 – Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum

- Beispiel:

Die Zähne 33–43 sollen geschient, zusätzlich soll ein Glasfaserband eingearbeitet werden.

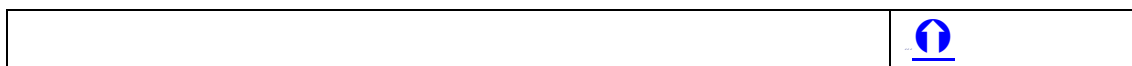
GOZ 707 – 5 x: je Interdentalraum, wenn die Schienung lingual jeweils bis zum 3er geht. (Geht die Schienung über den 3er hinaus, dann zusätzliche Interdentalräume beachten!)
1,0fach: 5,06 € je Interdentalraum, 2,3fach: 11,63 € je Interdentalraum,
3,5fach: 17,71 € je Interdentalraum.
Faktor 3,5 – Begründung: Zusätzliche Retention durch Glasfaserband, daher erhöhter Zeitaufwand und Schwierigkeit.

Abrechnung der Entfernung oder Wiederbefestigung einer gelösten Schiene siehe nächste Seite

Die **Entfernung einer fest eingesetzten Schiene** oder die **Wiederbefestigung einer gelösten Schiene** wird nach GOÄ abgerechnet – unabhängig davon, ob sie zu chirurgischen oder parodontalchirurgischen Zwecken eingesetzt wird: anzusetzen **nach Ä2702**, je Kiefer (2,3facher Satz: 40,23 €).

Wird eine Schiene **komplett entfernt und wieder erneuert**: für die Entfernung **Ä2702** und erneut **GOZ 707 bzw. Ä2698**.

Beim gesetzlich versicherten Patienten steht die **Bema-Position K 4** – semipermanente Schienung, je Interdentalraum – zur Verfügung. Diese Position wird über das Kieferbruchformular beantragt und abgerechnet. Materialkosten für Kunststoff können zusätzlich berechnet werden, dazu sind dringend die einzelnen KZV-Unterschiede zu beachten. Die Entfernung der Schiene wird auch nach Ä2702 berechnet, jedoch mit einem für den Bema abgewerteten Betrag.



Sprungreparatur mit Auswechseln des Sekundärteils an der Stegverbindung bei implantatgetragendem Zahnersatz (Andersartige Versorgung)

Autorin: Andrea Zieringer

Fallbeschreibung

Ein Patient kommt mit seinem wiederherstellungsbedürftigen implantatgetragenen Zahnersatz in die Praxis, der im Unterkiefer einen Sprung aufweist. Dabei wird festgestellt, dass das Sekundärteil der Stegverbindung ausgetauscht werden muss.

Befund-/Behandlungsplanung

Befund	f	e	e	e	e	t	t	e		e	e	t	t	e	e	e	f
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f	e	e	e	e	i	e	e		e	e	i	e	e	e	e	f

Planung

- Seit mindestens 10 Jahren kommt der Patient zur regelmäßigen jährlichen Vorsorge und kann eine gute Mundhygiene vorweisen.
- Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass Wiederherstellungsmaßnahmen an Suprakonstruktionen eine andersartige Versorgung darstellen, da der Befund „atrophierter Kiefer“ nicht diagnostiziert werden kann. Es wird nach Maßgabe der GOZ/GOÄ abgerechnet.
- Nach Festzuschuss-Bewilligung durch die Krankenkasse, Vorliegen der Behandlungseinwilligung und schriftlicher Aufklärungsbestätigung über die Kosten wird mit der Behandlung begonnen.

Leistungsbeschreibung (Therapieplanung)

- Wiederherstellungsmaßnahmen an implantatgetragendem Zahnersatz
- UK Sprungreparatur
- Austauschen eines Sekundärteils eines Stegverbindungselementes
- Andersartige Versorgung

Festzuschuss

7.7 Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion.

Hinweis

Bei der Gewährung von Festzuschüssen für implantatgetragenen Zahnersatz wird zwischen Erstversorgung und erneuter Versorgung/Wiederherstellungsmaßnahme unterschieden: Handelt es sich um eine Erstversorgung, so gilt der Befund für die Festzuschussfestsetzung vor der Implantatsetzung. Wird eine erneute Versorgung oder eine Wiederherstellungsmaßnahme notwendig, ist die Befundklasse 7 gültig.

Der Festzuschuss 7.7 kann auch dann gewährt werden, wenn – wie in diesem Fall – keiner der in der ZE-Richtlinie Nr. 36 genannten Ausnahmefälle zutrifft.

Suprakonstruktionen sind generell als andersartige Versorgung zu werten, Ausnahmen bilden lediglich die in der ZE-Richtlinie Nr. 36 beschriebenen Fälle (Einzelzahnlücke und atrophierte Kiefer unter bestimmten Voraussetzungen).

[Download: Berechnung des Eigenanteils und Behandlungsvereinbarung](#)

Abrechnung Heil- und Kostenplan

Andersartige Versorgung:

- Bei einer andersartigen Versorgung findet die gesamte Abrechnung nach Maßgabe der GOZ statt. Es erfolgt Direktabrechnung: Der Patient erhält die Rechnung über den Gesamtbetrag, diesen bezahlt er an den Zahnarzt. Der Festzuschuss wird seitens der gesetzlichen Krankenkasse direkt an den Patienten (Direkterstattung) ausbezahlt.
- Bei der Erstellung der Eigenanteilsrechnung für den Versicherten erfolgt **kein Abzug** der möglichen Festzuschüsse.
- Der Festzuschuss wird vom Zahnarzt nicht über die KZV abgerechnet.

Patienteninformation:

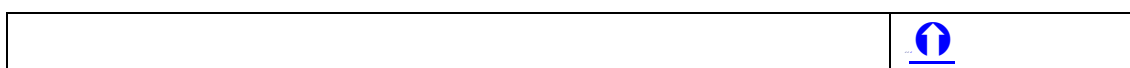
Der Rechnung kann ein Begleitschreiben beigelegt werden, das den Patienten über den Ablauf der Kostenerstattung (Direkterstattung durch die gesetzliche Krankenkasse) informiert.

Begleitleistungen:

- Alle Begleitleistungen würden auch bei der Regelversorgung anfallen, deshalb werden diese Sachleistungen über die Krankenversichertenkarte abgerechnet.

[Download: Heil- und Kostenplan](#)

[Download: Eigenanteilsrechnung](#)



Wurzelfüllung mittels lateraler Kondensation oder thermischen Füllverfahrens

Autor: Dr. Gordian Hermann

Neben Neuerungen innerhalb der Kanalaufbereitung ist es in den letzten Jahren zu innovativen Veränderungen im Füllungsbereich gekommen. Da hier ein sehr rasanter Fortschritt zu verzeichnen ist, ist es nahezu unmöglich auf einzelne Methoden einzugehen. Vielmehr gilt es festzuhalten, in welcher Weise eine konventionelle Wurzelfüllung zu erfolgen hat. – Alle Weiterentwicklungen sind damit zwangsläufig die innovativen Verfahren.

Eine konventionelle Wurzelfüllung erfolgt nach abschließender Aufbereitung und Kanaltrocknung entweder mit einem reinen Pastensystem, z. B. durch Füllung mittels Lentulo, oder aber durch eine Kombination von Paste (Sealer) und auf die Aufbereitung abgestimmten Wurzelstiftsystemen – in der Regel aus Guttapercha.

Bei den innovativen Systemen, z. B. der thermischen Kondensation (lateral oder zentral), wird in der Regel mit speziellen Geräten oder Handinstrumenten eine wesentlich dichtere, aber damit auch aufwendigere Wurzelfüllung erreicht. Trotzdem bleibt es eben eine Wurzelfüllung – die gleiche Leistung, die auch mit konventioneller Technik erbracht würde. Damit ist die Abrechnung solcher Verfahren unter Anwendung des § 6.2 GOZ nach Analogberechnung ausgeschlossen, weil es sich bei der Wurzelfüllung nicht um eine neue Therapie handelt.

Zur Wahl stehen hier nur die Abrechnung mit erhöhtem Steigerungsfaktor oder aber die Honorarvereinbarung unter Anwendung des § 2 Abs. 1 der GOZ. Gerade die aufwendigeren Wurzelfüllungen (im Übrigen auch die Wurzelkanalaufbereitungen) eignen sich hervorragend für die Verwendung der Honorarvereinbarung. Die Behandlung ist planbar, wenn eine Schmerzbehandlung und die initiale Aufbereitung abgeschlossen sind, der Patient wählt unter optimaler innovativer Technik, und es ist ausreichend Zeit zwischen dem Erstellen des notwendigen Heil- und Kostenplans und der Durchführung der Arbeit.

Vorausgehende und begleitende Leistungen siehe nächste Seite

Vorausgehende und begleitende Leistungen

Leistung	Gebührenposition
Vitalitätsprobe	GOZ 007
symptombezogene Untersuchung	GOÄ 5
Beratung	GOÄ 1
Leitungsanästhesie	GOZ 010
Infiltrationsanästhesie	GOZ 009
elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	GOZ 240
Trepanation eines Zahnes	GOZ 239
Entfernen der vitalen Pulpa, je Kanal	GOZ 236
Aufbereitung eines Wurzelkanals	GOZ 241
zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	GOZ 242
medikamentöse Einlage, je Zahn und Sitzung	GOZ 243
Heilinjektion, je Injektion zzgl. Kosten für Medikamente	GOÄ 252

Abzurechnende GOZ-Position

- GOZ-Ziffer 244 „Füllen eines Wurzelkanals“:

Begründungen für die Anwendung eines über den 2,3fachen Satz hinausgehenden Steigerungsfaktors siehe nächste Seite

Begründungen für die Anwendung eines über den 2,3fachen Satz hinausgehenden Steigerungsfaktors:

- erhöhter Zeitaufwand durch laterale Kondensation
- erhöhter Zeitaufwand durch thermische Kondensation
- Abzweigung im Kanalverlauf
- schwer zugänglicher Wurzelkanal
- besonders schwierige und aufwendige Wurzelfüllung wegen Anwendung von ...
- extrem gekrümmter Wurzelkanal
- Stufenbildung im Kanalverlauf

[Download: Beispiel für eine Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ](#)



Teleskopversorgung oder Kronen und Modellguss?

Das Gebiss eines Patienten weist den folgenden Befund auf:

18, 16, 15, 24–28 fehlend,

13, 23 ww

und 14 fehlt mit Lückenschluss.

Was ist hier die Regelversorgung – Teleskopierender Zahnersatz oder Kronen mit Modellgussprothese?

Die Regelversorgung sieht an den Zähnen 13 und 23 Teleskopkronen vor. Da die Zähne 14, 15 und 24–28 fehlen, handelt es sich um eine bis zum Eckzahn verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn unterbrochene Zahnreihe. Dem Patienten stehen daher die Festzuschüsse: 2 x 3.2, 2 x 4.7 und 1 x 3.1 zu.

Festzuschüsse mit Befundbeschreibungen

- 3.1 Alle **zahnbegrenzten Lücken**, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freiendsituationen (Lückensituation II), **je Kiefer**.
- 3.2 a) beidseitig bis zu den Eckzähnen verkürzte Zahnreihe,
b) einseitig bis zum Eckzahn verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn unterbrochene Zahnreihe,
c) beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn unterbrochene Zahnreihe mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch eine Teleskopkrone, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, **je Eckzahn**.
- 4.7 Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15–25 und 34–44), Zuschlag **je Ankerzahn**.



Prophylaxe bei Diabetes mellitus

Autor: Dr. Gordian Hermann

Neueste Untersuchungen in Deutschland haben ergeben, dass bis zu 10 % der Bevölkerung an Diabetes mellitus leiden. Der chronisch erhöhte Blutzuckerspiegel hat massive Folgen für den Allgemeinzustand und – bei schlechter Einstellung – auch auf die Lebenserwartung.

Wissenschaftlich nachgewiesen ist inzwischen, dass schlechte Blutzuckerwerte die Mundgesundheit negativ verändern können, also z. B. einer Parodontitis marginalis Vorschub leisten können.

Umgekehrt ist es aber ebenso möglich, dass ein schlechter Mundhygieniezustand oder gar massive entzündliche Prozesse in der Mundhöhle einen negativen Einfluss auf die internistisch korrekte medikamentöse Einstellung des Diabetes haben.

Es gibt also ausgeprägte Wechselbeziehungen zwischen Diabetes und Mundgesundheit. Bedingt durch diese Erkenntnisse und durch die steigende Zahl der an dieser Krankheit leidenden Menschen gewinnen die Prophylaxe und Behandlung oraler Entzündungen beim Diabetiker immer mehr an Bedeutung. Da Diabetes nicht heilbar ist, sind hier lebenslange Betreuungskonzepte notwendig.

Berechnung

Die beiden Gebührensysteme GOZ und Bema berücksichtigen dies jedoch kaum. In der GOZ gibt es bekanntermaßen nur sehr wenige Gebührenpositionen für prophylaktische Leistungen, für Betreuungskonzepte gibt es im Grunde überhaupt keine definierten Abrechnungspositionen. Die wenigen eventuell heranzuziehenden Gebührensätzen, z. B. im Bereich der zahnärztlichen Prophylaxe, sind noch dazu an komplizierte Abrechnungsbestimmungen gebunden und machen es dem Zahnarzt schwer, diese Leistungen fachgerecht mit einem betriebswirtschaftlich korrekt ermittelten Honorar zu versehen.

Nahezu täglich kommen neue prophylaktische Therapiemöglichkeiten auf den Markt, hier sei nur beispielhaft auf die Möglichkeit der Bakterienanalyse mittels DNA-Test oder die lokale Antibiose, z. B. mit Elyzol-Gel, hingewiesen. Spezielle Prophylaxeprogramme für Diabetiker sind als wissenschaftlich notwendig und sinnvoll ausgewiesen, finden aber keinen hinreichenden Niederschlag in den veralteten Gebührensystemen. Bei der korrekten Liquidation der prophylaktischen Leistungen ist es daher umso wichtiger, die Abrechnungsbestimmungen der vorhandenen Prophylaxepositionen genau zu kennen und anzuwenden, aber auch die Möglichkeiten der GOZ im Bereich des § 2 und des § 6 zu nutzen: die Verlangensleistung und die Analogberechnung.

Hinweis:

Neben der Möglichkeit der Abrechnung als Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ – wie oben angeführt – kann die Berechnung bestimmter bakteriologischer Tests (auch des DNA-Sondentests) ebenso nach Positionen der GOÄ erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass der Laborgebührenrahmen innerhalb der GOÄ ab dem 1,15fachen Satz eine Begründung erforderlich macht und dass eine Gebührenvereinbarung für Laborleistungen nach dem Abschnitt M nicht erlaubt ist.

[Download: Mögliche GOÄ- und GOZ-Positionen](#)

Fortsetzung siehe nächste Seite

Honorarvereinbarung vor der Behandlung

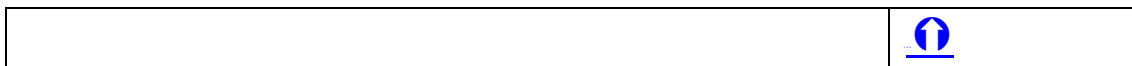
Vor der Durchführung des Betreuungskonzeptes sollte eine Honorarvereinbarung mit dem Patienten getroffen werden. Sie dient zum einen dem Patienten zur Kostentransparenz, zum anderen aber auch der juristisch notwendigen Absicherung des Zahnarztes. Die Honorarvereinbarung erfolgt in der Regel nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 3 GOZ. Diese Möglichkeit kann auch beim Kassenpatienten angewendet werden, denn sie ist an sich die juristisch sauberste Variante eines Heil- und Kostenplanes, da hier keinerlei Rücksicht auf etwaige Gebührenpositionsproblematiken genommen werden muss.

Heil- und Kostenplan für weitergehende Einzelmaßnahmen

Ähnlich wie bei Prophylaxemaßnahmen in anderen Bereichen kann es notwendig werden, weitergehende Maßnahmen, wie beispielsweise die Durchführung bestimmter bakteriologischer Tests, einzuleiten. Dann ist es sinnvoll, eine neue Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ durchzuführen.

[Download: Vereinbarung zur Durchführung eines Betreuungskonzeptes](#)

[Download: Vereinbarung zur Durchführung eines DNA-Sondentests](#)



Apoplexie

Autor: Dr. Heribert Königer

Fallbeschreibung

In die Praxis kommt ein 70-jähriger Patient zur Einprobe seiner Oberkieferprothese – **schwer atmend** und im Gesicht **leicht gerötet**. Nachdem man den recht **adipösen** Mann zunächst im Behandlungsstuhl **flach gelagert** hat, lassen Zahnarzt und Assistentin ihn für zehn Minuten allein: Sie eilen zu einem jungen Notfallpatienten (ausgeschlagener Frontzahn, Kind wurde von der Schulleitung geschickt) in den Röntgenraum, um eine Panoramaaufnahme anzufertigen. Das weinende Kind ist beruhigt, Diagnose und Planung des weiteren Vorgehens sind geklärt – Zahnarzt und Helferin begeben sich also wieder zu dem älteren Patienten ... den sie allerdings zu ihrer Bestürzung neben dem Behandlungsstuhl vorfinden. Er liegt, scheinbar bewusstlos, auf der Seite.

Welche Maßnahme erfordert diese Situation, und welchen Fehler hat das Praxisteam gemacht?

Lösung

Auch ein dringender Notfall rechtfertigt es nicht, einen älteren Risikopatienten allein zu lassen. Die Helferin hätte den Patienten im Auge behalten und ihn insbesondere in **aufrechte Sitzposition** bringen sollen, um ihm die Atmung zu erleichtern. Denn die Hinweise auf das Risiko waren offensichtlich (adipös, schwere Atmung, gerötetes Hautkolorit).

Erstmaßnahmen des Praxisteam

Der Zahnarzt spricht den Patienten an und stellt fest, dass er nicht bewusstlos ist und anscheinend alles verstehen kann, aber nicht in der Lage ist, sich zu äußern. Ferner fällt auf, dass eine Facialisparesie besteht und der Mann eingenässt hat. Spontan kann er den linken Arm und das linke Bein bewegen, nicht aber die rechte Seite, hier besteht eine schlaffe Lähmung. Es stellt sich somit die Verdachtsdiagnose: **apoplektischer Insult mit Aphasie und Halbseitensymptomatik**.

Weitere Maßnahmen

Der Patient wird vorsichtig auf den Rücken gedreht und bekommt Kissen unter den Kopf geschoben. Dann legt der Zahnarzt einen venösen Zugang und infundiert Ringer-Lösung. Die gemessenen Blutdruckwerte ergeben einen Wert von 210/120 mmHg, sodass eine antihypertensive Therapie mit initial 25mg Ebrantil i.v. sowie eine Kapsel Adalat 10mg notwendig werden. Diese Kombinationstherapie ist suffizient, die Blutdruckkontrolle ergibt 160/100 mmHg, die Pulsoximetermessung einen Wert von SPO₂ 96%.

Es erfolgt weiterhin eine Sauerstoffversorgung über eine Life-Way-Maske. Inzwischen hat die Helferin über die Rettungsleitstelle einen Krankenwagen zum Transport ins nächste Krankenhaus angefordert, auch wenn hier keine lebensbedrohliche Situation im eigentlichen Sinne vorliegt. Die Blutdruckentgleisung rechtfertigt aber einen Einsatz des Rettungswagens.

Fortsetzung siehe nächste Seite

Kommentar

Die therapeutischen Möglichkeiten des Arztes/Zahnarztes sind beim Schlaganfallleiden äußerst eingeschränkt. Es gibt keine spezifische medikamentöse Therapie, deren präklinischer Einsatz vorteilhaft erscheint. Dennoch sind einige wichtige Punkte bei diesem vielschichtigen Geschehen zu beachten:

- Immer auf adäquate Sauerstoffversorgung achten (O₂-Maske, Pulsoximeter)
- Lagerungstherapie: Oberkörper 30° hoch, Kopf in Mittelstellung zur Verbesserung des venösen Abflusses
- Normalisierung des Blutdrucks
- Bei Bewusstlosigkeit und fehlenden Schutzreflexen Intubation und O₂-Beatmung

Erklärung zur Abrechnung

Auch in diesem Fall ist es sinnvoller, private Abrechnungsnummern anzusetzen, da der Bema nicht viele Möglichkeiten zur Abrechnung bietet.

[Download: Berechnungsbeispiel Apoplexie](#)



Impressum

Sie haben diesen Newsletter erhalten, weil Sie sich unter www.spitta.de oder einer angeschlossenen Internetseite für den Empfang dieses Newsletters registriert haben.

Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen und Nutzungsrecht finden Sie hier: [AGB](#) und [Nutzungsrechte](#).

Für weitere Informationen, Kritik, Anregungen und Ideen steht Ihnen gerne Andreja Krasnik unter der Telefonnummer 07433 952 343 zur Verfügung. Oder senden Sie eine E-Mail an: andreja.krasnik@spitta.de

Spitta Verlag GmbH & Co. KG, ein WEKA-Unternehmen

Registergericht Amtsgericht Stuttgart, Register-Nr. HRA 410897
Spitta Verlag Beteiligungs GmbH
Registergericht Amtsgericht Stuttgart, Register-Nr. HRA 410859
Geschäftsführer: Thomas Pendele und Dr. Heinz Weinheimer
72336 Balingen

Tel.: 0049 7433 952-0
Fax: 0049 7433 952-111