

BDO-Mitgliederversammlung am 21. März 2009 im Zahnärztheaus Stuttgart

Stabwechsel beim Landesverband der Oralchirurgen – Dr. Marcus Seiler neuer Vorsitzender

Nach siebenjähriger sehr erfolgreicher Tätigkeit als Landesvorsitzender Baden-Württemberg des BDO (Berufsverband Deutscher Oralchirurgen) kandidierte Dr. Martin Zweigart bei den Wahlen zum Vorstand nicht mehr. Langanhaltender Beifall und allgemeine Anerkennung sowie ein Präsent waren Zeichen des Dankes und der Würdigung des Wirkens Zweigarts als scheidender BDO-Vorsitzender.

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau

■ Als seinen Nachfolger wählten die zahlreich erschienenen BDO-Mitglieder Dr. Marcus Seiler mit einem überwältigenden Ergebnis. Mit dem Kollegen Seiler wird der drittgrößte BDO-Landesverband nunmehr nicht nur in Person eines renommierten und anerkannten Oralchirurgen, sondern auch durch einen sehr erfahrenen Standespolitiker mit zahlreichen Tätigkeiten in den zahnärztlichen Körperschaften geführt. Neben Fortbildungsaktivitäten für die baden-württembergischen Mitglieder des Oralchirurgenverbandes sieht Seiler auch die Arbeit in den zahnärztlichen Körperschaften als eine der zentralen Aufgaben seines neuen Vorstandes.

Ihm zur Seite als Stellvertreter wurden Dr. Ulrich Jeggel und Dr. Fridleif Bachner gestellt. In seinem Grußwort des BDO-Bundesvorstandes sicherte Kollege Dr. Ullner (Hessen) die volle Unterstützung der Bundesspitze zu und gab seiner Hoffnung auf ein konstruktives Miteinander Ausdruck.

Vor den Vorstandswahlen fand in dem bis auf den letzten Platz besetzten Vortragssaal im Zahnärztheaus Stuttgart eine hochkarätig besetzte Fortbildung des BDO statt.

Dentale Traumatologie

„Ich darf Ihnen ein Update eines Steckenpferdes von mir geben“, dies die Einführungsworte von Dr. Freytag, tätig in der Abteilung für zahnärztliche Chirurgie der Universitätszahnklinik Frankfurt am Main. In seinem eloquent und fundiert vorgetragenen Referat ging der hessische Oralchirurg zunächst auf „Basics“ ein. So verwies er auf die große Bedeutung, bei der Erstversorgung von Unfallopfern mit Frontzahntrauma bei der Erhebung von Anamnese und Befund auch auf SHT Trauma/zerebrale Mitbeteiligung zu achten, ebenso auf Nachbarzähne/mitbeteiligte Strukturen.

Häufigkeit von FZ-Traumata

Frontzahntraumata sind sehr häufige Ereignisse – Dr. Freytag gab an, dass bei 55 von hundert Kindern es bis zum 16. Lebensjahr zu einem Frontzahntrauma kommt. Bei der ersten Dentition handelt es sich dabei eher um Dislokationsverletzungen, bei der zweiten Dentition hingegen eher um Zahnhartsubstanzverletzungen. Von großer Bedeutung ist es nach Ansicht Freytags, rasch mit der Einleitung einer Primärtherapie zu beginnen und keinesfalls unnötig Zeit verstreichen zu lassen, was sich negativ auf die Prognose der betroffenen Zähne auswirken könnte. Hier sei auch eine Intensivierung der Aufklärungsarbeit in Kindergärten, Schulen und öffentlichen Einrichtungen vonnöten.



Dr. Marcus Seiler

Ziel der Primärtherapie

Bei Zahnfrakturen ist das Hauptziel einer Primärtherapie eine Verhinderung der Infektion des endodontischen (Pulpa-Dentin-)Komplexes, bei Dislokationen hingegen die Replantation und Reposition

von Zähnen, ggf. auch von Alveolarfortsatzanteilen. In diesem Zusammenhang erläuterte der Referent die neue Klassifikation von Frontzahntraumata mit der Unterscheidung von Frakturen und Dislokationen.

Therapie von Frontzahntraumata

Bei breitflächiger Eröffnung der Pulpa gibt der Referent die partielle Pulpotomie (hochtourig) als prognostisch günstiger als den Versuch der direkten Überkappung an. Bei längerer Expositionszeit oder breitflächiger Eröffnung ist nur noch die Apexifikation bei Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum sinnbringend. Eine MTA Barriere (mit Glasfaserstift kombiniert) verringert die ansonsten hohe Frakturhäufigkeit solcher behandelte Zähne wesentlich. Im Vordergrund bei Wurzelquerfrakturen ist die „pulpale Integrität“, eine positive Vitalitätsprobe kann unter Umständen bis zu einem halben Jahr auf sich warten lassen! Wurzelkanalbehandlungen im koronalen Fragment weisen die beste Prognose auf!

Bei Avulsion kann – in geeignetem Medium gelagert – die zelluläre Aktivität der Wurzelzellen des avulsierten Zahnes zwischen einer (Milch) bis zu 24 Stunden (Zahnrettungsbox, unbedingt Doxycyclin dazugeben) erhalten werden. Hier stehen neben der Replantation und einer flexiblen Schienung später endodontische Maßnahmen an. War der Zahn nicht optimal gelagert, sollte man diesen zunächst im Dentosafe (mit Dexamethason) einlagern, nach der Röntgen-Diagnostik Emdogain auf die Wurzeloberfläche bringen und dann den Zahn replantieren (Vorgehen wie vorher). Die endodontische Behandlung des Zahnes stellt auch hier den Schlusspunkt der Behandlung dar. Klare Stellungnahme des Referenten: Ist keine parodontale Rehabilitation/Regeneration und/oder bei weit geöffnetem Apex zu erwarten, dann macht eine Replantation keinen Sinn! Abhängig von der Verweildauer des avulsierten Zahnes und vom Grad des Abschlusses des Wurzelwachstums ist die Verweildauer reponierter Zähne nach 20 Jahren bei ca. 45 % anzusiedeln. Begleitend zu den erwähnten zahnärztlichen Maßnahmen sollte eine postoperative Antibiotikagabe erfolgen: Bei lateralen Dislokationen gibt der Referent immer ein Doxycyclin-Präparat bei erwachsenen Patienten, bei Kindern einen Penicillinsaft.

Eine massive Schädigung des gesamten Systems stellt die Intrusion eines Zahnes dar, hier ist auch auf eine eventuelle Perforation des Nasenbodens zu achten! Nach der chirurgischen Reposition und einer flexiblen Schienung sollte immer eine Antibiotikagabe erfolgen. Bei der Extrusion im Grunde genommen die gleiche Therapie, aber hier kann mit einer Wurzelbehandlung ggf. gewartet und vom Verlauf (RÖ/ViPr) abhängig gemacht werden.

Bei der Nachsorge ist auf Resorptionen zu achten
 – infektiös bedingt (nekrotisches Desmodontalgewebe)
 – von Ersatzgewebe (chronische Entzündungsantwort)
 – die Oberflächenresorption (Zement/Dentin)
 – die interne Resorption

Sollte eine Schienung von Zähnen erforderlich werden, so empfiehlt der Referent hierzu die TTS-Schiene (Titanium Trauma Splint). Mit anderen Schienungsverfahren hat Dr. Freytag keine guten Erfahrungen gemacht.

Abrechnung von GOÄ-Positionen im BEMA 04

Mit Dr. Dr. Alexander Raff ergriff ein sehr versierter Abrechnungsexperte das Mikrofon, u.a. ist Kollege Raff auch Mitherausgeber eines renommierten Abrechnungskommentars. In seinem gut einstündigen Referat ging er zunächst auf die gesetzlichen Grundlagen der Abrechnung von „privaten Gebührenpositionen“ im BEMA ein: Seit 1. Januar 2004 sind GOÄ-Positionen geöffnet, allerdings nur, wenn es hierfür keine BEMA-Position gibt und es sich um eine Kassenleistung handelt und das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wird (Allgemeine Bestimmung Ziffer 3 zum BEMA). Dies kann in folgenden GOÄ-Abschnitten erfolgen („geöffnete Bereiche“): Grundleistungen – Sonderleistungen – HNO-Chirurgie – Histologie.

Konkret konnte Raff folgende für die Praxis relevante „ausgewählte Gebührennummern“ erläutern:

1. Bei den Grundleistungen:
 Verweilen als alleinige Leistung, ohne andere Therapie (z.B. allergische Reaktion) und Konsil, auch telefonisch, aber immer persönlich, nicht in derselben Praxis (7600).

2. Bei den Sonderleistungen:
 Verbände (8200, 8204, 8210), Infusionen, nicht in Zusammenhang mit Narkose (8271, 8272), Punktionen (8300, 8303) und Injektionen (8252, 8255, nicht IH)

3. Bei der HNO:
 Gesamt geöffnet!

4. Bei der Chirurgie:
 Wundversorgung (2000–2008), Gelenk- und Knochenchirurgie, Frakturbehandlung, Chirurgie an der Körperoberfläche (Hautlappenplastik einfach und schwierig, wenn Wundversorgung über das übliche Maß hinausgeht, z. B. erhöhtes Blutungsrisiko) und bei Spalthauttransplantation im Rahmen der präprothetischen Chirurgie (2382, 2382) und tiefliegende Abszesse (2430) und Probeexzisionen (2402, aber nicht neben Zy4 berechenbar), Neurolyse (2583 und 2584), nicht bei reiner Darstellung des Nerven, muss Verlagerung beinhalten.

5. Bei der MKG-Chirurgie:
 Entfernung verlagerter (Weisheits-)Zahn durch umfangreiche Osteotomie und gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen (Nerven/NZ/Bichat-Fettpropf, KH) 2650 und von Fremdkörpern durch Osteotomie aus dem Kiefer (2651), ferner die Einrenkung der UK-Luxation (2680 und 2682), die Reposition eines Zahnes (2685), ggf. mit Alveolarfortsatz (2686), allerdings nicht für die Replantation (BEMA 55). Geöffnet sind auch Schienungen und Drahtligaturen (2697 bis 2699), ggf. auch nach Reimplantation und Reposition, sowie die Verbandsplatte (je Kiefer 2700) und das Wiederanbringen/Änderungen von gelösten Apparaturen (2702).

Eine angeregt geführte Diskussion nach Beendigung seines Vortrages zeigte dem Referenten, dass er mit seinen Ausführungen den „Nagel auf den Kopf“ getroffen hat.

Positiv ist auch das Fazit vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer: „Insgesamt eine gelungene Veranstaltung und ein guter Auftakt für das neue Führungsteam des BDO-Landesverbandes Baden-Württemberg!“ ■

■ KONTAKT

Dr. Georg Bach
 Rathausgasse 36
 79098 Freiburg im Breisgau
 E-Mail: doc.bach@t-online.de