



Vertreter- versammlung der KZVN S. 8 ff.

Welche gesetzlichen Kassen
bezuschussen die professionelle
Zahnreinigung? S. 13

Vertikaler Zahnhartsubstanzverlust –
eine narrative Übersichtsarbeit S. 18 ff.

2023

START



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Über 34.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter **www.kzvn.de** unter dem Menüpunkt "ZäPP" (Login erforderlich) oder **www.kzbv.de/zaepp** · **www.zaep.de**

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Arend Baumfalk 0511 8405-242
Barbara Hertrampf 0511 8405-280
E-Mail panel@kzvn.de

**Abgabefrist verlängert bis
28. Februar 2023**



Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-ths.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

2022 – ein extrem schwieriges Jahr für Europa und auch für Zahnarztpraxen

2023 – neue Chancen nutzen!



Foto: ZKN

Henner Bunke,
D.M.D./Univ. of Florida

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Zuerst möchte ich Ihnen für 2023 auch im Namen des Vorstandes der ZKN alles Gute, Gesundheit und Zufriedenheit im Privaten wie im Beruf wünschen und für Europa einen baldigen Frieden.

Inflation, ausufernde Bürokratie, Fachkräftemangel und die leistungshemmende Budgetierung durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz stellen unsere Praxen vor große Herausforderungen – und das, obwohl nachweislich kein finanzieller Druck durch die Zahnmedizin auf den deutschen Gesundheitssektor in den letzten 20 Jahren ausging. Das in der Prävention erfolgreichste medizinische Fach soll mit dafür büßen, dass die Politik in den letzten Jahrzehnten falsche Weichenstellungen gemacht hat und zusätzliche versicherungsfremde Leistungen über den Gesundheitsfonds finanziert und jetzt ein stattliches Defizit angehäuft hat. Als Ihre Berufsvertretung werden wir nicht ruhen, unsere berechtigten Forderungen dem Verordnungsgeber aufzuzeigen und dazu ergänzend Alternativen für die unter Druck geratene Versorgung auszuarbeiten.

Einen ersten Lichtblick bietet die Analogie in der GOZ – es gab eine historische Einigung zwischen Bundeszahnärztekammer, Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern!

Nachdem es seit 2012 zu keiner inhaltlichen Weiterentwicklung unserer Gebührenordnung für Zahnärzte gekommen ist, geschweige denn zu einer längst überfälligen Steigerung und regelmäßigen Aufwertung des Punktwertes, gab es im Dezember 2022 eine historisch einmalige Einigung über analoge Leistungen in der Parodontitistherapie, basierend auf der S3-Leitlinienumsetzung der zugehörigen deutschen Fachgesellschaft. Damit können nunmehr auch Privatpatienten eine moderne Parodontitisbehandlung erhalten, die auf den Behandlungsempfehlungen der European Federation of Periodontology (EFP) beruhen.

Dies ist für unsere Patienten und unsere Praxen ein erster ganz wichtiger Schritt, auch in der Nutzung der GOZ. Nach 35 Jahren Stillstand müssen wir Zahnärztinnen und Zahnärzte die Gestaltungsmöglichkeiten des Paragrafenteils der Gebührenordnung zukünftig deutlich angemessener nutzen, um unsere Patientinnen und Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln zu können. Dazu kommt, dass die Praxiserträge Investitionen ermöglichen und notwendige Gehaltssteigerungen für unser Fachpersonal abdecken müssen.

Der Winterfortbildungskongress bleibt digital – vorerst.

In den letzten beiden Jahren haben Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit überragenden Anmeldezahlen unser digitales Fortbildungsangebot goutiert. Unter dem Thema „Zahnmedizin für Jung und Alt“ hat unser langjähriger wissenschaftlicher Kongressleiter, Prof. Dr. Thomas Attin, ein umfangreiches Programm zusammengestellt, das Ihnen, unterstützt durch unsere Mediathek, ermöglicht, über einen Zeitraum von 8 Wochen die hochaktuellen Vorträge anzuschauen und neue Erkenntnisse der Wissenschaft in Ihren Praxisalltag zu integrieren. Schauen Sie sich gerne das Angebot auf unserer Kongress-Landingpage www.zkn-kongress.de an, es lohnt sich! Wie im Vorjahr bieten wir Ihrem Fachpersonal an zwei Tagen einen begleitenden Kongress mit Themen aus der Verwaltung, Prophylaxe, Prävention und Pflege einschließlich der Nutzung der Mediathek über 8 Wochen an, sodass auch Ihr Fachpersonal die Vorträge live oder von zuhause aus konsumieren und damit die Kompetenz unserer zahnärztlichen Teams steigern kann.

Ich würde mich freuen, Sie zur Kongresseröffnung am 2. Februar online begrüßen zu können!

Auch zukünftig bleiben Sie bitte mit uns im Kontakt – wir werden Sie unterstützen, wo immer es geht! ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der ZKN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

58. Jahrgang

Monatszeitschrift für niedersächsische Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. des Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Postfach 81 06 61, 30506 Hannover
Tel.: 0511 83391-0, Internet: www.zkn.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover
Tel.: 0511 8405-0, Internet: www.kzvn.de

REDAKTION

ZKN

Dr. Lutz Riefenstahl (lr)
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau
Tel.: 05182 921719; Fax: 05182 921792
E-Mail: l.riefenstahl@gmx.de

KZVN

Dr. Michael Loewener (loe)
Rabensberg 17, 30900 Wedemark
Tel.: 05130 953035; Fax: 05130 953036
E-Mail: m.loewener@gmx.de

Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Tel.: 0511 83391-301; Fax: 0511 83391-106
E-Mail: nzb-redaktion@zkn.de

KZVN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-207; Fax: 0511 8405-262
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de

GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur
Schierholzstraße 27, 30655 Hannover
Tel.: 0511 9569945; E-Mail: info@mqdesign-werbeagentur.de
Internet: www.mqdesign-werbeagentur.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wiedergaben, auch auszugsweise, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. Der Leitartikel wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber u.U. nur eine geschlechterspezifische Form verwendet. Das andere Geschlecht ist selbstverständlich jeweils mit eingeschlossen.

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 03/23: 7. Februar 2023

Heft 04/23: 7. März 2023

Heft 05/23: 11. April 2023

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage zum

- ▶ 6. Tag der Qualitätszirkel der DGI-Deutsche Gesellschaft für Implantologie GmbH bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>



LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida: 2022 – ein extrem schwieriges Jahr für Europa und auch für Zahnarztpraxen 2023 – neue Chancen nutzen!

POLITISCHES

- 4 Lauterbach: Was der „Staatsmediziner“ noch alles „bescheren“ will
- 5 Einstimmiger Beschluss der Vertreterversammlung der KZVN: Stopp mit dem Digitalisierungswahnsinn
- 6 Ausgereizt! Die Spitze des Eisberges
- 8 Vertreterversammlung der KZVN
- 12 Massiver Ärger der KZBV über geplante künftige Finanzierung von TI-Komponenten
- 13 Welche gesetzlichen Kassen bezuschussen die professionelle Zahnreinigung? Neue Umfrageergebnisse der KZBV
- 14 Europäischer Gesundheitsdatenraum: EU-Kommission will europaweiten Zugriff auf Gesundheitsdaten ermöglichen
- 17 Erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risiko durch Parodontitis



FACHLICHES

- 18 Vertikaler Zahnhartsubstanzenverlust – eine narrative Übersichtsarbeit Teil I: Epidemiologie und Diagnostik
- 28 Häusliche Gewalt im zahnärztlichen Blickfeld
- 32 Einführung der personenbezogenen Zahnarztnummern zum 1. Januar 2023: Lebenslänglich
- 34 44 neue ZMV in die Praxen entlassen
- 35 Der Fürsorgeausschuss der Zahnärztekammer Niedersachsen Unterstützung für Kammermitglieder
- 36 Extraktionen plus Herzenswärme – Flüchtlingslager Vial auf Chios: Ein zahnärztlicher Erfahrungsbericht
- 37 GOZ:
 - ZKN-Relevante Rechtsprechung
 - ZKN-Berechnungsempfehlung
- 38 Beratungsforum einigt sich auf analoge Leistungen in der Parodontitietherapie
- 40 Modellrechnungen zu den Auswirkungen der Beschlüsse des Beratungsforums
- 42 Rechtstipp(s)
 - Ausfallhonorare – und wie sie gelingen können
 - Und täglich grüßt das Aufklärungsmurmeltier – zur Verwendung von Aufklärungsbögen im Patientengespräch



TERMINLICHES

- 48 ZAN-Seminarprogramm
- 50 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 50 Termine

PERSÖNLICHES

- 51 Tholuck-Medaille geht im Jahr 2022 an Herrn Dr. Sebastian Ziller, MPH
- 51 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 51 Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

AMTLICHES

- 52 Beschlüsse anlässlich der ordentlichen Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen am 01./02.12.2022
- 58 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 59 Neuzulassungen
- 59 Ungültiger Zahnarzteausweis
- 60 Bekanntmachungen der ZKN
- 61 Aktualisierungshinweise Vertragsmappe 12/2022



Lauterbach: Was der „Staatsmediziner“ noch alles „bescheren“ will

Der ehemalige CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (42) „beglückte“ während der ersten Hälfte seiner Amtszeit das bundesdeutsche Gesundheitswesen mit Gesetzes- und Verordnungsvorlagen im Monatstakt. Bis die Corona-Pandemie kam, die langsam abebbt. Sein SPD-Sukzessor Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (59) scheint diesen „Eifer“ noch toppen zu wollen. Auch wenn jetzt schon seine Mitarbeiter im Bundesgesundheitsministerium (BMG) vor lauter, manchmal divergierenden Anweisungen und entsprechendem Arbeitspensum nicht mehr ein und aus wissen. Den vorgesehenen Arbeitsanfall kann man einer internen „BMG-Arbeitsplanung 2022/Anfang 2023“ entnehmen, die in der Hauptstadt so langsam durchsickert. Dort sind 32 Vorhaben aufgelistet. Einige von ihnen dürften die führenden Akteure im Gesundheitswesen wenig erfreuen und ihren Frust ob der chaotischen Amtsführung des Ressortschefs noch erhöhen. Denn kurz vor Weihnachten 2022 riecht diese Liste im doppelseitigen Sinne gewaltig nach „Bescherung“.

Fangen wir einfach mal mit der Mittelfristplanung an. Also ganz am Ende der Liste. In der aktuellen „hausinternen Vorbereitung“ befände sich ein „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“. Dieses Vorhaben entspricht den Vorgaben des Koalitionsvertrages der „Ampel“. Doch der Minister hat sich in der Vergangenheit nie als echter, wie enger Freund von LGBTI-Aktivistinnen geoutet – ganz im Gegenteil zu seinem CDU-Vorgänger. Daher bleibt abzuwarten, was – wenn die Koalition über das Jahr 2023 hinaus zusammenhält – aus dem BMG an Ideen präsentiert wird. Wie wäre es da eher mit den geplanten „Versorgungsgesetzen I und II“. Erste „Eckpunkte“ aus der Friedrichstraße sollen noch vor Weihnachten das Gesundheitswesen „erfreuen“. Vielleicht reicht es auch schon für einen Referentenentwurf – davon träumt man im Arbeitsplanungs-Papier. Der mögliche Inhalt für die Nr. 1 steht auch schon fest: Regelungen zu den umstrittenen Gesundheitskiosken, eine Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Erleichterungen für die Errichtung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZen) und die Einführung von Primärversorgungszentren. Sprich: Die Trippelschritt-Strategie zur Einführung der „Staatsme-



Foto: BMG/Thomas Eck

dizin“ soll weiter fortgesetzt werden. Denn die Themen für die Nr. II sind: Gesundheitsregionen, Regionalversorgungszentren sowie der von den Therapeuten seit Jahren herbeigesehnte „Direct Access“ der Heilmittelerbringer. Das Versorgungsgesetz 1, so der Wille des BMG, soll noch im Sommer 2023 abgeschlossen sein.

Dazu passt ausgezeichnet das Ziel der Einführung der „Community Health Nurse“. Wenn, wie auch von der Krankenhaus-Reform-Kommission vorgesehen, künftig „Pfle-gekräfte mit Zusatzqualifikationen“ auch Krankenhäuser leiten sollen, dann müssen schließlich dafür die Grundlagen geschaffen werden. „Gesetzgeberische Schritte“ dafür sind im Jahr 2023 vorgesehen, liest man im BMG-Papier. Bleiben wir beim Krankenhaus. Die am 6. Dezember 2022 ange-stoßene Finanzierungsreform will man ebenfalls in 2023 finalisieren. Das In-Krafttreten ist für den 1. Januar 2024 vorgesehen. Ernst könnte es auch mit der „Reform der Notfallversorgung“ werden. Anfang 2023 darf man wohl entsprechende Vorschläge der Regierungs-Kommission erwarten, denn die Gesetzgebung soll wohl im Jahr 2023 abgeschlossen sein.

Vier kleinere Probleme stehen auch zur Erledigung in der kommenden Zeit an. Der Aufbau des geplanten Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit soll „ab 2023“ erfolgen, teilt uns das BMG-Papier mit. Das sei Teil der

Weiterentwicklung des „Paktes“ für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Das UPD-Stiftungserrichtungsgesetz soll bereits am 21. Dezember 2022 vom Bundeskabinett abgesegnet werden – wenn nichts dazwischenkommt. Und das Patientenrechtegesetz will man ebenfalls in 2023 finalisieren. Bei der Cannabis-Abgabe ist man hingegen schon vorsichtiger geworden. Allein schon wegen des Vorprüfungs Vorganges in Brüssel durch die Europäische Kommission. Gibt es aus Belgien positive Signale, dann will man erst in der zweiten Jahreshälfte 2023 zur Tat schreiten und einen entsprechenden Regierungsentwurf vorlegen.

Luftiger werden die Ankündigungen, wenn es um Maßnahmen zur Entbürokratisierung und zur Digitalisierung im Gesundheitswesen geht. „Empfehlungen“ zu einem Bürokratieentlastungsgesetz soll es nicht vor dem 30. September 2023 geben. Das wundert wenig. Weiß man doch, dass Beamte nur ungern von ihnen ersonnene Normen aus den Gesetzbüchern streichen. Bei der Digitalisierung

bleibt vieles unklar. Kaum verwunderlich. Denn die Lyrik-Variante der von der zuständigen Abteilung 5 geplanten „Digitalisierungsstrategie“ wird einfach auch in der Arbeitsplanung 2022/ 2023 munter fortgeschrieben. Die Ideenlosigkeit verwundert dabei eigentlich nicht. Schon in der BT-Drs.: 20/4745 vom 28. November 2022 versprühte die zuständige BMG-Abteilung den Charme der Unkenntnis. Angeblich – trotz aller vehementen öffentlichen Diskussion im Vorfeld – lagen ihr weder „validierte Erkenntnisse“ zu konkreten Hardwareproblemen der Konnektoren im Bereich der Telematikinfrastruktur (TI) vor, noch wusste sie – offiziell – über deren Kosten Bescheid oder gar über die Kosten für den geplanten Austausch. Jeder aufmerksame Leser von Fachmedien hätte die schriftlichen Belege liefern können. In der Friedrichstraße setzt man anscheinend lieber auf Nichtwissen und politisches Abtauchen. Was eigentlich einem vermeintlichen Tiefschlaf vergleichbar erscheint. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 15.12.2022

EINSTIMMIGER BESCHLUSS DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KZVN

Antragsteller: Vorstand der KZVN, Herr Dr. Riefenstahl, Herr Koch

Stopp mit dem Digitalisierungswahnsinn

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (V) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, die Neuentwicklung von weiteren digitalen Anwendungen auszusetzen, solange die aktuell verfügbaren TI-Anwendungen nicht evaluiert sind und Praxisreife erlangt haben.

Begründung:

18 Jahre nach Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2004 stellt sich die Frage nach sinnstiftenden TI-Anwendungen. NFDM/eMP haben praktisch keine Bedeutung in der Versorgung, weil kaum ein Versicherter danach fragt. GKV-Versicherte müssen den PIN aktiv bei ihrer Krankenkasse hinterfragen, was die Versicherten aber überwiegend nicht wissen. Das VSDM als sanktionierte Pflichtanwendung ist eine Dienstleistung für Krankenkassen. Die eAU kann immer noch nicht vollständig digital genutzt werden, weil der Versicherte nach wie vor einen Papierausdruck erhält. Die ePA als sanktionierte Pflichtanwendung wird nur zu 0,6% von Versicherten genutzt mangels Verfügbarkeit NFC-fähiger Komponenten und aufwändigen Authentifizierungsverfahren und für das E-Rezept als weitere Pflichtanwendung, aber ohne Sanktionierung, gibt es keine praktikablen digitalen Einlösemöglichkeiten in der Apotheke. Kurzum: Ein „weiter so“ darf es nicht geben! Denn der Gesetzgeber plant bereits die nächsten Anwendungen mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, statt echtes Fehlermanagement zu betreiben. Dies bewirkt nur Investitionsverdrossenheit statt Akzeptanz und muss gestoppt werden! ■



Foto: Shutterstock.com - rathis

Ausgereizt!

DIE SPITZE DES EISBERGES

Man mag es nicht glauben. Aus dem Bundesgesundheitsministerium war vor Weihnachten zu hören, dass man „weitere Unterstützung für überlastete Kinderarztpraxen und Kinderstationen“ plane. Alleine bei dem Wort „weitere“ kräuseln sich die Nackenhaare. Nunmehr sollen Leistungen von niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiatern dauerhaft keinem Budget mehr unterliegen – sie sollen vielmehr zu festen Preisen komplett honoriert werden. Welch eine Botschaft! Gerade noch hat Prof. Lauterbach die Budgetierung bei Zahnärzten teilweise wieder eingeführt, den notwendigen und der horrenden Inflation geschuldeten Honorarzuwachs begrenzt und damit zumindest die Versorgung parodontal erkrankter Patientinnen und Patienten in Frage gestellt, da reagiert er promptissimo auf beschämende Zustände in den Kinderkliniken und den Praxen der Pädiater. Ganz sicher ist dieser Salto mortale nicht der Erkenntnis geschuldet, dass sich das System nicht end- und folgenlos ausdrücken lässt, sondern den Bildern und Kommentaren

in der Presselandschaft. Während Lauterbach Klagen aus den Niederungen der ambulanten Medizin wegen eklatanter Ungleichbehandlung bestenfalls mit Nichtachtung straft, reagiert der medienerfahrene Professor, der sich gerne mit einer wissenschaftsbetonten Attitüde durch Talkshows lanzt, blitzschnell auf die Bilder überfüllter Praxen und Berichte von schwerstkranken Kindern, die auf der Suche nach einem freien Bett durch die Landschaft gefahren werden. Was uns allerdings nicht zu der Hoffnung verleiten sollte, dass Lauterbach der Tradition seiner 16 Vorgänger (-innen) abschwören würde, die den Berufsstand wenn nicht gar als „Erbfeind“ der jeweiligen Gesundheitspolitik, so zumindest als lästigen Kostenfaktor wahrgenommen haben. Jene Zahnärzteschaft, der man gelegentlich, und gerne auch im Rahmen von preiswerten Grußworten, für ihre präventionsorientierten Erfolge dankt, um sie im Tagesgeschäft wieder am Nasenring durch die Manege zu führen.

Apropos Kostenfaktor: Mit der Tatsache, dass der Anteil für vertragszahnärztliche Versorgung in den letzten Jahren von rund 9% auf 6% gesunken ist, hat die Zahnärzteschaft bereits einen überproportionalen Beitrag in der gegenwärtigen Krisensituation geleistet. Sie weiter belasten zu wollen, ist ein Akt der Willkür und rechtfertigt die Empörung der KZBV: „Das Maß ist voll!“. Aber wo bleibt die Konsequenz?

Gescheiterte Gesundheitspolitik

Nach Konsequenzen muss man auch angesichts einer gescheiterten Gesundheitspolitik fragen. Gescheitert deshalb, weil zunehmend nicht die Gesundheit der Bürger an erster

Stelle zu stehen scheint, sondern eine Kostenbegrenzung auf allen Ebenen. Gesundheitsminister und -ministerinnen gerieren sich seit Jahrzehnten als Leistungsbegrenzer – vorzugsweise auf dem Rücken derjenigen, die sich um eine perfekte Leistungserbringung täglich bemühen. Jede Form einer Budgetierung im Gesundheitssystem ist aber Ausdruck eines Staatsversagens. Es ist schlicht unredlich, Leistungen einzufordern, die man nicht bezahlt! Die Pharmaindustrie hat Konsequenzen gezogen und ist abgewandert. Und erst jetzt unter einer akuten Mangellage hat die Politik die Situation realisiert. Wann wird sie realisieren, dass inzwischen die ambulante Versorgung, auch die der zahnmedizinischen, gefährdet ist?

Eine Politik, die sich im übertragenen Sinne mit der filigranen Ausgestaltung einer Dachgaube beschäftigt, während sich im Fundament des Gebäudes der Schwamm ausbreitet und das Mauerwerk Risse zeigt. Auf demselben Weg in die Katastrophe ist die Entwicklung im stationären Bereich, wo man Fallpauschalen eingeführt hat, die letztlich hochspezialisierten privaten Klinikkonzernen die Konten füllen. Man ist lemmingartig der wahnwitzigen Idee gefolgt, dass Krankenhäuser „schwarze Zahlen“ zu schreiben hätten. Diese Ideologie hat dazu geführt, dass Krankenhäuser notwendiges Personal ausgedünnt bzw. hemmungslos überlastet haben. Zum Schaden der Patienten! Würde man ähnliche Forderungen an die Feuerwehr stellen? Anstatt das Gefahrenpotential zu erkennen, ersinnen die Gesundheits-Ministeriellen täglich weitere bürokratische und zum Teil unnötige, aber auf jeden Fall kostenträchtige Gesetzes- und Bedrohungslagen – siehe Telematikinfrastruktur. Jahrelang hat die Presse daran mitgearbeitet, den Bürgern einzureden, dass es zu viele Ärzte und zu viele freie Betten gebe und Häuser daher geschlossen bzw. zusammengelegt werden müssten. Ein weites Feld, über das noch viel zu sagen wäre.

Alles muss raus!

Frei nach dem Motto „alles muss raus“ haben Politiktreibende in den vergangenen Jahren nicht nur die Solarindustrie aus dem Land getrieben, sondern auch die Pharmaindustrie, was die gegenwärtige Mangellage verdeutlichte. Und Aktuell werden ambulante Praxen von Augen- und Zahnärzten massiv von internationalen Investorengruppen mit Sitz in Steueroasen aufgesogen. Was erscheint demnächst als entbehrlich im Lande, bevor der Ausverkauf beendet wird?

Besinnung auf die Grundwerte notwendig

Es scheint so, dass sich die Gesundheitspolitik derzeit verzettelt, anstatt das Gebäude von Grund auf zu sanieren und die Kosten am Bedarf zu orientieren und nicht umgekehrt und damit Mangellagen bei Patienten auf der einen Seite und Ungerechtigkeiten und Frust auf der Leistungsseite

zu erzeugen. Dafür wäre auch die grundsätzliche Frage zu klären, welche Leistungen wirklich zur Verhütung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung aus dem Topf der Versichertengelder zu finanzieren sind. Versicherungsfremde Leistungen wie beispielsweise das unter der irreführenden Bezeichnung laufende „Kinderkrankengeld“ gehören sicherlich nicht dazu. Zwar dient der Bundeszuschuss grundsätzlich der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV, aber es findet eine unübersichtliche Durchmischung statt, die klare Trennungen verhindert. Versicherungsfremde Leistungen sollten sachgerecht aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Bundes finanziert werden. Zurück zur Zahnärzteschaft: Wir sollten aus den aktuellen Geschehnissen lernen, auch wenn wir gewiss sein können, dass die Presse keinen „Flankenschutz“ bieten wird; denn zu tief hat sich bei ihr die „porschefahrende Zahnarztgattin“ in das Bewusstsein eingefressen. Zu fest hat sich ein ebenso öffentlichkeitswirksamer wie seit den späten 80ern unangemessener und zumindest unterschwelliger Neidkomplex in den Redaktionen etabliert. Auch seitens der Patientenschaft ist mit öffentlichem Applaus oder Verständnis für die Situation der Leistungserbringer eher nicht zu rechnen. Zwar ist der eigene Zahnarzt stets der beste, aber dass Patienten für ihre Zahnärzte mit und ohne Plakataktionen jemals die Stimme erheben oder auf die Straße gehen würden, bleibt ein schöner Traum. Beispiel gefällig? „Tierärzte in Not“ – so titelte die Hannoverische Allgemeine Zeitung am 22. November – und zwar ohne Fragezeichen! In dem Beitrag beschreibt und belegt der Redakteur ebenso umfänglich die Argumentation für die Notwendigkeit der Anpassung der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT), nachdem diese seit mehr als 20 Jahren nicht mehr grundsätzlich überarbeitet worden sei! Nachdem bisher für die Untersuchung einer Katze 8,98 Euro fällig waren, seien es nunmehr im einfachen Satz 23,62 Euro. Unter dem Eindruck einer seit nunmehr 35 Jahren weitgehend unveränderten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und ermuntert durch diesen realitätsnahen Bericht erhielt die Redaktion der HAZ eine Leseranfrage, in der auf die Ungleichbehandlung bei der Anpassung der Gebührenordnungen hingewiesen wurde. Auch die Gegenüberstellung einiger Positionen waren für die HAZ kein Anlass, dem Thema auch nur eine Zeile zu widmen. Offenbar ist das Missverhältnis so eklatant, dass man es für unglaublich hält. So werden nach dem 1-fach-Satz der ab 22. November 2022 gültigen GOT 61,57 Euro für eine einfache Zahnfüllung fällig, die zum Schnäppchenpreis von 11,98 Euro bereits im 1-fach-Bereich der GOZ zu haben ist. Ausgereizt! ■ _____/loe



Fotos: Riefenstahl/NZB

Vertreterversammlung der KZVN

- Letzte Vertreterversammlung der KZVN in der laufenden Legislaturperiode
- Resolutionen kritisieren Leistungskürzungen und fordern Respekt
- Änderung des HVM beschlossen

Es war die letzte ordentliche Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) der laufenden Legislaturperiode, zu der der VV-Vorsitzende Dr. Ulrich Obermeyer am 01./02. Dezember nach Hannover eingeladen hatte.

Die konstituierende VV für die neue Legislaturperiode 2023 bis 2028 ist für den 14. Januar 2023 vorgesehen. Dort werden

die 50 Vertreterinnen und Vertreter (27 gehören der Gruppe „Zahnärzte für Niedersachsen – ZfN“ an und 23 der Gruppe „Freier Verband Deutscher Zahnärzte – FVDZ“) den neuen dreiköpfigen Vorstand der KZVN wählen.

Mit den Worten „Die Würfel sind gefallen“ begann der scheidende KZVN-Vorsitzende Dr. Thomas Nels seinen Bericht und bezog sich dabei auf die VV-Wahl. Kurz- und mittelfristig werde es kein Entkommen aus dem GKV-System geben. Insofern wünschte er dem neuen Vorstand für „das mühsame Geschäft“ eine glückliche Hand. Durch den Referentenentwurf zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz mit der Begrenzung der Punktwert erhöhungen und der Gesamtvergütungsobergrenze sei ein böses Erwachen erfolgt, begleitet durch eine Inflation, wie man sie in Deutschland seit Jahrzehnten nicht erlebt habe, stellte Dr. Nels fest. Mit der Bemerkung, dass man die neuen PAR-Leistungen seinerzeit in Niedersachsen mit einem lachenden und einem weinenden Auge gesehen habe, ging er auf die konkreten und mehrfach beschriebenen Folgen des GKV-FinStG hinsichtlich der zu erwartenden Leistungsbegrenzungen im PAR-Bereich ein.

Die Staatsverschuldung verursache Druck auf die Steuer-



Dr. Ulrich Obermeyer,
VV-Vorsitzender



Dr. Thomas Nels, scheidender
Vorstandsvorsitzender der
KZVN

zuschüsse zum Versicherungssystem und damit auf dessen Finanzierung. Trotzdem würden Leistungskürzungen von der Politik nicht nur ausgeschlossen, sondern immer mehr Leistungen in den Katalog aufgenommen. Als eigenartige Philosophie bezeichnete er die Ansicht der Politik und des GKV-Spitzenverbandes, nach der die Leistungserbringer ihren Beitrag zur Finanzierung dieser neuen Leistungen zu tragen hätten. Und Dr. Nels befürchtete weitere Kostendämpfungsmaßnahmen.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz: „Willkommen im SGB V“

Dr. Nels war es wichtig, als Konsequenz dieser Philosophie in Verhandlungen mit den Krankenkassen auf die unterschiedlichen Auswirkungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) hinzuweisen. Man könne den Kassen nur mitteilen, dass jede Kasse diejenige Leistung zu erwarten habe, die sie auch bezahle, stellte Dr. Nels unter Beifall der Delegierten fest.

Als besonders schmerzlich bezeichnete Dr. Nels die Begrenzung der Punktwerthöhung unterhalb der Grundlohnsomme. Die gesetzliche Vorgabe, dass Kostensteigerungen der Praxen zu berücksichtigen seien, werde durch dieses Gesetz ausgehebelt – und das angesichts einer lange nicht gekannten Inflationsrate. Unter diesen Umständen sei es richtig gewesen, eine Veranstaltung unter dem Thema „Wirtschaftliche Perspektiven im BEMA und der GOZ“ durchzuführen, betonte Dr. Nels. Wer zukünftig sein Betriebsergebnis halten wolle, der müsse mit seinen Patienten reden.

Man werde grundsätzlich darüber verhandeln müssen, ob man nicht die neuen Leistungen über den HVM einschränken wolle, wenn der Gesetzgeber nicht genügend Mittel dafür zur Verfügung stelle, oder ob man die neuen Leistungen auf Kosten der bisherigen Leistungen aus dem Topf subventionieren wolle, gab Dr. Nels zu bedenken.

Das GKV-FinStG sieht Dr. Nels lediglich als Schnellschuss gegenüber einer viel durchgreifenderen Reform an, die in Arbeit sei. Die sog. Gesundheitskioske schienen wichtiger zu sein als eine angemessene Honorierung der Ärzte und Zahnärzte. Und man werde sich auf eine Fortsetzung dieser Politik einrichten müssen. Dr. Nels zitierte und unterstrich die Ausführungen des KZBV-Vorsitzenden, nach dessen Überzeugung man deutliche Botschaften verkünden müsse:

„Das Maß ist voll – das Abverwalten des FinStabG kann nicht in Frage kommen – wir müssen Verbündete suchen – wir müssen Kolleginnen und Kollegen gewinnen für die Selbstverwaltung und zusammenstehen – bei allem hilft uns die Überzeugung, dass eine solche Gesundheitspolitik keinen Bestand haben wird“!

Und er fügte diesem Zitat seine Überzeugung hinzu: „Wenn die Situation der Zahnärzteschaft in diesem System der anonymen Sachleistung wirtschaftlich und politisch wirklich unerträglich ist, dann müssen wir die Kassen auffordern, den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen!“ Wenn man unter diesen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen fortfahre, so befürchtete Dr. Nels in der Konklusion, müssten diejenigen Kollegen zuerst „dicht machen“, die sorgfältig arbeiten würden.

In ganz persönlicher Weise ging Dr. Nels in seiner Rede abschließend auf seine zu Ende gehende Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender der KZVN ein und erhielt dafür den Applaus der Delegierten. Soweit zum Bericht „von der Brücke“.



Dr. Jürgen Hadenfeldt, stellv. Vorstandsvorsitzender der KZVN

Sozusagen aus dem „Maschinenraum“ der KZVN berichtete Dr. Jürgen Hadenfeldt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZVN. Seine umfangreichen Ressorts betreffen die Leistungsabrechnungen/-prüfung, den Datenschutz einschließlich Datensicherheit/IT, den Bereich Online/Homepage, die Q-Frage mit QM/QS/QP und vor allem den schwierigen Komplex Telematik Infrastruktur (TI).

Zunächst ging Dr. Hadenfeldt detailliert auf die Leistungsbereiche der PAR-Strecke und deren Stolperfallen bei der Abrechnung ein. Durch viele Vorträge im Rahmen von Kreisstellen- und Verwaltungsstellenveranstaltungen habe man die Kollegenschaft unterstützen können, zusätzlich durch Kurse im Rahmen von KZVN-Fortbildungen. Trotzdem gebe es zum Teil Schwierigkeiten im Controlling innerhalb der Praxen sowie durch fehlerhafte Übermittlungen von Abrechnungsdaten.

Die Entwicklung bei den Eingliederungszahlen von Unterkiefer-Protrusionsschienen (UPS) sei durch eine sehr unterschiedliche Verteilung des Leistungsspektrums auf die rund 440 abrechnenden Praxen gekennzeichnet. Da die Anfertigung einer UPS eine Leistung auf Anforderung durch einen berechtigten Arzt sei, stelle sich die Frage nach der fachlichen Berechtigung des beauftragenden Arztes, um nicht in eine Abrechnungsfalle zu geraten. Hier gelte es, die abrechnenden Zahnärzte vor Regressen zu schützen, da sie die Leistungen nicht selbst veranlasst hätten. ►►

► TI-Anwendungen mit und ohne Mehrwert

Dr. Hadenfeldt berichtete über sehr gut angenommene Informationsveranstaltungen, die er teilweise zusammen mit Silke Lange und Dr. Carsten Vollmer zum Thema „Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren“ (EBZ) landesweit vor mehr als 1.400 Zuhörerinnen und Zuhörern durchgeführt hatte. Anhand von Grafiken veranschaulichte Dr. Hadenfeldt die deutlich ansteigende Zahl von Praxen, die die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitbescheinigung (eAU) anwenden. Anschauliche Grafiken verdeutlichten nochmals die Vorteile des neuen elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens bei direkter Kommunikation mit den Krankenkassen. Größere Probleme gäbe es allerdings bei der Digitalisierung kieferorthopädischer Behandlungspläne aufgrund des Textbedarfes. Neu seien Schlüsselzahlen mit hinterlegten Texten. Dr. Hadenfeldt wies noch einmal auf die verpflichtende Einführung des EBZ-Verfahrens zum 01. Januar 2023 hin. Bei technischen Störfällen dürfe im Jahr 2023 auf den Versand des ausgedruckten elektronischen Antrages (Stylesheets) zurückgegriffen werden. Praxen, die bis zum 30. Juni 2023 aufgegeben werden, seien vom EBZ-Verfahren freigestellt. Es müsse allerdings damit gerechnet werden, dass die Krankenkassen ab 01. Juli 2023 keine papiergebundenen Anträge mehr annehmen würden, gab Dr. Hadenfeldt zu bedenken.

Änderung der TI-Finanzierung

Der stellv. Vorsitzende berichtete über seine Begleitung der TI während der letzten 6 Jahre. Die Einführung der elektronischen Patientenakte bezeichnete er als das Ziel des gegenwärtigen Gesundheitsministers. Das gerade beschlossene Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) beinhalte einige neue Anforderungen an die TI. Er habe den Eindruck, dass die Grenzen der Akzeptanz bei der Kollegenschaft deutlich überschritten seien. Daher habe der Vorstand einen Antrag mit der Überschrift „Stopp mit dem Digitalisierungswahnsinn“ eingebracht. Die TI-Finanzierung werde durch das Gesetz neu festgelegt. Nunmehr sei vorgesehen, die Gesamtkosten der TI über eine bestimmte Laufzeit lediglich über gleichbleibende monatliche Teilbeiträge zu erstatten. Damit trete eine erhebliche Vorfinanzierung durch die Praxen ein, die es bisher nicht gegeben habe, so Dr. Hadenfeldt.

Bezüglich des diskutierten Austausches von Konnektoren warf Dr. Hadenfeldt u.a. die Fragen nach ersatzweisen Software-Updates auf und ob man die Geräte tatsächlich nach fünf Jahren „zum Techniksrott bringen“ müsse. Zudem beklagte er die marktbeherrschende Stellung einiger Firmen in Deutschland, die es zu hinterfragen gelte. Technisch unabdingbar sei die Verschrottung von Konnektoren im Gesamtwert von fast 73 Millionen Euro.



Marco Trujka, Abteilungsleiter der Abteilung Informationstechnologie der KZVN



Christian Neubarth, Mitglied im Vorstand der KZVN

IT im Wandel der KZVN

Dr. Hadenfeldt berichtete über die Neudefinierung von KZVN-Plattformen, KIM-Anbindungen und über neue Aufgaben. Deutlich wurde dabei der erhebliche Aufwand, verbunden mit nicht minder hohen Kosten. Fachkundige Einblicke in diese spezielle IT-Thematik gab Herr Trujka, Abteilungsleiter der Abteilung Informationstechnologie der KZVN, in seinem Vortrag „Die IT im Wandel der KZVN“. Dr. Hadenfeldt schloss seinen Bericht mit dem Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KZVN sowie gegenüber den Ehrenamtsträgern in den Ausschüssen.

Über die Tätigkeiten der „Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, die in den Jahren 2020/2021 mit 38 Vorgängen befasst war, berichtete Christian Neubarth, Mitglied im Vorstand der KZVN. In fünf Fällen sei die Abgabe an die Staatsanwaltschaft notwendig gewesen. Seit einigen Jahren führt Dr. jur. Gernot Steinhilper, dem erfahrene Zahnärzte und Zahnärztinnen als Beisitzer bzw. Beisitzerinnen zur Verfügung stehen, erfolgreich den Vorsitz des Disziplinarausschusses. Die Anzahl der Fälle, die der Ausschuss zu bearbeiten hatte, hält sich im unteren einstelligen Bereich in Grenzen. Thema sei dort in der Regel die Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten, so Christian Neubarth.

Interessant war die Entwicklung der Zahlen zugelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Christian Neubarth detailliert darstellte. Insgesamt sei bei derzeit 5.813 Zugelassenen eine Abnahme zu verzeichnen, die möglicherweise auch dem Umfeld der TI zuzuschreiben sei. In Niedersachsen bestehen 2.545 Einzelpraxen, die in 3.492 Praxisstandorten vertreten sind. Inzwischen gebe es über 100 MVZ alleine in Niedersachsen. Zudem sei eine Zunahme der Angestelltenverhältnisse erkennbar.

Die grafisch dargestellte Altersstruktur habe inzwischen eine „Döner-Struktur“, wobei die große Zahl der um und über Sechzigjährigen deutlich werde, was wiederum bedeute, dass sich die zahnärztliche Versorgung in Niedersachsen voraussichtlich in der gewohnten Form nicht halten lassen werde, gab Christian Neubarth abschließend zu bedenken.

Berichte aus den „ständigen Ausschüssen“

Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Vorsitzender des Finanz- und Verwaltungsausschusses der KZVN berichtete über den Jahresabschluss 2021, der besser ausgefallen sei



Henner Bunke,
D.M.D./Univ. of Florida



Dr. Tilli Hanßen



Dr. Carsten Vollmer



Dr. Claus Klingeberg,
Vorsitzender der DGZS

als im Corona-Jahr 2020. Bei der Aufstellung des Haushaltes 2023 werde die gegenwärtige Inflation eine Rolle spielen. Aus der Arbeit des Vertragsausschusses berichtete deren Vorsitzender Dr. Carsten Vollmer, und Dr. Tilli Hanßen sprach als Vorsitzende des Satzungsausschusses über die im weiteren Verlauf zu beschließenden Novellierungen.



Dr. Uwe Herz



Dr. Axel Wiesner



Dr. Michael Sereny

Die Diskussion war über weite Strecken geprägt von fundamentaler Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik und insbesondere am Stil der Amtsführung des Bundesgesundheitsministers, der die Ungleichbehandlung der ambulanten Medizin vorantreibt. Weitere Beiträge galten dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und seinen fatalen Auswirkungen mit Blick auf Patienten und den Berufsstand. In der Kritik stand die bürokratiegetriebene Politik, die auch angesichts unzureichender Ausbildungskapazitäten an den niedersächsischen Universitäten eine Unterversorgung zur Folge haben werde. Und natürlich ging es auch um die TI und die offenbar unnötige, vorzeitige und kostenträchtige „Verschrottung“ von Konnektoren.

Den Mangel sichtbar machen

Infolge der Veränderungen der Rahmenbedingungen wurde eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes 2019 (HVM) mit Wirkung zum 01. Januar 2023 einstimmig beschlossen. „Wenn man ihn anwenden muss, dann muss der Mangel deutlich werden“, kommentierte Dr. Nels die notwendigen Änderungen. Insgesamt jedoch würden für die große Mehrheit der Praxen keine Probleme entstehen, fügte er hinzu.

Seit 2020 ist die Unterkieferprotrusionsschiene (UPS) als Behandlungsmethode der Obstruktiven Schlafapnoe in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS), Dr. Claus Klingeberg, gab in einem kurzen und interessanten Gastbeitrag einen Einblick in die Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen, die bei der Anfertigung der UPS zu beachten sind. <https://www.dgzs.de/>

Erwartungsgemäß wurden neben einigen Änderungen der Entschädigungsordnung für ehrenamtliche Nicht-Organmitglieder, der Satzung und der Geschäftsordnungen der KZVN auch die Abnahme der Jahresrechnung und die Entlastung des Vorstandes für 2021 einstimmig beschlossen sowie der Haushaltsplan für das Rechnungsjahr 2023 festgestellt.

Alle Beschlüsse finden Sie ab S. 52 und im Mitgliederportal der KZVN.

Zum Ende der Versammlung fasste Henner Bunke unter Beifall der Versammlung seinen Eindruck zusammen: „Es ist an der Zeit, zum Ende der sechsjährigen Legislatur Dank an den Vorstand, an die Verwaltung und die Versammlungsleitung auszusprechen für sechs Jahre guter Arbeit, Transparenz, Verlässlichkeit, pünktlicher Auszahlung, Punktwertsteigerung und gute Beratung!“ Die kommenden Jahre würden allerdings schwieriger, vermutete nicht nur Henner Bunke. Der scheidende KZVN-Vorstandsvorsitzende Dr. Nels gab den Dank zurück, indem er sich für die konstruktive Mitarbeit in der Legislaturperiode bei allen bedankte. Und er schloss mit einem typischen „Nels“, indem er den Delegierten riet „Bleiben Sie alle negativ!“ ■

_____ /oe



Partizipation bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen sieht anders aus!

MASSIVER ÄRGER DER KZBV ÜBER GEPLANTE KÜNFTIGE FINANZIERUNG VON TI-KOMPONENTEN

Anlässlich der geplanten künftigen Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) massive Kritik an dem gänzlich unabgestimmten Vorgehen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geübt. „Einmal mehr handelt das BMG in Sachen TI im Alleingang, ohne jegliche vorherige Abstimmung oder Einbeziehung der Vertragszahnärzteschaft. Wir werden – leider wie so häufig – vor vollendete Tatsachen gestellt. Zugleich besteht die dreiste Erwartungshaltung der Politik, dass wir die Zeche schon zahlen werden“, sagte Karl-Georg Pochhammer, stellv. Vorstandsvorsitzender der KZBV zu jetzt bekannt gewordenen Änderungsanträgen für das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG). Demnach ist vorgesehen, dass Zahnarzt- und Arztpraxen künftig die kostenintensiven TI-Komponenten vorfinanzieren und damit den Krankenkassen praktisch eine gesetzlich verordnete Ratenzahlung gewähren. „Der Gesetzgeber erfüllt damit willfährig einen einseitigen Wunsch der Kassen zu Lasten von Zahnärztinnen und Zahnärzten“, kritisierte Pochhammer. „Die im Rahmen der Digitalisierungsstrategie vollmundig angekündigte und auch dringend notwendige Partizipation des Berufsstandes ist bislang nicht nur ausgeblieben, sie wird mit den jetzt vorliegenden Ände-

KZBV

rungsanträgen vom BMG wissentlich und rücksichtslos ad absurdum geführt!“

Ein festgeschriebenes Budget ohne Berücksichtigung der Neueinführung und Weiterentwicklung von Diensten und Komponenten oder gar Inflationsentwicklung sei zudem völlig ungeeignet, um die wachsenden Kosten in Praxen adäquat auszugleichen. Der vom BMG rechtlich gesetzte „Anreiz“, möglichst den günstigsten Anbieter am Markt zu wählen, laufe ins Leere, da weiterhin die hohen Hürden für den Wechsel von einem zum anderen Anbieter bestehen bleiben. Auch ist in dem Änderungsantrag vorgesehen, dass die Kostenträger und das BMG künftig mögliche Anpassungen der Erstattung in Eigenregie alleine bestimmen – ohne die KZBV als Interessenvertretung der Zahnarztpraxen zu beteiligen!

Pochhammer wies des Weiteren auf handwerkliche Mängel im Änderungsantrag hin, welche die Umsetzbarkeit der vorgesehenen Regelung erheblich erschwere, zumal mit der Vorgabe rechtlich unbegründet tief in Details einer bestehenden Vereinbarung der Selbstverwaltung eingegriffen werde. ■

Presseinformation der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung (KZBV), 22.11.2022

Welche gesetzlichen Kassen bezuschussen die professionelle Zahnreinigung?

NEUE UMFRAGEERGEBNISSE DER KZBV

KZBV

Welche gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten einer professionellen Zahnreinigung (PZR) – oder übernehmen diese unter Umständen sogar vollständig? Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat heute die Ergebnisse ihrer jährlichen Umfrage zu entsprechenden Leistungen der Kostenträger veröffentlicht. Dabei kam heraus: Viele Kassen gewähren teilweise erhebliche Zuschüsse pro Jahr oder Termin in der Praxis und unterstützen damit Versicherte bei der wichtigen Zahn- und Mundhygiene. Ein Großteil der Krankenkassen gewährt einen Zuschuss unabhängig davon, in welcher Zahnarztpraxis die PZR durchgeführt wird. In solchen Fällen können Patientinnen und Patienten in der Praxis ihrer Wahl die bezuschusste Leistung in Anspruch nehmen.

Einige Angebote von Kassen basieren allerdings auf sogenannten Selektivverträgen: In diesen Fällen erhalten Versicherte den Zuschuss nur dann, wenn ihre Zahnärztin oder ihr Zahnarzt mit der Kasse einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat. Falls nicht, müssen Patienten für die Bezuschussung eine von der Krankenkasse vorgegebene Praxis aufsuchen oder auf den Zuschuss verzichten. Solche Einschränkungen der freien Zahnarztwahl bewertet die KZBV kritisch.

Die aktuellen Ergebnisse der KZBV-Umfrage zur PZR können unter www.kzbv.de/pzr-zuschuss kostenlos abgerufen werden. Praxen erhalten die Informationen zudem in Kürze als tabellarische Übersicht in Ausgabe 22 der „Zahnärztlichen Mitteilungen“, die am 1. Dezember 2022 erscheint. An der Erhebung haben sich erneut zahlreiche Kassen beteiligt und standardisierte Fragen zu ihren PZR-Leistungen beantwortet. Gefragt wurde etwa, ob der Kassenzuschuss die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte deckt. Die PZR ist eine Intensivreinigung der Zähne mit dem Ziel, möglichst alle Beläge auf den Zahnoberflächen und insbesondere der Zahnzwischenräume zu entfernen. Zudem können Verfärbungen auf Zahnoberflächen beseitigt werden, die etwa durch Tee, Kaffee oder Nikotin entstehen. Die Behandlung wird mithilfe verschiedener Spezialinstrumente und Geräte wie zum Beispiel Ultraschall durchgeführt. Mit einer fluoridhaltigen Paste werden anschließend die Zähne poliert sowie überstehende Kronen- sowie Füllungsänder geglättet. Zuletzt werden Gele oder Lacke mit Fluorid auf die Zähne aufgetragen. Das härtet den Zahnschmelz. So

kann Karies effektiv vorgebeugt und zugleich das Aussehen der Zähne verbessert werden. Die Bakterienreduktion ist zudem ein wichtiger Beitrag zur Vorbeugung der Volkskrankheit Parodontitis, der chronischen Entzündung des Zahnhalteapparats.

Durch gewöhnliches Zähneputzen zuhause werden nicht alle Zahnflächen erreicht. Aber auch auf Flächen, die bei der täglichen Zahnpflege nur schwer erreicht werden, bilden sich bakterielle Beläge. Daher ist die PZR grundsätzlich für jede Patientin und jeden Patienten als Präventionsleistung empfehlenswert. Besonders profitieren Patienten mit Zahnersatz, festsitzenden Spangen oder mit Entzündungen des Zahnfleisches. Aber insbesondere auch ältere Menschen oder Patienten mit körperlichen Einschränkungen, deren manuelle Fertigkeiten bei der Mundhygiene eventuell eingeschränkt sind, haben von einer PZR Vorteile. Diese unterstützt die tägliche Zahnreinigung, ersetzt diese aber nicht. Für Patienten, bei denen eine Parodontitis bereits behandelt wurde, ist die regelmäßige professionelle Entfernung der Zahnbeläge eine wichtige Maßnahme, um den Behandlungserfolg zu sichern.

Frequenz, Kosten, Beratung

Wie oft eine PZR durchgeführt werden sollte, hängt vom individuellen Risiko der Patientin oder des Patienten ab. Gibt es bereits Entzündungen am Zahnfleisch? Tritt häufiger Karies auf? Wie massiv sind Zahnbeläge? Meist reicht eine PZR zweimal pro Jahr aus. Wie oft eine PZR sinnvoll ist, empfiehlt die behandelnde Zahnärztin oder der behandelnde Zahnarzt im konkreten Fall.

Auch Fragen und Tipps zur Mundhygiene sind Pflichtprogramm bei einer PZR. Alles was für Patienten individuell wichtig ist, wird in der Praxis besprochen. Die Behandlung sorgt also nicht nur für ein strahlendes Lächeln. Sie ist vielmehr elementarer Bestandteil eines präventionsorientierten Gesamtkonzepts zur Vermeidung und Therapie von Karies und Parodontitis.

Die PZR ist keine regelhafte Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kosten einer PZR hängen vor allem vom Aufwand und der Zahl der Zähne ab, die gereinigt werden müssen. In der Regel dauert die Behandlung etwa 45 Minuten, manchmal aber auch 60 Minuten und länger. ■

Presseinformation der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), 28.11.2022



EUROPÄISCHER GESUNDHEITSDATENRAUM

EU-Kommission will europaweiten Zugriff auf Gesundheitsdaten ermöglichen

Befunde, Röntgenbilder, Rezepte: EU-Bürger sollen ihre Gesundheitsdaten künftig in allen Ländern der europäischen Union nutzen, Ärzten oder Apothekern zugänglich machen und auch für die Forschung freigeben können. Dazu präsentierte die EU-Kommission Anfang Mai 2022 einen Vorschlag für einen „europäischen Raum für Gesundheitsdaten (European Health Data Space – EHDS), der darauf abzielt, Gesundheitsdaten europaweit zu vernetzen.

Befördert hat diese Pläne die Corona-Pandemie: Sie habe deutlich gezeigt, wie wichtig digitale Dienste im Gesundheitsbereich sind, konstatiert die EU-Kommission. Die Nutzung digitaler Instrumente habe im Zuge der Pandemie zwar zugenommen. Die Komplexität der Vorschriften, Strukturen und Verfahren in den einzelnen Mitgliedsstaaten erschwere jedoch den Zugriff auf Gesundheitsdaten und ihren Austausch – insbesondere grenzüberschreitend. Der EHDS werde dazu beitragen, dass die Gesundheitsversorgung in ganz Europa „einen Quantensprung nach vorne“ machen werde, ist die EU-Kommission überzeugt. Er werde es den Menschen in ihrem jeweiligen Heimatland oder in anderen Mitgliedsstaaten ermöglichen, ihre Gesundheitsdaten „zu kontrollieren und zu nutzen.“ Gleichzeitig fördere er einen „echten Binnenmarkt“ für digitale Gesundheitsdienste und -produkte. Profitieren sollen Patienten,

Angehörige der Gesundheitsberufe, Wissenschaftler, Regierungsbehörden und politische Entscheidungsträger, aber auch die pharmazeutische Industrie und Medizintechnikunternehmen.

Elektronischer Zugang zu den eigenen Daten

Grundsätzlich unterscheidet das Papier aus Brüssel zwischen zwei Bereichen: der Primär- und der Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten. Zur Primärnutzung gehört die Schaffung eines „kostenlosen, unmittelbaren und einfachen“ Zugangs zu den eigenen Gesundheitsdaten in elektronischer Form. Integriert werden sollen bereits bestehende elektronische Aufzeichnungen aus nationalen Systemen, Daten aus „anderen“ medizinischen Softwareprodukten, zum Beispiel aus bildgebenden Verfahren, Telemedizin oder Software zur Verschreibung von Medikamenten, aber auch – auf freiwilliger Basis – Daten aus „Wellness Apps“. Die EU-Bürger sollen dabei die „vollständige Kontrolle“ über ihre Daten erhalten und in der Lage sein, Informationen mit Angehörigen von Heilberufen zu teilen, Daten hinzuzufügen, falsche Daten zu berichtigen, den Zugang für andere zu beschränken sowie Informationen darüber zu erhalten, wie und zu welchem Zweck ihre Daten verwendet werden. Patientenakten, elektronische Verschreibungen, Bilddaten und -berichte, Laboregebnisse und Entlassungsberichte

sollen dazu in einem gemeinsamen europäischen Format erstellt und akzeptiert werden. „Interoperabilität und Sicherheit“ sollen nach den Vorstellungen der EU-Kommission verbindliche Anforderungen werden; die Hersteller von Systemen für elektronische Patientenakten sollen verpflichtet werden, die Einhaltung dieser Normen zu zertifizieren. Um sicherzustellen, „dass die Rechte der Bürgerinnen und Bürger gewahrt bleiben“, müssen alle Mitgliedsstaaten digitale Gesundheitsbehörden benennen. Diese wiederum sollen sich an einer grenzüberschreitenden digitalen Infrastruktur („MyHealth@ EU“) beteiligen, die die Aufgabe haben wird, Patienten beim Austausch ihrer Daten innerhalb der EU zu unterstützen.

Rechtsrahmen für die Forschung

Für die Sekundärnutzung der Daten sieht der Entwurf der EU-Kommission einen „soliden Rechtsrahmen“ für die Verwendung von Gesundheitsdaten für „Forschung, Innovation, Gesundheitswesen, Politikgestaltung und Regulierungszwecke“ vor. Unter „strengen Bedingungen“ sollen „Forschende, Innovatoren, öffentliche Einrichtungen oder die Branche“ Zugang zu „großen Mengen an Gesundheitsdaten von hoher Qualität“ haben, die laut Kommission für die Entwicklung von „lebensrettenden Behandlungen, Impfstoffen oder Medizinprodukten“ von „entscheidender Bedeutung“ seien und einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie „widerstandsfähigere“ Gesundheitssysteme gewährleisten.

Für die Genehmigung des Zugangs zu den Daten durch „Forschende, Unternehmen oder Einrichtungen“ – auch aus Drittländern – sollen nach den vorliegenden Plänen Zugangsstellen zuständig sein, die alle Mitgliedsstaaten einrichten müssen. Der Zugang soll nur dann gewährt werden, wenn die angeforderten Daten „zu bestimmten Zwecken sowie in geschlossenen sicheren Umgebungen“ verwendet werden und ohne dass die Identität der betroffenen Personen offengelegt wird. Grundsätzlich soll eine Anonymisierung der Daten erfolgen, in bestimmten Fällen soll jedoch auch mit pseudonymisierten Daten gearbeitet werden können. Der Versuch einer Re-Identifizierung der Daten wird nicht erlaubt sein. Auch die Verwendung von Daten für Entscheidungen, die sich nachteilig auf die EU-Bürger auswirken können, wie das Konzipieren „schädlicher Produkte“ oder die Erhöhung von Versicherungsprämien, soll verboten werden. Die Zugangsstellen für Gesundheitsdaten sollen an eine neue dezentrale Infrastruktur für die Sekundärnutzung (HealthData@EU) angeschlossen werden, die zur Unterstützung grenzüberschreitender Projekte eingerichtet werden soll.

KZBV-WV: Nationale Zuständigkeit muss erhalten bleiben

Der Europäische Gesundheitsdatenraum soll den Plänen der EU-Kommission zufolge bis 2025 installiert sein. Zuvor

müssen allerdings das Europäische Parlament und die EU-Staaten zustimmen. Noch sind viele Fragen ungeklärt. So gibt es seitens der Mitgliedsstaaten Bedenken, dass ihre nationalen Rechte im Bereich der Gesundheitspolitik beschnitten werden könnten. Darauf zielte auch ein Antrag der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung am 6. und 7. Juli 2022 in Dresden ab: Ein europäischer Gesundheitsdatenraum dürfe die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten für die Organisation des nationalen Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung nicht unterlaufen, erklärten die Delegierten der KZBV-WV einstimmig. (s. Zahnärzteblatt 9/2022, S. 26f.).

Eine Hürde für den EHDS dürfte auch sein, dass die Digitalisierung in den einzelnen EU-Staaten unterschiedlich weit fortgeschritten ist. „Für Deutschland heißt das: Wir müssen jetzt Tempo machen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens“, kommentierte Achim Berg, Präsident des Branchenverbands bitkom, die Pläne der EU-Kommission. Im Vergleich zu anderen Staaten wie Dänemark oder Frankreich sei Deutschland ein „digitaler Spätzügler“. Zwar gibt es auch hierzulande eine elektronische Patientenakte (ePA) – von einer flächendeckenden Nutzung ist sie jedoch noch weit entfernt: Nur etwas über 500.000 sind nach Angaben der gematik bisher aktiviert. Um eine flächendeckende Anwendung zu forcieren, plant Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach für die ePA eine Opt-Out-Regelung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hatte im Zuge der Impfpflicht-Debatte jedoch bereits davor gewarnt, das Opt-Out-Verfahren kurzfristig einzuführen: Dafür müssten die Akten- und Sicherheitsarchitektur sowie das Kontenverwaltungssystem „maßgeblich“ umgebaut werden. Das würde etwa zwei Jahre in Anspruch nehmen – und das auch nur, wenn die gematik rechtzeitig die erforderlichen Spezifikationen dafür bereitstelle. Außerdem gestaltet sich auch die Einführung des elektronischen Rezepts schwierig. (s. S. 20f.).

Patientenkurzakten und elektronische Verschreibungen existierten in zwei Dritteln aller Mitgliedsstaaten, stellt auch die EU-Kommission fest. Sie seien meist über ein Online-Portal zugänglich, aber nur in wenigen Ländern könnten sie grenzüberschreitend versandt oder empfangen werden. Elf Länder verwendeten noch Papiausdrucke für Verschreibungen. Insofern sei der EHDS ein „ehrgeiziges Unterfangen“, gibt die Kommission zu. Der Zeitplan ist also durchaus ambitioniert.

Und was ist mit dem Datenschutz?

Die Frage ist außerdem, wie ein solches System datenschutzrechtlich ausgestaltet werden kann, um die Autonomie der EU-Bürger bezüglich ihrer eigenen Daten zu gewährleisten und einen potenziellen Missbrauch der Daten zu unterbinden. Zwar soll der EHDS auf bestehenden und geplanten Gesetzen wie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), ►►

► dem Data Governance Act und der Cybersicherheitsrichtlinie (NIS-Richtlinie) aufbauen. Dennoch gibt es auch bei diesem Thema nationale Bedenken. So forderte etwa der Bundesrat Mitte September 2022 umfassende Korrekturen: Aus seiner Sicht ist es „zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten und Versicherten notwendig, dass sie grundsätzlich frei darüber entscheiden können, welche gesundheitsbezogenen Daten sie Dritten zur Verfügung stellen“. Es werde „kritisch gesehen, dass nach dem Verordnungsvorschlag im Rahmen der Sekundärnutzung unabhängig von einer Notsituation die betroffenen Personen weder von einer beabsichtigten Weitergabe ihrer Daten unterrichtet werden müssen noch ein Widerspruchsrecht haben“.

Angesichts des weit gefassten Rechts auf Sekundärnutzung sehen die Bundesländer außerdem die Gefahr einer Auswertung von Gesundheitsdaten „mit nachteiligen Folgen für Verbrauchende“. Die Bundesregierung solle daher bei den weiteren Verhandlungen auf EU-Ebene auf eine effektive Gestaltung der Verarbeitungsverbote und der Transparenzregelungen hinwirken. Dazu zähle ein Schutz vor unangemessenen Diskriminierungen. Zudem müsse das für Versicherungen vorgesehene Verwertungsgebot „umgehungssicher“ ausgestaltet werden.

Die Bürger müssten durch ein explizites Verbot besser davor geschützt werden, dass „zunächst pseudonymisierte Daten beispielsweise durch Verknüpfung mit anderen Informationen einer konkreten Person zugeordnet werden können und damit die Pseudonymisierung aufgehoben wird“, fordert der Bundesrat überdies. Die Länderkammer äußerte zudem auch Bedenken gegen einen direkten Zugriff auf einen einzelnen Dateninhaber, da aufgrund eines offenkundigen örtlichen Bezugs und einer geringeren Anzahl von Datensätzen die Zuordnung der Gesundheitsdaten zu einzelnen Personen oder Gruppen erleichtert sein könne.

Auch die Vertreterversammlung der KZBV betonte in Dresden, dass bei der Einrichtung des Europäischen Gesundheitsdatenraums der Datenschutz entsprechend der DSGVO „streng“ beachtet werden müsse. Jedes Risiko der Identifizierung einzelner Patienten aus den Gesundheitsdaten müsse ausgeschlossen werden; das im Entwurf der EU-Kommission vorgesehene Verbot für eine gewerbliche Nutzung der Daten, ihre Verwendung für Marketing-Zwecke oder zur Entwicklung schädlicher Substanzen wie Tabak, Alkohol oder Drogen müsse konsequent umgesetzt, kontrolliert und bei Missachtung sanktioniert werden, forderten die Delegierten. „Gewerbliche Anbieter dürfen nicht die Oberhand über Gesundheitsdaten haben. Ein Profit- und Gewinnstreben Dritter muss ausgeschlossen sein, damit das hohe Vertrauen in das Gesundheitswesen nicht verloren geht“, führten sie zur Begründung an. Überdies müsse die Entscheidungsgewalt über die Verwendung der Daten in

den Händen der Patienten bleiben. Sie müssten das Recht erhalten, bestimmte Gesundheitsdaten nicht zu teilen oder sie zu löschen.

Die Einrichtung des EHDS dürfe nicht zu zusätzlichem Aufwand für die Praxen führen, unterstrich die KZBV-WV in ihrem Beschluss außerdem: Vor allem dürften den Praxen dadurch keine zusätzlichen Anschaffungs- oder Folgekosten entstehen.

Kritik gibt es auch, weil im Entwurf nicht eindeutig formuliert ist, wer Zugriff auf die Daten hat. Lobbygruppen wie DigitalEurope fordern zum Beispiel in einem Beitrag bei LinkedIn, dass neben Forschern auch Technologiekonzerne und Gesundheitsunternehmen an der Gestaltung des EHDS beteiligt werden sollen. Der EU-Verband der Dienstleistungsgewerkschaften EPSU will kommerzielle Interessen profitorientierter Unternehmen bei dem Projekt eines europaweiten Austausches von Gesundheitsdaten dagegen von vornherein ausschließen. „Ein schlecht durchdachter Europäischer Gesundheitsdatenraum könnte zur Verletzung der Vertraulichkeit von Daten, zur Entmenschlichung der Gesundheit, zu ungleichem Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund begrenzter digitaler Kompetenz und zu erhöhter Profitmacherei privater Unternehmen mit gemeinsamen Daten führen“, warnt er.

EU sieht Einsparungs-Potenzial von 11 Milliarden Euro

In finanzieller Hinsicht knüpft die EU-Kommission große Erwartungen an den Europäischen Gesundheitsdatenraum: Sie erhofft sich in einem Zeitraum von zehn Jahren Einsparungen in Höhe von rund 11 Milliarden Euro: 5,5 Milliarden Euro durch einen besseren Zugang zu und den Austausch von Gesundheitsdaten in der Gesundheitsversorgung, weitere 5,4 Milliarden Euro durch eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation und Politikgestaltung.

Zur Entwicklung des EHDS sei eine weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene notwendig, stellt die EU-Kommission fest. Gleichzeitig müssten interoperable EU-weite Strukturen aufgebaut werden. Daher sollen sowohl die Mitgliedsstaaten selbst als auch die EU den EHDS finanziell unterstützen. Die EU-Kommission will rund 810 Millionen Euro bereitstellen. Zudem verweist sie darauf, dass die Mitgliedsstaaten zwölf Milliarden Euro aus der „Recovery and Resilience Facility“ – einem befristeten Instrument der EU zur Abfederung der Auswirkungen der Corona-Pandemie – für Investitionen in die Digitalisierung des Gesundheitswesens vorgesehen hätten. Der Europäische Fonds für regionale Entwicklung und InvestEU böten weitere Investitionsmöglichkeiten. ■

_____ *Kirsten Behrendt, KZV Schleswig-Holstein
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, 11/2022*

Erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risiko durch Parodontitis

BUNDESVERBAND DER NIEDERGELASSENEN KARDIOLOGEN (BNK) UND BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER (BZÄK) KOOPERIEREN



Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz – Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Sie werden durch viele Faktoren begünstigt, ein Risikofaktor wird dabei oft vernachlässigt: die Mundgesundheit. Denn wissenschaftlichen Studien zufolge erhöht eine Parodontitis das Risiko für Schlaganfälle oder Herzinfarkte.

Um stärker über diese Zusammenhänge aufzuklären, haben der Bundesverband der Niedergelassenen Kardiologen (BNK) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) eine Kooperation gestartet.

„Parodontitis, eine Entzündung des Zahnhalteapparates, ist eine sogenannte stille Krankheit, die anfangs symptomlos verläuft und damit im Verborgenen sehr viel Unheil anrichten kann“, erklärt dazu Dr. Romy Ermler, Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer. „Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden zu oft isoliert betrachtet. Es ist wichtig, dass wir als Ärzte verschiedener Fachrichtungen eng zusammenarbeiten, wenn diese Krankheiten bemerkt werden.“

„Es gibt mittlerweile signifikante Belege für den Zusammenhang von Parodontitis und verschiedenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deshalb begrüßen wir die Kooperation“, so der BNK-Bundesvorsitzende Dr. Norbert Smetak. „Das frühzeitige Erkennen und die Behandlung einer Parodontitis sind deshalb wichtige Präventionsmaßnahmen, um Allgemeinerkrankungen entgegenzuwirken, die im schlimmsten Falle zum Tod führen können, z.B. wenn es zu einer schweren Entzündung der Herzklappen kommt. Im Patientengespräch kann die Frage nach der Zahngesundheit daher einen wichtigen Impuls zur Abklärung einer möglichen Parodontitis geben.“

Empirische Studien belegen Zusammenhang

Die schwedische PAROKRANK-Kohortenstudie hat gezeigt, dass Personen mit einer Parodontitis zu Studienbeginn ein um 49 Prozent höheres Risiko hatten, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall in den nächsten sechs Jahren zu erleiden, als Menschen mit guter Zahngesundheit. Je schwerer die Zahnbetterkrankung, desto höher war das Risiko.

Auch das Risiko für Bluthochdruck (Hypertonie) – ebenfalls eine Volkskrankheit – erhöht sich bei einer Parodontalerkrankung. Eine sogenannte Metaanalyse, durchgeführt vom Eastman Dental Institute des University College London, bei der 81 Studien aus 26 Ländern berücksichtigt wurden, ergab, dass der durchschnittliche systolische Blutdruck von Menschen mit Parodontitis um 4,5 mmHg höher ist als bei Personen mit gesundem Zahnfleisch. Der diastolische Blutdruck war durchschnittlich um 2 mmHg höher. Zur Einordnung: Schon ein Blutdruckanstieg von 5 mmHg erhöht das Sterberisiko durch Herzinfarkt oder Schlaganfall um 25 Prozent.

Die Forschung geht davon aus, dass durch die Parodontitis Bakterien in den Blutkreislauf gelangen, die die Funktion der Blutgefäße beeinträchtigen. Hinzu kommt, dass beide Krankheiten – Parodontitis und kardiovaskuläre Erkrankungen – ähnliche Risikofaktoren haben wie zum Beispiel Rauchen und eine falsche Ernährung. Auch die genetische Veranlagung könnte eine Rolle spielen. Es empfiehlt sich deshalb, eine Parodontitis-Diagnose auch dem Hausarzt oder der Kardiologin mitzuteilen. Besteht das Risiko einer Parodontitis? Dann empfiehlt sich ein erster Test unter www.paro-check.de. ■

_____ Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), 08.11.2022



Für die kardiologischen und zahnärztlichen Praxen wird es zusätzlich zu den Social Media Posts ein Infoblatt sowie Postkarten, Terminkärtchen und TV-Screens geben. Der BNK bewirbt dies über seine Kanäle.

Vertikaler Zahnhartsubstanzverlust – eine narrative Übersichtsarbeit

TEIL I: EPIDEMIOLOGIE UND DIAGNOSTIK

Dr. Anuschka Josephine Roesner, PD Dr. Angelika Rauch M.Sc.,
Prof. Dr. Michael Behr, PD Dr. M. Oliver Ahlers,
Prof. Dr. Sebastian Hahnel



Einführung

Zahnhartsubstanzverlust ist in seiner Ätiologie die Summe kumulativer, multifaktorieller Geschehen, die in letzter Konsequenz dazu führen, dass Zahnhartsubstanz irreversibel verloren geht. Je nach Ausmaß und Progression des Zahnhartsubstanzverlustes kann dieser pathologisch sein, und es obliegt dem zahnärztlichen Behandler, in individueller Abstimmung mit dem betroffenen Patienten präventive oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Methoden

Im Rahmen der Literaturrecherche dieser narrativen Übersichtsarbeit wurden anhand themenbezogener Suchbegriffe verschiedene Studien evaluiert, die bis zum Februar 2020 bei PubMed sowie in der S3-Leitlinie Bruxismus erschienen sind, und zusätzlich wurde eine Handsuche in den jeweiligen Literaturverzeichnissen vorgenommen. Es wurden Normwerte für einen Zahnhartsubstanzverlust definiert und verschiedene Methoden zur Befunderhebung gegenübergestellt.

Ergebnisse

Eine fundierte Diagnose sowie ein regelmäßiges Monitoring sind obligate Behandlungsschritte für die Behandlung von Patienten mit Zahnhartsubstanzverlust. Hierfür stehen u.a. klinische Untersuchungen wie beispielsweise der „Tooth Wear Index“ oder das „Tooth Wear Evaluation System“ zur Verfügung; diese vermitteln, abhängig vom angewandten Index, den qualitativen und/oder quantitativen Verlust der Zahnhartsubstanz. In Abhängigkeit von der Schwere und dem Ausmaß des Zahnhartsubstanzverlustes muss abgewogen werden, ob konservative Therapiemaßnahmen, wie Schutzschienen sowie Fluoridierung und ein regelmäßiges Monitoring, oder eingreifende Therapiemaßnahmen in Form von definitiven Restaurationen nach vorausgegangener prärestaurativer Phase indiziert sind.

Schlussfolgerung

Es wurde ein systematischer Entscheidungsbaum für Diagnostik und Therapiekonzepte bei Patienten mit nicht

kariogenem, vertikalem Zahnhartsubstanzverlust entwickelt, welcher auf Empfehlung der aktuellen Literatur basiert. Dieser soll Behandlern einen Leitfaden für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Zahnhartsubstanzverlust in der alltäglichen Praxis bieten.

Einleitung

Die Ursachen für pathologischen Zahnhartsubstanzverlust (ZHV) sind vielfältig und reichen von kariösen Läsionen, Traumata, idiopathischen und genetischen Faktoren (z.B. Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) oder Amelogenesis imperfecta) bis hin zu Bruxismus. Erste veröffentlichte Untersuchungen zum Thema nicht kariogen bedingten ZHV erschienen bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts [30, 40]. Zur Definition und verbesserten Beschreibung des Zahnhartsubstanzverlustes, englisch „Tooth surface loss“ (TSL), wurden in der Fachliteratur die Begriffe Abrasion, Attrition, Erosion, Bruxismus und Demastikation eingeführt. Mechanischer Verschleiß der Zahnhartsubstanz wird mithilfe der Termini Abrasion und Attrition beschrieben. Die Attrition entsteht durch eine physiologische Abnutzung der Zahnhartsubstanz als direkte Folge der Zahn-zu-Zahn-Kontakte [14, 23]. Besonders deutlich sind die Attritionsfacetten bei Patienten mit Bruxismus. Bruxismus ist definiert als eine sich wiederholende Kaumuskelaktivität, die durch Knirschen oder Pressen auf den Zähnen und/oder durch Anspannung bzw. Pressen der Kiefer aufeinander gekennzeichnet ist. Bruxismus tritt in zwei unterschiedlichen Formen auf, dem Schlaf- und dem Wachbruxismus, welche in Kombination oder isoliert vorliegen können [31, 32]. Während Attrition die intrinsische mechanische Abnutzung beschreibt, hervorgerufen durch direkten funktionellen oder parafunktionellen Zahn-Antagonisten-Kontakt, steht die Abrasion für eine extrinsische, mechanische Abnutzung, die nicht mit der Funktion bzw. mit Parafunktionen des Kausystems zusammenhängen, sondern durch Mundhygienemaßnahmen, wie übermäßigen Anpressdruck beim Zähneputzen, oder durch Habits, wie Fingernägel- oder Stiftekauen, hervorgerufen werden [53]. Auch der Begriff Abrasion beschreibt zunächst in erster Linie einen physio-

logischen Prozess; bei pathologischer Abrasion handelt es sich hingegen um mechanische Abnutzung, die eine abnormale Abnutzung der Zahnhartsubstanz durch andere Ursachen als Kauprozesse umfasst. In der Literatur werden besonders häufig Schmelzdefekte beschrieben, die als durch Zahnbürsten und Interdentalraumbürsten hervorgerufen beschrieben werden [54] – sogenannte Bürstenabrasionen, die bei falsch ausgeführter Putztechnik entstehen. Weitere häufig aufgeführte Beispiele für Abrasionen werden hervorgerufen durch Halteelemente von Prothesen [22] oder durch Fremdkörper – beispielsweise das Tragen von Piercings im Mundraum oder Habits wie das Kauen auf Stiften [49].

Die Demastikation stellt eine Sonderform der Abrasion dar, bei der der Verschleiß durch in der Nahrung enthaltene abrasive Substanzen verursacht wird. Während die Demastikation in der heutigen Zeit an Bedeutung verloren hat, konnte bei der Untersuchung von 7000–8000 Jahre alten menschlichen Schädeln nachgewiesen werden, dass die Hauptursache für die starke Abnutzung der Zähne auf grobe, mit Sand und Kiesel versetzte Nahrung zurückzuführen war [51].

Die Erosion ist definiert als ein pathologischer, nicht kariogen bedingter Prozess der Zahnhartsubstanzzerstörung, der durch das Einwirken von Säuren ohne zwingende bakterielle Beteiligung bedingt wird [49]. Ätiologisch lassen sich exogene (extrinsische) und endogene (intrinsische) Faktoren voneinander unterscheiden. Zu den extrinsischen Faktoren zählen Erosionen, die etwa durch Ernährungsgewohnheiten, Umwelteinflüsse oder durch den jeweiligen Lebensstil (Kombination aus häufigem Verzehr von sauren Substanzen und exzessiven Mundhygienemaßnahmen) hervorgerufen werden. Darüber hinaus können Medikamente mit niedrigem pH-Wert direkt Erosionen verursachen oder diese indirekt durch Verringerung der Speichelsekretion bewirken. Erkrankungen, die Reflux oder chronisches Erbrechen herbeiführen, werden unter intrinsischen Faktoren für die Entstehung von Erosionen zusammengefasst. Dabei werden überwiegend Läsionen beobachtet, die ihren Ursprung an den oralen und okklusalen Zahnflächen haben [26].

Innerhalb eines Patientenfalls erscheint es meist wenig praktikabel, die verschiedenen Ursachen für nicht kariogen bedingten Zahnhartsubstanzverlust isoliert voneinander zu betrachten; damit muss dieser als multifaktoriell bedingtes Geschehen angenommen und die verschiedenen Subtypen müssen kumuliert werden. So begünstigt etwa das Vorhandensein von Erosionen die Entstehung von Abrasionen [49]. Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung erhält die Problematik des nicht kariogen bedingten ZHV für den langfristigen Erhalt der natürlichen Bezahnung eine immer größere Bedeutung ein [41]. In Anbetracht dieser Tatsachen gewinnt die Diagnostik und regelmäßige klinische Kontrolle des ZHV an Bedeutung. Für den zahn-

ärztlichen Praxisalltag existieren allerdings bis dato wenige evidenzbasierte Richtlinien im Sinne eines systematischen Behandlungskonzepts, das als Leitfaden für Diagnostik und Therapie von Patienten mit ZHV herangezogen werden kann. Im Rahmen der Literaturrecherche dieser narrativen Übersichtsarbeit wurden anhand themenbezogener Suchbegriffe verschiedene Studien evaluiert, die bis zum Februar 2020 bei PubMed sowie in der S3-Leitlinie Bruxismus erschienen sind, und zusätzlich wurde eine Handsuche in den jeweiligen Literaturverzeichnissen vorgenommen. Die verwendeten Suchbegriffe waren: tooth surface loss, (severe) tooth wear, (loss of) vertical dimension, tooth wear treatment options, prevalence of dental erosion, prevalence of dental abrasion, diagnosis and management of dental erosion, tooth wear index, tooth wear evaluation system. Der erste Teil dieser narrativen Übersichtsarbeit soll daher die Epidemiologie, Klassifikation und Diagnostik von nicht kariogenem Zahnhartsubstanzverlust beschreiben; in einem zweiten Teil werden die verschiedenen Behandlungsoptionen skizziert sowie effektive und evidenzbasierte Therapiemöglichkeiten mit dem Fokus auf restaurative prothetische Maßnahmen vorgestellt.

Normwerte für nicht kariogenen Substanzverlust

Hinsichtlich der Prävalenz von nicht kariogen bedingten ZHV kommt die Literatur zu differenten Ergebnissen, was insbesondere in der Heterogenität der Probandengruppen in Bezug auf Kollektivgröße, Alter und Ernährungsgewohnheiten begründet ist (Tab. 1).

So berichtete beispielsweise eine groß angelegte epidemiologische Studie, die mehr als 3100 junge europäische Erwachsene im Alter von 18–35 Jahren untersucht hat (3187 Patienten), über eine Prävalenz von nicht kariogenem ZHV bei rund 30% der jungen Erwachsenen [7]. Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2015 analysierte das Vorkommen von erosivem ZHV bei Kindern sowie jüngeren Erwachsenen im Alter von 8–19 Jahren und ermittelte eine Prävalenz von nicht kariogenem ZHV von 30% [45]. Eine weitere große epidemiologische Studie mit 1125 niederländischen Erwachsenen untersuchte die Parameter Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und den ZHV der betroffenen Zähne. Die Prävalenz von leichtem ZHV wurde mit 13%, von moderatem mit 80% und die von erheblichem ZHV mit 6% beschrieben. Männer und Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wiesen dabei in Bezug auf den Schweregrad einen höheren ZHV auf als Frauen oder Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Zudem zeigte sich, dass leichter bis moderater Zahnverschleiß häufig auftritt und seine Prävalenz mit dem Alter zunimmt [53].

ZHV ist bis zu einem gewissen Grad eine physiologische Altersbegleiterscheinung [6]. In vielen Studien ist der Substanzverlust bei Männern deutlicher ausgeprägt als bei ►►

► Frauen beschrieben [24], andere Arbeitsgruppen stellten wiederum keine geschlechterspezifischen Unterschiede fest [43]. Wissenschaftliche Untersuchungen beschrieben die Verkürzung der Unterkiefer- und Oberkieferschneidezähne vom 10. Lebensjahr bis zum 70. Lebensjahr anhand von 1239 bleibenden Oberkiefer- sowie Unterkieferschneidezähne von 346 Patienten. Dabei stellten sie fest, dass der physiologische ZHV bei Unterkieferschneidezähnen durchschnittlich 0,024 mm pro Jahr und bei oberen Inzisiven 0,017 mm [43] beträgt. Weitere Studien definierten, dass der physiologische ZHV bei Prämolaren 0,015 mm und bei Molaren sogar 0,029 mm pro Jahr beträgt [29]. Darüber hinaus scheint der ZHV periodisch mit Phasen der Progression und Remission zu verlaufen [44]. Überschreitet der ZHV diese ermittelten Normwerte oder liegen in Abhängigkeit vom Alter des Patienten schwere ZHV vor, muss dies vom Behandler rechtzeitig diagnostiziert werden, um eine patientengerechte und zielorientierte Therapie einleiten zu können. Anhand der in Tabelle 1 aufgelisteten Studien wird deutlich, dass nicht kariogener ZHV abhängig von genetischen Prädispositionen, Konsumgewohnheiten sowie Verhaltensmustern bereits in jeder Altersdekade diagnostiziert werden kann.

Klinische Leitbilder

Pathologischer ZHV kann verstärkte Sensibilitäten an den Zähnen bewirken, das ästhetische Erscheinungsbild beeinträchtigen oder funktionelle Probleme hervorrufen [34]. Um entscheiden zu können, wann der ZHV therapiert werden muss, ist es notwendig, diesen mit standardisierten Kriterien zu beurteilen, wofür das Patientenalter, der Grad des ZHVs und der Verlauf des ZHVs (episodisch oder progressiv) eine wesentliche Rolle spielen können. Besonders bei älteren Patienten ist ein erhöhter ZHV durchaus physiologisch, wobei durch den schleichenden Prozess die vertikale Dimension unverändert sein kann (These nach Dawson [11]). Eine Wiederherstellung des vermeintlichen Verlusts der vertikalen Kieferrelation, um beispielsweise das ästhetische Erscheinungsbild des Patienten zu verändern, kann dabei eine Überkompensation darstellen und potentiell parafunktionelle Aktivitäten oder funktionelle Beschwerden triggern [36]. Dennoch kann bei pathologischen Veränderungen eine zahnmedizinische Therapie indiziert sein. So bedingt besonders ZHV, der mit einem erheblichen Verlust (= 1/3) der klinischen Krone und Dentin-Exposition einhergeht, häufig die Indikation zur therapeutischen Intervention [34].

Autor	Kollektiv	Prävalenz
Abrasion		
Kitchin 1941 [27]	n = 200	20–29 J.: 58,0% 30–39 J.: 84,0% 40–49 J.: 96,0% 50–59 J.: 94,0%
Radentz et al. 1976 [42]	n = 80	17–45 J.: 50,0%
Bergström und Lavstedt 1979 [9]	n = 818	18–25 J.: 15,9% 26–35 J.: 37,6% 36–45 J.: 41,1% 46–55 J.: 40,3% 55–65 J.: 40,8%
Hand et al. 1986 [21]	n = 520	≥ 65 J.: 56,0%
Bergström und Eliasson 1988 [8]	n = 250	21–60 J.: 85,0% mind. 1 oberfl. Läsion 22,0% mind. 1 tiefe Läsion
Akgül et al. 2003 [1]	N = 428	20–30 J.: 2,0% 31–40 J.: 5,7% 41–50 J.: 12,9% ≥ 51 J.: 29,6% Gesamt: 9,1%

Autor	Kollektiv	Prävalenz
Erosion		
Nautsch und Klimm 1989 [38]	n = 300 (16–35 Jahre)	4,0%
Klimm et al. 1991 [28]	n = 2499 (16–35 Jahre)	3,4%
Jaeggi et al. 1999 [25]	n = 417 (19–25 Jahre)	82,0% (okklusale Erosion Grad I)
Williams et al. (1999) [56]	n = 525 (14 Jahre)	labial: 17,0% palatal: 12,0%
Deery et al. 2000[12]	n = 129 (11–13 Jahre) (UK) n = 125 (11–13 Jahre) (US)	UK: 41,0% US: 37,0%
Ganss et al. 2001 [19]	n = 1000 (Ø 11,4 Jahre)	Milchzähne: 71,0% Bleibende Zähne: 12,0%
Al-Ma Jed et al. 2002 [2]	n = 354 (5–6 Jahre) n = 862 (12–14 Jahre)	5–6 J.: 34,0% 12–14 J.: 26,0%
Al-Malik et al. 2002 [3]	n = 987 (2–5 Jahre)	31,0%
Schiffner et al. 2002 [47]	n = 655 (35–44 Jahre) n = 1027 (65–74 Jahre)	35–44 J.: 10,7% 65–74 J.: 7,9%
Arnadóttir et al. 2003 [4]	n = 278 (15 Jahre)	21,6%
Dugmore und Rock 2004 [13]	n = 1753 (12 Jahre)	59,7%
Caglar et al. 2005 [10]	n = 153 (11 Jahre)	28,0%
Peres et al. 2005 [39]	n = 499 (12 Jahre)	13,0%
Salas et al. 2017 [46]	n = 1210 (8–12 Jahre)	25,1%
Truin et al. 2005 [50]	n = 832 (12 Jahre)	24,0%
Wiegand et al 2006 [55]	n = 463 (2–7 Jahre)	Bis zu 32,0%

Tab 1: Studienergebnisse zur Prävalenz von Abrasionen und Erosionen

Tabellen 1/8 | Fotos 1, 5: A. Rosner; Fotos 2–4: S. Hahnel

Bei einer schnellen Progression können klinisch eine stark reduzierte Restzahnhartsubstanz oder eine vertikal massiv verkürzte Zahnkrone sichtbar werden und als klinisches Symptom verstärkt Sensibilitäten an den betreffenden Zähnen auftreten, beispielsweise durch die Exposition von Dentin mit Pulpabeteiligung. Eine vertikal massiv verkürzte Zahnkrone kann mit einem okklusalen Platzmangel korrelieren, der wiederum die therapeutischen Möglichkeiten limitiert. Nach Erfahrung der Autoren kann sich eine verringerte vertikale Dimension als Beeinträchtigung der Kau-effizienz, als negativer Verlauf der Lachlinie oder auch als erhöhter Interokkluslabstand darstellen. Aus diesen Gründen kann angenommen werden, dass die rekonstruktiven Maßnahmen zur Wiederherstellung von Funktion, Phonetik und Ästhetik umso umfangreicher werden, je später therapeutisch interveniert wird [35].

Diagnostik

Die zahnärztliche Betreuung und Therapie von Patienten mit nicht-kariogen bedingtem ZHV ist mitunter langwierig und anspruchsvoll, wobei ein strukturiertes Vorgehen die klinische Entscheidungsfindung und Behandlung erleichtert. Dabei sollte der ZHV und – nach Möglichkeit – auch der ▶▶

Grad	Zahnfläche	Kriterien
0	B/L/O/I C	keine Schliiffacetten in der Schmelzoberfläche keine Veränderung der Zahnform
1	B/L/O/I C	Schliiffacetten in der Schmelzoberfläche minimaler Verlust der Zahnform
2	B/L/O I C	Verlust von Schmelz mit Dentinfreilegung < 1/3 der Zahnoberfläche Verlust von Schmelz mit beginnender Dentinfreilegung Defekt ist weniger als 1 mm tief
3	B/L/O I C	Verlust von Schmelz mit Dentinfreilegung > 1/3 der Zahnoberfläche Substanzverlust von Schmelz und Dentin, ohne Sekundärdentinbildung oder Pulpaerfreilegung Defekt ist 1–2 mm tief
4	B/L/O I C	vollständiger Verlust der Schmelzoberfläche oder Sekundärdentinbildung oder Pulpaeröffnung Sekundärdentinbildung oder Pulpaeröffnung Defekt tiefer als 2 mm oder Sekundärdentinbildung oder Pulpaeröffnung

Tab 2.: Tooth Wear Index von Smith und Knight [48]; bei der Beschreibung der Zahnflächen steht „B“ für „bukale“, „L“ für „labiale“, „O“ für „okklusale“, „I“ für „inzisale“ und „C“ für „cervikale“ Flächen

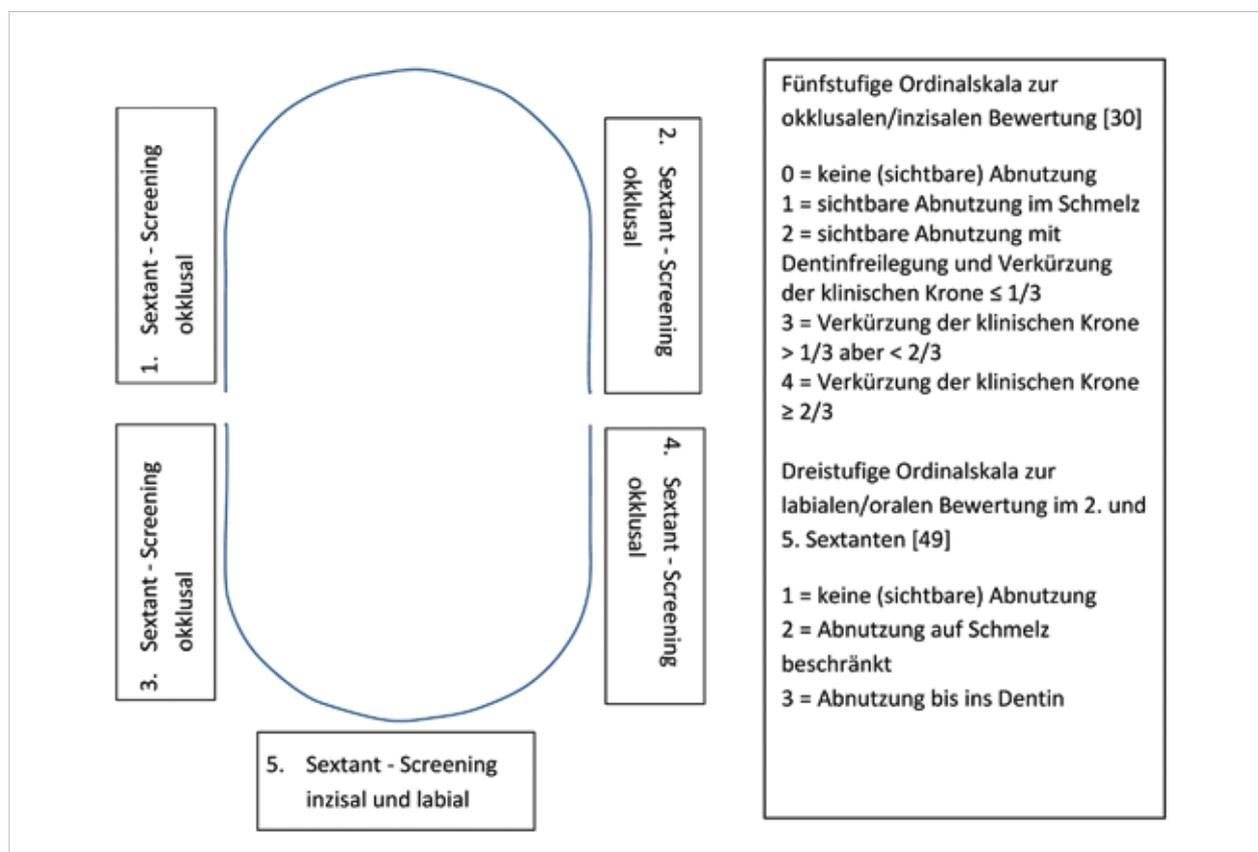


Abb. 1: Quantifizierung-Screening im TWES; zusätzlich zu einer 5-stufigen Graduierung in jedem Sextanten werden im 2. und 5. Sextanten die labialen/oralen Fläche über ein dreistufiges System beurteilt. Für jeden Sextant wird dabei der höchste Wert notiert.



Abb. 2–4: Patientenfall: Der Patient wurde zu Beginn der Behandlung anhand des TWES beurteilt. Für den Oberkiefer wurde ein Wert von 4 für alle 3 Sextanten (2. Sextant palatinal 3) ermittelt, im Unterkiefer lag ein TWES von 3 (4. und 6. Sextant) sowie von 2 für den 5. Sextanten vor.

► entsprechende Subtyp diagnostiziert werden [52]. Daran anschließend ist die Analyse des Ausmaßes sinnvoll [52]. Dafür stehen sowohl klinische Untersuchungen als auch Labortechniken wie beispielsweise das Überlagern von digitalen Aufnahmen zur Verfügung [33]. Indizes vermitteln den quantitativen Verlust der Zahnhartsubstanz und erleichtern es dem Behandler, den Verlauf des ZHV zu dokumentieren. Dabei stellt der „Tooth Wear Index“ (TWI) von Smith und Knight (Tab. 2) den wissenschaftlich am häufigsten angewendeten und am besten evaluierten Index für ZHV dar [35]. Der TWI eignet sich sowohl zur Beurteilung der Schwere des ZHV [48] als auch für regelmäßige Verlaufskontrollen. Er differenziert 4 Grade in Abhängigkeit vom Ausmaß des ZHV. Der ZHV wird in Orientierung an den anatomischen Strukturen für jede Zahnfläche gesondert erfasst. Eine Aussage zur Ätiologie der Abnutzung lässt sich mit diesem Index jedoch nicht treffen.

Vor einigen Jahren stellten Bartlett et al. einen alternativen Index vor [5]. Bei der „Basic Erosive Wear Examination“ (BEWE) wird der prozentuale ZHV zahnbezogen und sextantenweise ermittelt und je nach Ausmaß unterschiedlich bewertet (Tab. 3), wobei immer der schwerste Befund je Sextant dokumentiert wird. Durch das Zusammenzählen der Punkte pro Sextant ergeben sich die Gesamtpunktzahl und mögliche Therapieoptionen [5].

In der aktuellen, von der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK) koordinierten S3-Leitlinie zum Thema Bruxismus wird das ZahnAbnutzungsBewertungsSystem (ZABS, im Englischen „Tooth Wear Evaluation System“ = TWES) beschrieben, das eine Qualifizierung (Tab. 4) und Quantifizierung (Abb. 1–4) des ZHV ermöglicht. So kann ZHV mithilfe des TWES erkannt (Qualifizierung), der Schweregrad bewertet (Quantifizierung), die wahrscheinlichen Ursachen diagnostiziert und der Zustand sowie eine mögliche Progression überwacht werden. Der Grad des ZHV bestimmt die anschließende Therapie, wobei Wetselaar und Lobbezoo zwischen Diagnostikmodulen für allgemein tätige Zahnärzte und für Spezialisten differenzieren (Tab. 4) [52].

Die Risikobewertung bildet dabei einen wichtigen Aspekt einer evidenzbasierten und patientenorientierten Entscheidungsfindung. Bei Patienten mit schwerem ZHV sollten konservative Behandlungsmethoden wie präventive Maßnahmen und regelmäßige Nachsorgen gegenüber dem Risiko von weiterem Substanzverlust oder einem etwaigen Versagen von eingegliederten Restaurationen fundiert abgewogen werden.

Dazu sollten neben dem über einen Index quantifizierten Umfang des ZHV weitere Parameter in die Entscheidungsfindung einfließen, ob überhaupt eine Behandlung und, wenn ja, ob eine prothetische Restauration indiziert ist. Dazu zählen auch die Wünsche und Motivation seitens des Patienten. Im Rahmen der klinischen Behandlung stellten die Autoren gehäuft fest, dass Patienten mit ZHV eine restaurative Therapie wünschen, wenn Überempfindlichkeiten, Schmerzen beim Trinken und Essen sowie ästhetische Einbußen auftreten. Nicht selten trainieren sich die betroffenen Patienten im Laufe der Zeit eine Schonhaltung bei der Nahrungsaufnahme an. Es gilt abzuwägen, ob die erhöhte Sensibilität auf den Verlust von Zahnhartsubstanz zurückzuführen oder durch kariogene oder parodontale Defekte bedingt ist. Zudem sollten die Progression, das Patientenalter und die Ätiologie des ZHV in den Therapieentscheidungsprozess mit einfließen.

Auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Studien haben die Autoren der vorliegenden Arbeit einen Entscheidungsbaum entwickelt, der Behndlern eine Leitstruktur zur differenzierten Entscheidungsfindung bei Patienten mit ZHV an die Hand gibt (Abb. 5). Wichtig erscheint uns ►►

Score je Sextant	Bedeutung	
0	Kein ZHV	
1	Initialer ZHV	
2	Substanzverlust < 50%	
3	Substanzverlust ≥ 50%	
Risikobeurteilung	Gesamtpunktzahl (Summe der Scores)	Therapie
Kein Risiko	≤ 2	– Regelmäßige Kontrolle und Nachsorge
Geringes Risiko	3–8	– Motivation und Instruktion einer korrekten Mundhygiene und Ernährungsberatung – Engmaschige Kontrolle und Nachsorge und regelmäßige Befundkontrolle (alle 2 Jahre)
Mittleres Risiko	9–13	– Mundhygieneinstruktion sowie -remotivation und Ernährungsberatung – Strategien entwickeln, um die jeweiligen Ursachen zu beseitigen – Fluoridierungsmaßnahmen oder andere Strategien, um den Widerstand der Zahnoberflächen zu erhöhen – Regelmäßige Kontrolle des Verschleiß durch Gipsabdrücke, Fotos oder Silikonabformungen – Wiederholung in Abständen von 6 bis 12 Monaten
Hohes Risiko	≥ 14	– Mundhygieneinstruktion sowie -remotivation und Ernährungsberatung – Strategien entwickeln, um die jeweiligen Ursachen zu beseitigen – Fluoridierungsmaßnahmen oder andere Strategien, um den Widerstand der Zahnoberflächen zu erhöhen – Regelmäßige Kontrolle des Verschleiß durch Gipsabdrücke, Fotos oder Silikonabformungen – Wiederholung in Abständen von 6 bis 12 Monaten – Restaurationen können erforderlich werden

Tab. 3: Basic Erosive Wear Examination [5]

Klinische Zeichen für Erosion	
Nach Gandara und Truelove [17]	Nach Ganß und Lussi [18, 20]
<ul style="list-style-type: none"> – Okklusale „Kelch-“, inzisale „Furchen-“ und „Krater“-Bildung – Abnutzung nicht okkludierender Flächen – Angehobene Restaurationen – Breite Vertiefungen in glattem Oberflächenschmelz – Erhöhte inzisale Transluzenz – Blankes, nicht angelaufenes Erscheinungsbild von Amalgamfüllungen – Persistieren eines Schmelzkragens im Sulcus gingivalis – Überempfindlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Abrundung von Höckern und Fissuren – Angehobene Restaurationen – Abflachung von Erhebungen, Bildung von Vertiefungen mit größerer Breite als Tiefe – Persistieren eines Schmelzkragens im Sulcus gingivalis – Keine Plaque, Verfärbungen oder Konkremete – Glatte, seidig-schimmerndes bzw. seidig-glänzendes Erscheinungsbild, mitunter stumpfe Oberfläche
Klinische Zeichen für Attrition	
<ul style="list-style-type: none"> – Glänzende Facetten – Schmelz und Dentin nutzen sich im selben Grad ab – Übereinstimmende Abnutzung an okkludierenden Flächen – Mögliche Frakturen von Höckern und Restaurationen Abdrücke in Wange, Zunge oder Lippen¹ 	<ul style="list-style-type: none"> – Flach, spiegelglatt – Korrespondierende Merkmale an Gegenzähnen
Abdrücke in Wange, Zunge oder Lippen*	
Klinische Zeichen für Abrasion	
<ul style="list-style-type: none"> – Normalerweise im Zahnhalsbereich lokalisiert – Läsionen eher breit als tief – Meist Prämolaren und Eckzähne betroffen 	
¹ Zusätzliches Merkmal laut Wetselaar und Lobbezoo	

Tab. 4: Mithilfe des Moduls Qualifizierung im TWES wird es dem Behandler möglich, das Problem des Zahnhartsubstanzverlusts als solches zu erkennen [52].

Diagnosemodule – Basisdiagnostik für Allgemein Zahnärzte
Modul Qualifizierung
Modul Quantifizierung
Modul Quantifizierung – klinische Kronenlänge
Modul Dokumentation der Zahnabnutzung (Fotografien, Gipsmodelle)
Diagnosemodule – Erweiterte Diagnostik für Spezialisten
Modul Quantifizierung – detailliert: okklusal/inzisal und nicht okklusal/nicht inzisal
Modul zahnärztliche Anamnese, Fragebogen
Modul Speichelanalyse
Behandlungsmodule
Modul Beschwerden des Patienten vs. Gründe des Zahnarztes für einen Behandlungsbeginn
Modul Beginn der Behandlung
Modul Schwierigkeitsgrad

Tab. 5: ZahnabnutzungsBewertungsSystem (ZABS)/Tooth Wear Evaluation System (TWES) [52]; mit dem TWES ist es möglich, Zahnhartsubstanzverlust zu erkennen (Qualifizierung) und seinen Schweregrad zu bewerten (Quantifizierung). Darüber hinaus können mögliche Ursachen diagnostiziert und eine mögliche Progression kann dokumentiert werden.

- anzumerken, dass nicht immer eine restaurative Therapie indiziert ist. Gerade bei Patienten mit nicht kariogen bedingtem ZHV kommt der Prävention und Nachsorge ein enormer Stellenwert zu. Im Vorfeld einer invasiven Therapie sollte immer versucht werden, die Ursache für den ZHV zu identifizieren, um diesem entgegenzuwirken. Bei Patientenfällen mit restaurativem Therapiebedarf stehen verschiedenste Therapieoptionen und Materialien zur Verfügung, welche im zweiten Teil dieses Beitrags näher beleuchtet werden sollen [15, 16, 37].

TWES 2.0

Kurz nach Ende des Recherchezeitraums für diesen Übersichtsartikel publizierte die Autorengruppe Wetselaar, Wetselaar-Glas, Katzer und Ahlers eine überarbeitete Version des Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0) [57], deren wesentliche Modifikationen nachfolgend dargestellt werden sollen.

Stufe 1 – Zahnverschleiß-Screening (Tooth Wear Screening)

In der ersten Stufe des diagnostischen Prozesses steht nach wie vor das Zahnverschleiß-Screening (Tooth Wear Screening). Das Ziel dieses Screenings ist es, Patienten mit erhöhtem Zahnverschleiß schnell und unkompliziert zu

identifizieren. Das Zahnverschleiß-Screening ist so einfach konzipiert, dass dafür lediglich ein Mundspiegel notwendig ist. Im Rahmen der Dokumentation wird für jeden Sextanten der höchste von fünf Schweregraden eingetragen. Dieser ergibt sich aus der Beurteilung der Okklusalfächen und im 2. Sextanten zusätzlich aus der Inspektion der Palatinalflächen (Tab. 6).

Zur Erfassung des Verschleißgrades von Zahnhartsubstanz werden im TWES 2.0 nunmehr 5-stufige Ordinalskalen verwendet (Tab. 7, 8). Wurde im ursprünglichen TWES nur natürliche Zahnhartsubstanz hinsichtlich ihres Verschleißes überprüft, wird mit der Einführung des TWES 2.0 auch der Verschleiß an direkten und indirekten Restaurationen bewertet. Ein Summenwert wird nicht gebildet. Der so erfasste Grad des Verschleißes führt schließlich zur Ermittlung des Schweregrads. Der höchste Grad pro Sextant bestimmt die Gesamtbewertung.

- Grad 0 = kein Zahnverschleiß
- Grad 1 = leichter Zahnverschleiß
- Grad 2 = mäßiger Zahnverschleiß
- Grad 3 = erheblicher Zahnverschleiß
- Grad 4 = extremer Zahnverschleiß

Im Gegensatz zu dem TWES 1.0 sind zusätzliche Informationen zur medizinischen und zahnmedizinischen Anamnese sowie zur Beurteilung einzelner morphologischer Merkmale der erweiterten Diagnostik (Stufe 2) vorbehalten (siehe unten). Damit wird das Zahnverschleiß-Screening für den Praxisalltag überschaubar gehalten und der Zeit- und Arbeitsaufwand begrenzt.

Liefert das Zahnverschleiß-Screening Anhaltspunkte für einen erhöhten ZHV, wird eine ausführlichere Untersuchung (Stufe 2) – der Zahnverschleiß-Status – notwendig. Letzterer kann erhoben werden, wenn das Zahnverschleiß-Screening einen mäßigen Zahnverschleiß (Grad 2 in einem Sextanten) ergeben hat; der Zahnverschleiß-Status sollte erhoben werden, wenn ein erheblicher oder extremer Zahnverschleiß (Grade 3 und 4) festgestellt wurde. Wenn nach kurzer visueller Inspektion ein starker ZHV vorliegt oder wenn die Anamnese (oder spezielle Fragebogen) Indizien für einen pathologischen ZHV ergeben, empfiehlt das TWES 2.0, ohne vorheriges Zahnverschleiß-Screening direkt den Zahnverschleiß-Status zu erheben (Stufe 1 – Tooth Wear Screening kann übersprungen werden).

Stufe 2 – Zahnverschleißstatus (Tooth Wear Status)

Nach dem Stufenkonzept wird in der 2. Diagnosestufe eine detailliertere und damit komplexere Untersuchung durchgeführt. Beim Zahnverschleiß-Status (Tooth Wear Status) ist der höchste Grad pro Zahn für die Beurteilung des ZHV relevant. Dabei werden alle Zahnflächen jedes Zahns (okklusal/inzisal, vestibulär und oral) untersucht, gemäß ►►

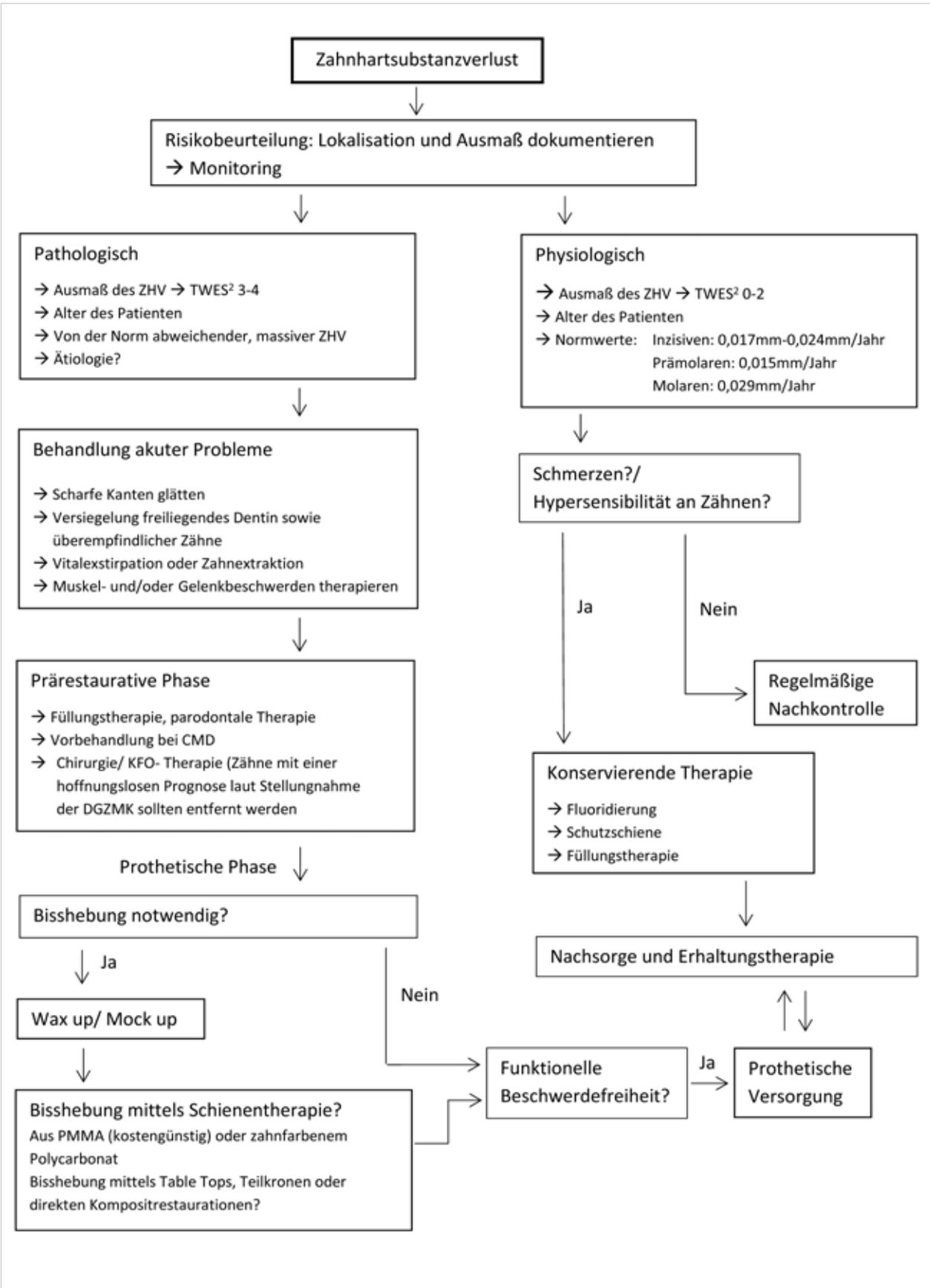


Abb. 5: Entscheidungsbaum für etwaige Therapieoptionen bei Patienten mit Zahnhartsubstanzverlust
²Einstufung mittels Tooth Wear Evaluation System 2.0.

1. Sextant	2. Sextant	3. Sextant
okklusal	okklusal	okklusal
	palatinal	
4. Sextant	5. Sextant	6. Sextant
okklusal	okklusal	okklusal

Tab. 6: Screening beim TWES 2.0

Grad	Bedeutung
0	kein (sichtbarer) Verschleiß
1	sichtbarer Verschleiß innerhalb des Schmelzes
2	sichtbarer Verschleiß mit Dentinfreilegung und Verlust der klinischen Kronenhöhe $\leq 1/3$
3	Verlust der klinischen Kronenhöhe $> 1/3$ aber $< 2/3$
4	Verlust der klinischen Kronenhöhe $\geq 2/3$

Tab. 7: Fünfstufige Skala für die okklusale und inzisale Beurteilung

Grad	Bedeutung
0	kein (sichtbarer) Verschleiß
1	sichtbarer Verschleiß innerhalb des Schmelzes
2	Verschleiß mit Dentinfreilegung (weniger als 50% der Fläche)
3	Verschleiß mit Dentinfreilegung (50% oder mehr der Fläche)
4	Verschleiß mit freiliegendem Dentin (vollständiger Verlust des Zahnschmelzes oder Freilegung der Pulpa)

Tab 8: Fünfstufige Skala zur Beurteilung von nicht okklusalen und nicht inzisalen (= oralen und vestibulären) Zahnflächen

- ▶ der 5-stufigen Ordinalskala bewertet und die einzelnen Werte in eine tabellenartige Grafik eingetragen. Der Zahnverschleiß-Status inkludiert auch potenziell vorliegende klinische Zeichen. Im TWES 2.0 werden zwei weitere – i.e. Schmelzsprünge und Torus mandibulae – und somit insgesamt 20 klinische Zeichen bewertet. Diese werden allerdings im TWES 2.0 nur noch in 2 Kategorien unterteilt, die den chemischen und den mechanischen Zahnverschleiß unterscheiden.

Diagnose und Behandlungsplanung

Mithilfe der gestellten Befunde kann eine detaillierte Diagnose sowie eine zielführende Behandlungsplanung erfolgen. Zunächst sollte der Umfang des ZHV benannt werden (generalisiert oder lokalisiert). Diese Information wird mit dem vorherrschenden Schweregrad des ZHV (leicht/mittel/

erheblich/extrem) kombiniert. Eine neue Fragestellung im TWES 2.0 ist, ob der beobachtete ZHV pathologisch ist. Diese Erweiterung ergibt sich aus einem Konsensuspapier, dass Verschleißgrad für die Bewertung entscheidend ist, ob der Zahnverschleiß individuell pathologische Folgen hatte und hat [34]. Das neue TWES 2.0 integriert diese Fragestellung strukturiert in den diagnostischen Prozess. Entsprechend den Ergebnissen jenes Konsensus sieht die neue Taxonomie vor, dass pathologischer Zahnverschleiß vorliegt, wenn ein mäßiger, erheblicher oder extremer Zahnverschleiß mit mindestens einem von 10 typischen Pathologie-Symptomen [57] kombiniert ist. Diese Pathologie-Symptome sind:

- ▶ Überempfindlichkeit oder Schmerzen
- ▶ funktionelle Schwierigkeiten beim Kauen
- ▶ Abbröckeln der Zähne/ Restaurationen
- ▶ Ästhetik beeinträchtigt durch Zahnverschleiß
- ▶ Phonetik beeinträchtigt durch Zahnverschleiß
- ▶ Verlust der vertikalen Dimension der Okklusion
- ▶ schnelle Progression des Zahnverschleißes
- ▶ nicht altersgerechter Zahnverschleiß
- ▶ Speichelzusammensetzung ungünstig
- ▶ nicht beeinflussbare ätiologische Faktoren

Schließlich wird auch die Bewertung der Ätiologie in die Diagnose einbezogen. So wird bei der Diagnosestellung angegeben, ob der ZHV hauptsächlich oder nur teilweise auf chemische und/oder auf mechanische Noxen zurückzuführen ist.

Als mögliche Therapiekonzepte stehen 2 Optionen zur Verfügung:

- ▶ Zum einen können beobachtende/präventive Maßnahmen vorgenommen werden, um die Progression zu hemmen oder zu stoppen.
- ▶ Sofern die Schwere des ZHV und die Pathogenität eine restaurative Intervention erfordern, kann diese noninvasiv mit direkten Restaurationen erfolgen.
- ▶ Zur Therapie ausgedehnter Defekte stehen alternativ indirekte restaurative Intervention zur Verfügung, wobei minimalinvasive Restaurationen den Verzug erhalten sollten.

Ziele des überarbeiteten TWES 2.0 sind das rechtzeitige Erkennen von verstärktem ZHV, die Unterscheidung der Verschleißursachen und die Abgrenzung pathologischer Verläufe. Dabei zielt die Struktur des Vorgehens auf eine gute Praktikabilität im Praxisalltag ab, um durch rechtzeitige Erkennung entsprechend auffälliger Patienten weitere Progressionen zu verhindern und dadurch umfangreichere restaurative Interventionen möglichst zu vermeiden. Die für das TWES 2.0 neu entwickelte Taxonomie zeigt dabei eine akzeptable Reliabilität sogar bei unerfahrenen Untersuchern [58].

Abrechnung

Die Erhebung des TWES 2.0 wird nicht in der „eingehenden Untersuchung“ der BEMA-/GOZ-Positionen berücksichtigt. Der Arbeitsausschuss Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer hat dies bestätigt und festgestellt, dass es sich sowohl beim Zahnverschleiß-Screening als auch beim umfangreichen Zahnverschleiß-Status um eine eigenständige Leistung auf wissenschaftlicher Grundlage handelt. Es wird vorgeschlagen, die Abrechnung über das Analogieverfahren nach § 6, Absatz 1 GOZ vorzunehmen und eine nach Art, Zeitaufwand und Schwierigkeit vergleichbare Entsprechungsleistung abzurechnen.

Zusammenfassung

Zahnsubstanzverlust ist ein per se physiologischer Prozess, der in seiner Ätiologie die Summe kumulativer, multifaktorieller Geschehen darstellt, die in letzter Konsequenz dazu führen, dass Zahnsubstanz irreversibel verloren geht. Ursächlich für die Entstehung sind neben exogenen auch endogene Faktoren, die sich in unterschiedlich starker Ausprägung manifestieren können. Dabei sind wichtige Parameter: das Patientenalter, die Schmelzdicke, Schmelzhärte, Speichelfließrate und Speichelzusammensetzung, der pH-Wert der Mundhöhle sowie Zahnfehlstellungen. Für eine Risikobeurteilung wurden im Lauf der Zeit verschiedene Indizes entwickelt. Bei der Entscheidung, ob eine prothetische Therapie erfolgen soll, müssen verschiedene Faktoren wie das Ausmaß des Zahnsubstanz-

verlusts in Bezug auf das Patientenalter berücksichtigt werden. Der von den Autoren entwickelte Entscheidungsbaum soll helfen, eine systematische Einschätzung von Zahnsubstanzverlust bei Patienten umzusetzen und mögliche Therapieoptionen aufzuzeigen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht. ■

Universitätsklinikum Freiburg, Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Medizinische Fakultät, Freiburg: Dr. Anuschka Josephine Roesner

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig: Dr. Anuschka Josephine Roesner, PD Dr. Angelika Rauch M.Sc.; Prof. Dr. Sebastian Hahnel

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Fakultät für Medizin, Universität Regensburg: PD Dr. Angelika Rauch M.Sc.; Prof. Dr. Michael Behr, Prof. Dr. Sebastian Hahnel,

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Zentrum für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, sowie CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf: PD Dr. M. Oliver Ahlers

Teil 2 lesen Sie im nächsten NZB

Die Literaturliste kann unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> heruntergeladen werden.



Vertragszahnärztliche Zahl des Monats

62

62: An der jährlichen Umfrage der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zu den Leistungen von gesetzlichen Krankenkassen bei einer professionellen Zahnreinigung (PZR) haben sich diesmal 62 von 97 angefragten Kostenträgern beteiligt. Dabei kam heraus: Viele Kassen gewähren zum Teil erhebliche Zuschüsse pro Jahr oder Termin in der Praxis und unterstützen damit gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei der Zahn- und Mundhygiene zusätzlich. Ein Großteil der Kassen gewährt einen Zuschuss unabhängig davon, in welcher Zahnarztpraxis die PZR durchgeführt wird. In solchen Fällen können Patienten in der Praxis ihrer Wahl die bezuschusste Leistung in Anspruch nehmen. Die aktuellen Ergebnisse der KZBV-Umfrage zur PZR sind unter www.kzbv.de/pzr-zuschuss kostenlos verfügbar. Praxen erhalten die Informationen zudem als tabellarische Übersicht in Ausgabe 22 der „Zahnärztlichen Mitteilungen“, die am 1. Dezember erschienen ist. ■

(Quelle: KZBV)



Foto: depositphotos.com - Dmytro Z

Häusliche Gewalt im zahnärztlichen Blickfeld

Unter dem Begriff „häusliche Gewalt“ wird die Gewaltanwendung innerhalb einer Partnerschaft, eines Haushalts oder einer Familie bezeichnet, wobei es sich nicht um einen eigenen Straftatbestand handelt als vielmehr um einen nicht sehr scharf definierten kriminologischen Begriff. So werden von manchen auch Kindesmisshandlungen und Misshandlungen von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege mit hinzugenommen, von anderen Autorinnen und Autoren wird der Begriff ausschließlich für innerpartnerschaftliche Gewalt reserviert, was sicherlich auch den größten Anteil ausmacht. In einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 2004, für die 10.000 Frauen befragt worden waren, gaben 37% von diesen an, mindestens einmal innerhalb einer Beziehung körperliche Gewalt erfahren zu haben, ein Drittel gab an, mehr als 10 Episoden körperlicher Gewalt erlebt zu haben. Ein Viertel der Befragten gab an, mehrfach körperliche Gewalt oder sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Häusliche Gewalt ist jedoch nicht auf heterosexuelle Beziehungen mit der Verteilung Mann = Täter und Frau = Opfer beschränkt, es gibt auch umgekehrte Rollenverteilungen und entsprechende Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen. Die verschiedenen Formen der Gewalt (Textkasten 1) dienen dabei der Festigung hierarchischer Strukturen. Risikofaktoren für häusliche Gewalt sind eigenes Gewalterleben in der Herkunftsfamilie

des Täters, Missbrauch von Alkohol oder Drogen, Arbeitslosigkeit, geringes Familieneinkommen und die Anwesenheit von Kindern. Typisch ist ein chronisch-rezidivierender Verlauf aus 3 Phasen, die sich jedoch in ihrer Dauer und Häufigkeit mit der Zeit verändern, so dass eine Spirale der Gewalt entsteht: Auf eine Phase des Spannungsaufbaus folgt die Phase des Gewaltausbruchs, der eine Phase der Reue folgt. Mit der Zeit kommt es jedoch zur Verkürzung der Phase 1 (Spannungsaufbau) und zur Abnahme von Phase 3 (Reue), während in Phase 2 (Gewaltausbruch) die Art und Dauer der Gewaltanwendung zunehmen. Von außen betrachtet ist es oftmals unverständlich, dass die Opfer es dennoch nicht schaffen, sich aus einer solchen Beziehung zu lösen, wofür es jedoch viele Gründe gibt. Die wichtigsten Gründe sind die Angst vor dem Täter und das Gefühl der Ohnmacht, oftmals vergesellschaftet mit sozialer Isolierung oder emotionaler und finanzieller Abhängigkeit.

- ▶ Körperliche Gewalt
- ▶ Sexuelle Gewalt
- ▶ Psychische Gewalt
- ▶ Ökonomische Gewalt
- ▶ Soziale Gewalt

Textkasten 1: Formen der häuslichen Gewalt (ohne Kindesmisshandlung)

Die vier Formen der Kindesmisshandlung

Bei der Kindesmisshandlung werden vier Formen unterschieden: körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, seelische Misshandlung, sexueller Kindesmissbrauch, wobei die ersten drei Formen häufig miteinander kombiniert auftreten. Wie auch bei häuslicher Gewalt gegen Erwachsene ist die Häufigkeit nicht bekannt und es muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Die Kriminalstatistik erfasst für die körperliche Misshandlung ca. 4.000 Fälle pro Jahr, für den sexuellen Kindesmissbrauch ca. 16.000 Fälle pro Jahr. Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung werden nicht erfasst. Die Jugendämter registrieren jährlich rund 50.000 Fälle von Kindeswohlgefährdungen.

Körperliche Gewalt wie auch körperliche Vernachlässigung hinterlassen Spuren am Körper, die erkannt werden sollten. Die wichtigste Voraussetzung hierfür ist, dass von ärztlicher bzw. zahnärztlicher Seite überhaupt Verdacht geschöpft wird. Es dürfte eher selten der Fall sein, dass sich eine Patientin oder ein Patient konkret hilfeschreit äußert, in der zahnärztlichen Praxis noch viel seltener als in der hausärztlichen Praxis. Typische Gründe für eine ärztliche Konsultation sind gesundheitsgefährdendes Verhalten (Alkoholkonsum, Rauchen, Drogen oder Selbstverletzungen), psychosomatische Erkrankungen (chronisches Schmerzsyndrom, muskuloskelettale Beschwerden/Verspannungen, Reizdarm, Asthma, tachykarde Herzbeschwerden), Essstörungen, Depression, Angst, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen neben den körperlichen Folgen von Gewalt wie Verletzungen oder Vernachlässigung. In der zahnärztlichen Praxis dürften solche Befunde oder Feststellungen eher nebenbefundlich auffallen. Bei Kindern sind es Verletzungen mit sturzuntypischer Verteilung, ein reduzierter Pflegezustand, Hinweise auf eine verzögerte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nach Verletzungen, das Vorliegen zusätzlicher Verletzungen bei der körperlichen Untersuchung und fehlende, vage, unklare oder wechselnde Erklärungen zur Verletzungsentstehung, die den Verdacht auf eine Misshandlung aufkommen lassen sollten.

Im zahnärztlichen Blickfeld sind nicht nur die Zähne, sondern der gesamte Kopf, darüber hinaus Hals und Hände, die nicht von der Bekleidung bedeckt sind. Hinzu kommt der Allgemeindruck hinsichtlich des Pflegezustandes. Hinweisend auf Misshandlungen können die im Textkasten 2 aufgeführten Befunde sein. Bei den Zähnen kann es durch stumpfe Gewalteinwirkungen zu Frakturen, Impressionen, Dislokationen oder Avulsionen kommen, wobei die Differenzierung zwischen Schlag und Sturz im Einzelfall schwierig sein kann. Impressionen und Frakturen der Frontzähne des Oberkiefers sind zwar typisch für akzidentelle Stürze, es muss aber bedacht werden, dass Art,

- ▶ Allgemeiner Eindruck
 - Allgemeinzustand, Pflegezustand, Verhalten
- ▶ Behaarter Kopf
 - Schwellungen, Schürfungen, blutige Verletzungen
- ▶ Gesicht
 - **Mundhöhle:** Verletzungen von Zähnen, Kiefer, Mundschleimhaut; Pflegezustand
 - Nase, Wangen, Augen
- ▶ Hals
 - Hämatome, Schürfungen
- ▶ Arme
 - Hämatome, Schürfungen, Schwellungen, Pflegezustand

Textkasten 2: Mögliche Hinweise auf Misshandlungen

Schwere und Lokalisation von Verletzungen von mehreren Faktoren abhängig sind, wie beispielsweise der Kopfhaltung bei der Gewalteinwirkung. Frakturen des Gesichtsschädels, insbesondere eine isolierte Unterkieferfraktur bei Kindern gelten als hochverdächtig auf Misshandlungen.

Verletzungen des Gesichts lassen generell leicht den Verdacht auf eine Misshandlung aufkommen, wobei es kaum beweisende Befundkonstellationen zur Unterscheidung von sturz- und misshandlungsbedingter Entstehung gibt. Verletzungen der Augen, Wangen und der Nase sind zwar häufig Folgen von Schlägen, können aber prinzipiell auch unfallmäßig entstehen.

Generell hochverdächtig auf Misshandlungen sind Verletzungen der Ohren. Trotz exponierter anatomischer Lage werden die Ohren vergleichsweise selten bei Stürzen verletzt. Hämatome als Folgen von Fausthieben oder Tritten bedürfen einer Behandlung durch Punktion der Blutung, da diese die Versorgung des Ohrknorpels behindern. Unterbleibt eine Behandlung, so kommt es zur Nekrose der Ohrknorpel und zur Ausbildung eines sogenannten „Blumenkohlohrs“. Risswunden am rückwärtigen Ansatz der Ohrmuschel sind die typischen Folgen eines übermäßigen Zugs an der Ohrmuschel nach vorne.

Punktförmige Blutungen der Haut retroaurikulär kommen bei einer Strangulation (Drosseln oder Würgen) vor. Sie sind – wie auch Petechien der Lid- und Bindehäute sowie der Schleimhäute von Mund und Nase – Folgen einer venösen Stauung durch äußeren Druck auf die Halsweichteile mit Kompression der Vv. jugulares. Bei stärkerem ▶▶

► Druck kommt es zudem zur Verminderung des arteriellen Blutstroms zum Kopf infolge Kompression der Halsschlagadern. Zusätzlich tritt eine Behinderung der Atmung durch Kompression von Kehlkopf und Luftröhre auf. In seiner pathophysiologischen Wertigkeit umstritten sind die Folgen einer Aktivierung des parasympathischen Nervensystems durch Druck auf Gefäßnervenscheide. Sie können wohl nur in seltenen Einzelfällen dazu führen, dass es zu einer raschen Bewusstlosigkeit durch eine vagusbedingte Synkope kommt. Neben den bereits genannten punktförmigen Hauteinblutungen können an der Halshaut Rötungen, Schürfungen oder Blutunterlaufungen im Sinne von Würgemalen gefunden werden. Diese können aber auch fehlen: Je weicher und flächenhafter die Gewalteinwirkung, desto weniger erscheint die Halshaut verletzt. Bei Verdacht auf Drossel- oder Würgevorgänge sollte unbedingt nach Heiserkeit und Schluckschmerzen gefragt werden, ferner nach Schwarzwerden vor den Augen, Sternchensehen, Bewusstlosigkeit, Kot- oder Urinabgang.

Verletzungen der Unterarme und Hände, welche ebenfalls noch im zahnärztlichen Blickfeld sind, sind oftmals unspezifisch in ihrer Morphologie. So kann oftmals unterschieden werden, ob sie im Rahmen einer körperlichen Auseinandersetzung oder im Alltag entstanden sind. Dennoch lohnt der Blick auf die Hände, zumal wenn auch sonst mögliche Hinweise auf eine vorangegangene Gewalttat vorliegen. Folgen von körperlichen Auseinandersetzungen sind häufig Hämatome, Schwellungen und Schürfungen, vor allem an den Handrücken und den Streckseiten der Finger. Hinzu kommen schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, die bei einem oberflächlichen Blick gar nicht aufzufallen brauchen, oder Abbrüche der Nagelränder. Handrücken und Streckseiten der Unterarme sind diejenigen anatomischen Regionen, bei denen passive Abwehrverletzungen (Deckungsverletzungen) lokalisiert sind.

- Patientin/Patient allein im ungestörten Sprech-/Behandlungszimmer
- Auf nonverbale Signale achten
- Immer ausreden lassen, auch Stille aushalten
- Nie vorschnell urteilen
- Das Wort „Opfer“ im Erstkontakt vermeiden
- Paraphrasieren oder spiegeln

Ohne Vertrauen keine Mitteilung. Vertrauen ansprechen, dafür danken.

Textkasten 3: Den Verdacht auf häusliche Gewalt ansprechen

Die ärztlichen Aufgaben

Die ärztlichen Aufgaben lassen sich schlagwortartig mit den Schritten Verdacht schöpfen – Erkennen – Ansprechen – Dokumentieren – Behandeln – Beraten beschreiben, wobei das Verdachtschöpfen und Erkennen einerseits eng miteinander verknüpft, andererseits auch die kritischen Schritte sind. Erstaunlicherweise wird ärztlicherseits wie zahnärztlicherseits die Möglichkeit häuslicher Gewalt oft gedanklich ausgeblendet. Hinzu mag erschwerend kommen, dass das Ansprechen des Verdachts unangenehm und mit Unsicherheiten verbunden sein mag. Beim Ansprechen ist es wesentlich, dies in einer vertraulichen und ungestörten Atmosphäre zu tun (Textkasten 3). Die Dokumentation der Befunde sollte am besten sowohl in wörtlicher Beschreibung als auch fotografisch erfolgen. Die Verletzungen sollten möglichst detailreich beschrieben werden, unter Nennung von Art, Größe, anatomischer Lokalisation, nicht als zusammenfassende Diagnose, da solche ggf. in einem späteren Gerichtsverfahren kaum rekonstruktiv verwendet werden können. Vermerkt werden sollten auch stichwortartig die Anamnese, die Zeitpunkte von Vorfall und Untersuchung sowie die Namen der Untersucherin/des Untersuchers und von Anwesenden. Als Gedankenstütze und Orientierungshilfe empfiehlt sich die Verwendung eines Dokumentationsbogens, wie er im Internet frei verfügbar ist (z.B. über die Ärztekammer Niedersachsen <https://www.aekn.de/aerzte/infos-fuer-klinik-und-praxis/haeusliche-gewalt>), wenn auch meistens nicht in einer auf die spezielle Situation bei Zahnärztinnen/Zahnärzten abgestimmten Version.

Die Behandlung

Die Behandlung erfolgt entsprechend den medizinischen Notwendigkeiten und Leitlinien unabhängig von den Umständen des Falls. Anschließend sollte sich auf jeden Fall eine Beratung über die Hilfemöglichkeiten. Diese mögen regional recht unterschiedlich sein, sind aber auch in einem Flächenland mit großen ländlichen Anteilen vorhanden. Informationen sind über das Internet, beispielsweise mit der Stichwortsuche „Hilfe bei häuslicher Gewalt“ leicht zu erhalten. Zudem gibt es auch Online-Hilfsangebote, wie etwa das Netzwerk Probeweis (<https://www.probeweis.de>), das vom Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover geleitet wird. Andere Hilfsangebote gibt es etwa über den Weißen Ring, die lokalen Frauenhäuser und die Gleichstellungsbeauftragten der Kommunen. Es empfiehlt sich, neben dem Dokumentationsbogen auch eine Liste der entsprechenden Hilfsangebote zur Hand zu haben. ■

Prof. Dr. Michael Bohnert,
Institut für Rechtsmedizin der Universität Würzburg



Beitragszahlung I. Quartal 2023

Der Kammerbeitrag für das I. Quartal 2023
ist fällig.

Hannover, im Januar 2023

ZKN AMTLICH

Bitte
beachten!

Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages – Selbstzahlergebühr

Sicher kennen Sie das auch: Wie schnell vergisst man in der Hektik des Praxisalltags einen Termin oder eine Überweisung. Auch bei den vierteljährlich zu leistenden Kammerbeiträgen kann es passieren, dass die Zahlungsfristen versäumt werden, wodurch dann automatisch ein Mahnverfahren in Gang kommt. Dies können Sie durch die Erteilung einer Einzugsermächtigung (SEPA-Mandat) an die ZKN vermeiden.

Hinzu kommt: Allen Kammermitgliedern, die der ZKN kein SEPA-Mandat erteilen, wird seit dem 01.01.2022 eine Selbstzahlergebühr in Höhe von EUR 2,00 pro Monat (EUR 24,00 pro Beitragsjahr) berechnet. Dies wurde von der Kammerversammlung beschlossen und dient dazu, den höheren Verwaltungs- und Buchhaltungsaufwand durch Einzelüberweisungen abzudecken.

Das Formular für das SEPA-Mandat finden Sie auf der ZKN-Homepage über den untenstehenden QR-Code. Sie können dieses selbstverständlich auch telefonisch, per E-Mail oder per Fax anfordern. Bitte senden Sie das Formular von allen Kontoinhabern unterschrieben an die ZKN zurück. Die Einzugsermächtigung können Sie jederzeit widerrufen.

Rufen Sie gern an, wenn Sie noch Fragen haben.

**Ansprechpartnerinnen
(die Zuständigkeit richtet sich
nach dem Anfangsbuchstaben
Ihres Nachnamens):**



A-G:

Sabine Koch
Tel.: 0511 83391-144
Fax: 0511 83391-42144
E-Mail: skoch@zkn.de

M-T:

Katharina Gustorf
Tel.: 0511 83391-146
Fax: 0511 83391-42146
E-Mail: kgustorf@zkn.de

H-L:

Anke Hildenbrant
Tel.: 0511 83391-145
Fax: 0511 83391-42145
E-Mail:
ahildenbrant@zkn.de

U-Z:

Sabine Koch
Tel.: 0511 83391-144
Fax: 0511 83391-42144
E-Mail: skoch@zkn.de



Foto: © stock.adobe.com - Vadim

EINFÜHRUNG DER PERSONENBEZOGENEN ZAHNARZTNUMMERN ZUM 1. JANUAR 2023

Lebenslänglich

Die Einführung einer personenbezogenen, bundesweit einheitlichen und lebenslang gültigen Zahnarzt Nummer ist schon seit längerem beschlossene Sache – im ärztlichen Bereich existiert eine solche Nummer bereits seit 2008. „Lebenslänglich“ beinhaltet kleine Ausnahmen in Detailfragen, die zunächst ohne Bedeutung sind. Nachdem die zunächst für Januar 2020 geplante Umsetzung bei den Zahnärzten aufgrund der Corona-Pandemie verschoben wurde, wird die Verwendung der Zahnarzt Nummer nun ab 1. Januar 2023 Pflicht sein. Die Zahnarzt Nummer ist „personeneindeutig“; sie schließt Doppelungen aus und ermöglicht eine Identifikation der Zahnärztinnen und Zahnärzte für die gesamte Dauer ihrer vertragszahnärztlichen Tätigkeit – unabhängig vom Tätigkeitsort. Wer erhält eine Zahnarzt Nummer, wofür wird sie verwendet, warum gibt es die Zahnarzt Nummer überhaupt? – Das NZB gibt Antworten auf die wesentlichen Fragen.

Regelung für die vertragszahnärztliche Versorgung

Grundlage für die personenbezogene Zahnarzt Nummer ist § 293 Abs. 4 SGB V. Hintergrund ist die eindeutige Zuordnung zahnärztlicher Leistungen und Verordnungen zu den Zahnärzten, die sie erbracht haben. Bereits mehrfach hatten sich die gesetzlichen Krankenkassen in der Vergangenheit auf diesen Paragraphen berufen und auf die Einführung der Zahnarzt Nummer gedrungen, die auch im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln sei. Die Krankenkassen forderten dabei allerdings die Kennzeichnung jeder Einzelleistung mit der Nummer des Zahnarztes, der

die (Teil-)Leistung erbracht hat. Dafür sah die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) keine rechtliche Grundlage. Dies sei im zahnärztlichen Bereich aufgrund der Abrechnungssystematik im Einheitlichen Bewertungsmaßstab auch nicht sinnvoll, argumentierte sie. Nachdem auf dem Verhandlungsweg keine Einigung für eine bundesmantelvertragliche Regelung zur Zahnarzt Nummer erzielt werden konnte, rief der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Bundesschiedsamt an.

In der mündlichen Verhandlung im Sommer 2019 konnte die KZBV eine Pflicht zur Einzelleistungskennzeichnung erfolgreich abwenden und die von den Kassen geforderte Übernahme der ärztlichen Regelungen für den zahnärztlichen Bereich verhindern. Damit werden auch weiterhin Behandlungsfälle in ihrer Gesamtheit abgerechnet. Neu ist, dass ab Januar 2023 zu jedem Behandlungsfall die Zahnarzt Nummern der an der Behandlung beteiligten Zahnärzte angegeben werden müssen. Das in der Abrechnungsdatei, die die Zahnarztpraxis an die KZV liefert, enthaltene Datum ist dann ebenso in dem Datensatz enthalten, den die KZV an die Krankenkassen übermittelt. Die bisherige Praxisabrechnungsnummer bleibt erhalten.

Die von den Krankenkassen analog zur Regelung bei den Ärzten geforderten Betriebsstättennummern für alle Praxen, Zweigpraxen und Niederlassungen wird es bei den Zahnärzten dagegen nicht geben. Bei Medizinischen Versorgungszentren wird zusätzlich der Name der zahnärztlichen Leitung übermittelt.

Angaben zur Zahnarzt Nummer stehen künftig im Bundeszahnarztverzeichnis. Das ist eine Datei, in der bereits jetzt die an der vertragszahnärztlichen Versorgung beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die ermächtigten und angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte geführt werden. Die KZBV stellt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die gesetzlich vorgesehenen Angaben (zum Beispiel Titel, Geschlecht, Name und Anschrift der Praxis) monatlich zur Verfügung. Die Angaben im Bundeszahnarztverzeichnis müssen so gestaltet sein, dass sie auch den Krankenkassen und ihren Verbänden die Identifikation von Zahnärztinnen und Zahnärzten für die gesamte Dauer ihrer vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglichen.

Wie setzt sich die Zahnarzt Nummer zusammen?

Die Zahnarzt Nummer setzt sich aus insgesamt neun Ziffern zusammen: einer sechsstelligen eindeutigen Ziffernfolge (Ziffern 1 bis 6), einer Prüfziffer (Ziffer 7) und einer zweistelligen Zahnarzt Kennung (Ziffern 8 und 9). Die siebenstellige Ziffernfolge wird entweder um die zweistellige Zahnarzt Kennung „91“ oder im Falle von Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgen um die Ziffer „50“ ergänzt.

Die Zahnarzt Nummer muss im Personalienfeld der entsprechenden Formulare angegeben werden. Bereits seit dem 1. Juli 2021 wird hier ein Ersatzwert (999999991) aus neun Ziffern eingetragen, der ab dem 1. Januar 2023 durch die „echte“ Zahnarzt Nummer ersetzt wird. Die Praxisverwaltungssysteme werden die Zahnarzt Nummer bei allen digitalen Anwendungen, d.h. bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, beim elektronischen Rezept sowie beim elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren, automatisch bereitstellen.

Bei einem Wechsel in einen anderen KZV-Bereich muss die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt der neuen KZV seine bereits vorhandene Zahnarzt Nummer aktiv mitteilen.



Foto: © stock.adobe.com - RomanR

Ab Januar 2023 müssen zu jedem Behandlungsfall die Zahnarzt Nummern der an der Behandlung beteiligten Zahnärzte angegeben werden.

Wie erhalte ich meine Zahnarzt Nummer?

Ende Januar 2022 einigten sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband abschließend über die Rahmenbedingungen der Zahnarzt Nummernvergabe: Die Vergabe erfolgte dezentral auf Landesebene durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Dazu hatte die KZBV jeder KZV im Mai einen Nummernpool zur Verfügung gestellt. Das Nummernkontingent richtet sich nach der Mitgliederzahl der jeweiligen KZV. Die KZV Niedersachsen hat ihren Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten, angestellten und ermächtigten Zahnärztinnen und Zahnärzten ihre Nummern im November letzten Jahres zugewiesen. Ausgenommen sind lediglich Assistenzzahnärztinnen und -zahnärzte. Ab 1. Januar 2023 muss diese Nummer verbindlich genutzt werden. ■

_____ Kirsten Behrendt
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, 10/2022

Die rechtlichen und vertraglichen Grundlagen zur Einführung der Zahnarzt Nummer und deren Vergabe können unter www.kzbv.de – Zahnärzte – Rechtsgrundlagen – Sonstige Verträge und Abkommen – Einführung einer Zahnarzt Nummer (Verwendung ab 1.1.2023) eingesehen werden.

Die Zahnarzt Nummern sind nach folgendem Schema aufgebaut:

Ziffer 1	Ziffer 2	Ziffer 3	Ziffer 4	Ziffer 5	Ziffer 6	Ziffer 7	91
Identifizierung des Zahnarztes						Prüfziffer	Zahnarzt Kennung

Ziffer 1	Ziffer 2	Ziffer 3	Ziffer 4	Ziffer 5	Ziffer 6	Ziffer 7	50
Identifizierung des MKG-Chirurgen						Prüfziffer	MKG-Kennung

44 neue ZMVs in die Praxen entlassen

Im Rahmen einer kleinen Feierstunde erhielten glückliche Absolventinnen und Absolventen ihre Abschlusszertifikate als erfolgreich geprüfte Zahnmedizinische Verwaltungsassistentinnen und -assistenten. Sie alle haben sich erfolgreich auf den Zahn fühlen lassen.

Vorstand und Mitarbeiter/-innen der ZKN gratulieren allen ZMVs ganz herzlich, danken ihnen und ihren Fortbildungspraxen für das große Engagement während der Fortbildungszeit und wünschen für die Zukunft alles erdenklich Gute. ■

_____ *Katrin Jochens*

_____ *Leiterin der ZKN-Fortbildungsabteilung*

Foto: Refiensahl/ZKN



Die 19 Absolventinnen in Hannover am 19. Dezember 2022

Foto: Sacher/ZKN



Die 25 Absolventinnen in Rastede am 23. November 2022
(es fehlen auf dem Foto die erfolgreichen Absolventen Frau Dieken & Herr Ollroth)

Der Fürsorgeausschuss der Zahnärztekammer Niedersachsen

UNTERSTÜTZUNG FÜR KAMMERMITGLIEDER



Der Fürsorgeausschuss der Zahnärztekammer Niedersachsen wird von der Kammerversammlung gewählt und hat die Aufgabe, über Anträge auf Ermäßigung und Erlass von Beiträgen oder die Gewährung von Zuwendungen zu entscheiden. Aktuell gehören dem Ausschuss die folgenden Mitglieder an: Dr. Wolfhard Ross aus Stade (Vorsitz), Dr. Uwe Herz aus Oldenburg (stellvertretender Vorsitz) und Dr. Jörg Thomas aus Wolfenbüttel. Zuständige Vorstandsreferentin ist Silke Lange aus Bad Zwischenahn.

Der Hauptteil der Anträge auf Beitragsermäßigung stammt von Kammermitgliedern mit geringer finanzieller Leistungsfähigkeit auf Grund niedriger Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit. Diese werden überwiegend direkt von der ZKN-Verwaltung bearbeitet. Zur Entscheidung ist eine schriftliche Antragstellung innerhalb des laufenden Beitragsjahres unter Vorlage der einschlägigen Einkommensnachweise erforderlich. Dabei sollte der Antrag möglichst frühzeitig gestellt werden, da eine rückwirkende Ermäßigung nur für das laufende Beitragsjahr möglich ist.

Daneben entscheidet der Fürsorgeausschuss in Fällen einer besonderen sozialen Härte über Zuwendungen, um erhebliche finanzielle Mehrbelastungen von Kammermitgliedern



Foto: depositphotos.com - stakkete

oder deren Familienangehörigen abzumildern, insbesondere bei Krankheit, Unfall oder Tod. Voraussetzung ist, dass eine vom Antragsteller bzw. von der Antragstellerin persönlich nicht zu vertretende Notsituation eingetreten ist, die dazu führt, dass der Lebensunterhalt nicht mehr selbst bestritten werden kann.

Das Antragsformular für eine Beitragsermäßigung sowie Informationen zu den einzureichenden Nachweisen und Unterlagen sind bei der Geschäftsstelle der ZKN erhältlich. Hierfür steht Ihnen Herr Wendte gerne zur Verfügung (Tel.: 0511 83391-108; jwendte@zkn.de). Weitere Einzelheiten sind darüber hinaus in den Richtlinien für die Entscheidung über Anträge auf Ermäßigung und Erlass von Beiträgen sowie auf Gewährung von Zuwendungen und in der Beitragsordnung der ZKN niedergelegt. Diese Dokumente sind auf der Homepage der ZKN abrufbar (www.zkn.de – Publikationen – gesetzliche Grundlagen). ■

_____ Anita Henseler und Dr. Simon Neumann



LASSEN SIE SICH BERATEN:

Bei geringer Einkommenshöhe ist häufig eine Beitragsermäßigung möglich. Wir klären gerne mit Ihnen vorab, ob in Ihrem Fall eine Antragstellung erfolgversprechend ist. Ansprechpartner:

Herr Wendte, Tel.: 0511 83391-108,
jwendte@zkn.de.

Extraktionen plus Herzenswärme – Flüchtlingslager Vial auf Chios: Ein zahnärztlicher Erfahrungsbericht

„**L**ass uns das im nächsten Jahr auf jeden Fall wiederholen!“ – So verabschiedeten wir uns nach einer gemeinsamen Behandlungswoche im Oktober 2022 im Flüchtlingslager Vial auf der griechischen Insel Chios. „Wir“ – das sind meine Kollegin Christina Hakansson aus Stolberg bei Aachen und ich, Dr. Anne-Kathrin Lofruthe aus Oldenburg.

Für jede von uns beiden war es bereits der zweite Aufenthalt als Zahnärztin für das Dental Emergency Team (Dental-EMT) auf der Insel. Zuvor schon waren wir beide in verschiedenen Zeiträumen vor Ort gewesen. Meine Kollegin wurde im letzten Jahr durch ihren Sohn, der damals noch Zahnmedizinstudent war, unterstützt. Ich war mit meinem Mann – eigentlich Humanmediziner – als Assistent dort. Schon damals war die Arbeit als Zahnärztin im Flüchtlingscamp eine sehr bereichernde Erfahrung für mich, so dass schon kurz nach meiner Rückkehr feststand, dass ich das auf jeden Fall nochmal machen wollte. Im Oktober waren wir also gemeinsam vor Ort, um wieder zu helfen.

Durch den Krieg in der Ukraine ist es etwas aus dem öffentlichen Fokus geraten, dass nach wie vor täglich hunderte Menschen aus Krisengebieten mit Schlauchbooten versuchen, in die EU zu gelangen. Sie riskieren dabei ihr Leben, lassen ihre Familien zurück bzw. verlieren ihre Familien auf der Flucht – in der Hoffnung auf Sicherheit und eine menschenwürdige Zukunft. Nicht immer sind diese Fluchtversuche erfolgreich.



Dr. Anne-Kathrin Lofruthe und ihre Kollegin Christina Hakansson (v.l.) helfen gemeinsam im Flüchtlingslager auf der griechischen Insel Chios.

Die Flüchtlinge, die es ins Lager geschafft haben, sind zwar glücklich, aber auch gezeichnet von der Flucht. Besonders bewegt hat mich ein junger Mann aus dem Jemen, der bei uns im Behandlungsstuhl saß, an dessen Unterschenkeln ganz eindeutig Misshandlungsspuren zu sehen waren. In diesem Moment bekam für mich Krieg und Leid ein menschliches Gesicht.

Umso schöner ist das Gefühl, diesen Menschen, die unvorstellbares Leid erfahren haben, durch unsere berufliche Qualifikation zu helfen, aber auch menschlich zur Seite zu stehen. Tatsächlich besteht ein großer Behandlungsbedarf: Zu unserer Zeit kamen täglich etwa 10 Patientinnen bzw. Patienten mit unterschiedlichen Beschwerden zur Behandlung: hauptsächlich Extraktionen, endodontische Behandlungen, aber auch Füllungen und Zahnsteinentfernungen. Menschlich geholfen haben wir, weil wir eben die Patientinnen und Patienten nicht nur auf ihre Zahnprobleme reduziert haben, sondern immer auch ein bisschen Freundlichkeit und Mitgefühl überbringen wollten. Dass uns das offenbar gelungen ist, drückte sich am Beispiel von zwei jungen Geflüchteten aus. Die beiden kamen fast täglich, um Kleinigkeiten (Füllungen) machen zu lassen. Begründet haben sie ihre Besuche damit, dass auf der Zahnstation einfach so eine „happy and warm atmosphere“ ist. Das hat uns beide sehr gefreut.

Überhaupt war es für uns als Kolleginnen eine großartige Erfahrung, mit Gleichgesinnten zusammenzuarbeiten. Oftmals sehen Zahnärzte und Zahnärztinnen ja in ihresgleichen Konkurrenz – doch in diesem Projekt trifft man auf Kolleginnen und Kollegen mit viel Herzenswärme. So kam der Ausspruch direkt nach unserem Aufenthalt aus tiefstem Herzen: Wir planen die Wiederholung für dieses Jahr.

Einmal im Jahr findet ein Treffen aller teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen statt. Da besteht neben dem Austausch über die WhatsApp-Gruppe dann auch noch die Möglichkeit zum persönlichen Kennenlernen und Austausch. Wer Interesse an der Teilnahme hat: Es werden weiterhin Zahnärztinnen und Zahnärzte, aber auch Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFAs) gesucht. ■

→ Mehr Informationen gibt es unter: www.dental-emt.org

_____ Dr. Anne-Kathrin Lofruthe, Oldenburg



© stock.adobe.com - Monster Zstudio



ZKN-Relevante Rechtsprechung

Manchmal ist der Sachbearbeiter der Versicherung oder der Beihilfebeamte mit der Begründung für einen erhöhten Steigerungssatz noch nicht zufrieden. Der Patient wird daraufhin bitten, die Begründung näher zu erläutern. In einer solchen näheren Erläuterung führte ein Zahnarzt andere, bisher nicht vorgetragene Gründe an, um die Besonderheit des jeweiligen Behandlungsfalls darzulegen. Das Verwaltungsgericht München (Az.: M 17 K 18.4534 vom 6.04.2020) entschied jedoch, dass sich die nähere Erläuterung lediglich auf die bereits schriftlich in der Rechnung dargelegten Begründungen beziehen dürfe. Neue, andere Begründungen, die nicht an die in der Rechnung enthaltenen Begründungen anknüpfen, genügten hingegen nicht den Vorgaben des § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ. Das Verwaltungsgericht Schleswig-Holstein (Az.: 12 A 25/17 vom 1.11.2018) sah das völlig anders: Die in der Rechnung angeführten Begründungen dürfen in der näheren Erläuterung durch völlig neue, andere Begründungen ersetzt werden. Empfehlenswert erscheint, in der Rechnung bereits alle Gründe für erhöhte Steigerungssätze anzugeben und die Erläuterung auf diesen aufzubauen. ■

ZKN-Berechnungsempfehlung

Das genaue Lesen der Leistungsbeschreibungen einzelner Gebührennummern schafft häufig Klarheit über deren tatsächlichen Leistungsinhalt. So verhält es sich in diesem Beispiel: Die Geb.-Nr. 5110 GOZ umfasst zwar die Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion, nicht jedoch die Wiederherstellung selbst. Die Wiederherstellung jedes Brückengliedes/jeder Krone, die als Brückenanker dient, beispielhaft durch Erneuerung einer Verblendung, berechtigt zusätzlich je wiederhergestelltem Brückenglied/wiederhergestellter Ankerkrone zum Ansatz der Geb.-Nr. 2320 GOZ. ■

— *Dr. Michael Striebe,*
ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht



SIE HABEN FRAGEN, ANREGUNGEN RUND UM DIE GOZ UND DEREN ANWENDUNG?

Nehmen Sie Kontakt auf unter → rechtsabteilung@zkn.de.

Beratungsforum einigt sich auf analoge Leistungen in der Parodontitistherapie

Es sollte bekannt sein, ist es aber häufig nicht: Das **Beratungsforum von Bundeszahnärztekammer, Privater Krankenversicherung und der Beihilfe aus Bund und Ländern.**

Diesem Beratungsforum sind zum Beispiel die Corona-Hygiene-pauschalen zu verdanken, die bei der Behandlung von Privatversicherten gesondert berechnungsfähig waren. Aktuell haben sich die Vertreter der vorgenannten Institutionen einvernehmlich auf die nachstehenden Beschlüsse geeinigt. Diese folgen nahezu vollständig der von der Bundeszahnärztekammer zuvor erstellten gebührenrechtlichen Einordnung der Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III gemäß S3-Leitlinie.

Die Berechnung eines Gingival- und/oder Parodontalindex ist bei leitlinienkonformer Parodontitistherapie beschlussgemäß mehr als zweimal im Jahr möglich, alle anderen neuen analogen Leistungen werden bei Anwendung des 2,3-fachen Steigerungssatzes höher vergütet als vergleichbare Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten.

Zur besseren Orientierung sind unter den Beschlüssen jeweils die Gebühren zum 2,3-fachen Steigerungssatz angegeben.

„Die Parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. Die Ergebnisse sind auf einem wissenschaftlich anerkannten Formblatt vollständig zu dokumentieren. Dieses Formblatt ist dem Zahlungspflichtigen auf dessen Verlangen zu überreichen. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen für die parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading und Dokumentation als Analoggebühr die GOZ-Nr. 8000. Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „8000a“ mit der Beschreibung „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation“. Die GOZ-Nr. 4000 ist daneben nicht berechnungsfähig.

Die Ausfertigung des Formblattes für den Zahlungspflichtigen kann nach Auffassung der BZÄK, des PKV-Verbandes und der Beihilfeträger mit der GOZ-Nr. 4030 analog berechnet

werden. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „4030a“ mit der Beschreibung „Ausfertigung PAR-Formblatt.“

(64,68 € Parodontale Diagnostik/4,53 € Ausfertigung)

„Das qualifizierte parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch zum personalisierten Behandlungsplan in der 1. Therapiestufe gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. Die Leistung umfasst die Aufklärung über:

- ▶ Diagnose,
- ▶ Gründe der Erkrankung,
- ▶ Risikofaktoren,
- ▶ Therapiealternativen,
- ▶ zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung,
- ▶ die Option, die Behandlung nicht durchzuführen

sowie die Erläuterung des personalisierten Therapieplanes einschließlich notwendiger Verhaltensänderungen und allgemeinmedizinischer Wechselwirkungen. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2110. Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „2110a“ mit der Beschreibung „Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)“. Andere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.“

(41,26 €)

„Die subgingivale Instrumentierung in der 2. Therapiestufe gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und DGZMK ist aufgrund der darin nicht enthaltenen Weichgewebeskürettage nicht in der GOZ beschrieben. Die BZÄK, der PKV Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühren für die subgingivale Instrumentierung am einwurzeligen Zahn die GOZ-Nr. 3010a und am mehrwurzeligen Zahn die GOZ-Nr. 4138a. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzu-



Alle Beschlüsse finden sich auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer: <https://www.bzaek.de/goz/beratungsforum-fuer-gebuehrenordnungsfragen.html>



Foto: shutterstock.com - Andrey Popov

beugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: „GOZ-Nr. 3010a“ bzw. „4138a“ mit der Beschreibung „Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT)“. Die GOZ-Nrn. 4070 bzw. 4075 sind daneben nicht berechnungsfähig. Die Entfernung der gingivalen/supragingivalen weichen und harten Beläge sind originär nach der GOZ zu berechnen.“

(14,23 € einwurzeliger Zahn/28,46 € mehrwurzeliger Zahn + 3,62 € für die PZR)

„Die parodontologische Reevaluation ist nach medizinischer Notwendigkeit bis zu dreimal innerhalb eines Jahres berechnungsfähig. Sie umfasst die erneute Dokumentation des klinischen Befunds, einschließlich der Bestimmung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung, der Zahnlockerung, des Furkationsbefalls, des röntgenologischen Knochenabbaus sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter).

Die individuelle Reaktion auf die 2. bzw. 3. Therapiestufe und die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) wird bestimmt, indem die erhobenen Befunddaten mit den Daten der Eingangsdiagnostik, bzw. der vorangegangenen Befundevaluation (BEV) verglichen werden. Die Leistung enthält auch die Aufklärung des Patienten über die Maßnahmen der UPT und über die weiteren geplanten Interventionen. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die GOZ-Nr. 5070. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „5070a“ mit der Beschreibung „Befundevaluation – PAR“. Die GOZ-Nrn. 4000, 4005(a) und weitere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.“

(51,74 €)

„Die subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen im Rahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und DGZMK ist eine selbstständige, nicht in der GOZ beschriebene Leistung. Die Leistung ist gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen

als Analoggebühr die GOZ-Nr. 0090a für den einwurzeligen Zahn und die GOZ-Nr. 2197a für den mehrwurzeligen Zahn. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen, ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „0090a“ bzw. „2197a“ mit der Beschreibung „Subgingivale Instrumentierung – UPT“. Die GOZ-Nrn. 4070 bzw. 4075 sind daneben nicht berechnungsfähig. Die Entfernung der gingivalen/supragingivalen weichen und harten Beläge sind originär nach der GOZ zu berechnen.“

(776 € einwurzeliger Zahn/16,82 € mehrwurzeliger Zahn + 3,62 € PZR)

„Die Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z.B. des Parodontalen Screening-Index PSI) im Rahmen einer Unterstützenden Parodontitis-Therapie (UPT) – im Einklang mit der Empfehlung aus der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ zur Häufigkeit der Durchführung der UPT – mehr als zweimal im Jahr ist in der GOZ nicht beschrieben. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger sehen die GOZ-Nr. 4005 zusätzlich zur originären Leistung bis zu i.d.R. zweimal analog innerhalb eines Jahres als berechnungsfähig an.“

(10,35 €)

Auf Grund der zu vermutenden Berechnungshäufigkeit und im Interesse einer konfliktfreien Abrechnung ist die Bundeszahnärztekammer erstmalig von ihrer bisherigen Position abgewichen, keine konkreten Analoggebühren zu benennen.

Am Rande noch ein Hinweis: Das Beratungsforum hat sich bisher auf mehr als 50 Beschlüsse verständigt. Dazu nur ein Beispiel: Die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals ist analog berechnungsfähig. ■

— Dr. Michael Striebe, Hemmingen
ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht

Auswirkungen der Beschlüsse des Beratungsforums

Anhand eines Beispiels sollen Folgen der Beschlüsse des **Beratungsforums von Bundeszahnärztekammer, Privater Krankenversicherung und Beihilfe** für die Leistungsberechnung bei der leitlinien-gerechten Parodontistherapie aufgezeigt werden. Es existiert keine belastbare Statistik im Hinblick auf Rest-bezahnung, Erkrankungsgrad und Stadium des „durch-schnittlichen“ Parodontitispatienten. Insofern wohnt dem nachfolgenden Beispiel zwangsläufig eine gewisse Will-kürlichkeit inne. Trotzdem ist die Modellrechnung geeignet, die drastischen Konsequenzen aus den gebührenrechtlichen Beschlüssen zur Parodontistherapie aufzuzeigen. Bekanntermaßen war die Bundeszahnärztekammer bei der gebührenrechtlichen Einordnung des neuen Lei-stungsgeschehens bereits im Jahr 2021 zu der Erkenntnis gelangt, dass einige dieser Leistungen in der GOZ nicht beschrieben sind und daher der analogen Berechnung bedürfen.

In einer hierzu ergangenen Stellungnahme des PKV-Verbandes vom 8.02.2022 wurde u. a. ausgeführt: *„Sämtliche der in der S3-Leitlinie beschriebenen diagnos-tischen und therapeutischen Maßnahmen sind in der geltenden GOZ originär abgebildet. Es bestehen diesbe-züglich keine Regelungslücken. Für Analogabrechnungen, wie sie das Positionspapier der BZÄK postuliert, ist kein Raum.“* *„Der Privatzahnmedizin sind Mengengrenzungs-regelungen oder Leistungsausschlüsse fremd.“*

Darüber hinaus fand sich im Kommentar der PKV (Stand 8.12.2021) unter der Geb.-Nr. 1040 GOZ nachstehende Aussage:

„Auch wenn die PZR aufwendiger gewesen ist (z.B. die nicht-chirurgische Entfernung subgingivaler Beläge), rech-tfertigt dies keine andere Analogposition, insbesondere nicht die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nrn. 1040, 4070 und 4075 analog.“

Mit den aktuellen Beschlüssen hat sich die PKV von ihrer früheren Einschätzung verabschiedet.

Anhand der Behandlungsphase „Unterstützende Parodonti-stherapie (UPT)“ werden in der nachstehenden Tabelle die materiellen Folgen dieses Meinungswechsels aufgezeigt. Der Gegenüberstellung liegen folgende Annahmen zu Grunde:

Sitzungen	Leistungen/ Berechnung gemäß den früheren Vorstellungen der PKV		Leistungen/ Berechnung durch die Beschlüsse des Beratungs- forums von BZÄK, PKV und Beihilfe	
1. Tertial/1. Jahr	1010	12,94	1010	12,94
	1000	25,87	1000	25,87
	1040	77,14	1040	50,68
			4005	10,35
			0090a	62,08
			2197a	100,92
	Betrag:	115,95	Betrag:	262,84
2. Tertial/1. Jahr	1010	25,87	1010	25,87
	4005	10,35	4005	10,35
	1040	77,14	1040	50,68
			0090a	62,08
			2197a	100,92
	Betrag:	113,36	Betrag:	249,90
3. Tertial/1. Jahr	1010	25,87	1010	25,87
	4005	10,35	4005a	10,35
	1040	77,14	1040	50,68
			0090a	62,08
			2197a	100,92
	Betrag:	113,36	Betrag:	249,90
1. Tertial/2. Jahr	1010	12,94	1010	12,94
	1000	25,87	1000	25,87
	4000	20,70	1040	50,68
	1040	77,14	5070a	51,74
			0090a	62,08
			2197a	100,92
	Betrag:	136,65	Betrag:	304,23
2. Tertial/2. Jahr	1010	25,87	1010	25,87
	4005	10,35	4005	10,35
	1040	77,14	1040	50,68
			0090a	62,08
			2197a	100,92
	Betrag:	113,36	Betrag:	249,90
3. Tertial/2. Jahr	1010	25,87	1010	25,87
	4005	10,35	4005a	10,35
	1040	77,14	1040	50,68
			0090a	62,08
			2197a	100,92
	Betrag:	113,36	Betrag:	249,90
	Summe:	706,04	Summe:	1.566,67

Es besteht eine parodontale Erkrankung Grad C und ein behandlungsbedürftiger Restzahnbestand 17, 14, 13, 23, 24, 27, 37, 33-43 und 47. Die UPT erstreckt sich über 2 Jahre nach vorangegangener 1. und 2. Therapiestufe. Die Angabe der Beträge erfolgt in Euro. Die Leistungen wurden unter Anwendung des 2,3-fachen Steigerungssatzes berechnet.

Eine Ausnahme stellt die Geb.-Nr. 1040 GOZ (3,5-facher Steigerungssatz) in der Spalte „gemäß den früheren Vor-stellungen der PKV“ dar, da die PKV bei Einschluss der Entfernung subgingivaler Beläge einen erhöhten Steige-rungssatz anerkannt hatte. ■



Foto: shutterstock.com - Andrey Popov

Anhand eines weiteren Beispiels sollen Auswirkungen der Beschlüsse des **Beratungsforums** auf die Leistungsberechnung bei der leitliniengerechten Parodontitistherapie aufgezeigt werden.

Auch dieses Beispiel ist aus genannten Gründen nur exemplarisch. Trotzdem belegt auch diese Modellrechnung die materiellen Folgen der gebührenrechtlichen Beschlüsse zur Parodontitistherapie im Vergleich zur vorherigen Auffassung der PKV.

Dem Vergleich liegen in diesem Fall folgende Annahmen zu Grunde: Der Restzahnbestand umfasst die Zähne 17, 15-25, 27, 37, 35-45, 47. Alle Zähne sind gemäß der parodontalen Diagnostik behandlungsbedürftig. Erfasst werden Leistungen der 1. und 2. Therapiestufe, orientiert am Leistungsgeschehen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Angabe der Beträge erfolgt in Euro. Die Leistungen wurden unter Anwendung des 2,3-fachen Steigerungssatzes berechnet. Die Berechnung der Geb.-Nr. 70 GOÄ war nicht Gegenstand der Konsultationen, zugunsten der PKV wird unterstellt, dass die Gebührennummer in deren ursprünglichen Berechnungsvorstellungen Berücksichtigung gefunden hätte. Ebenso wird zum Vorteil der PKV unterstellt, dass die

Geb.-Nrn. 1 und 3 GOÄ im Behandlungsfall noch nicht in anderem Zusammenhang „verbraucht“ wurden. In der Realität dürfte sich das häufig anders darstellen. Die Entfernung supragingivaler/gingivaler Beläge konnte keine Berücksichtigung finden, da die Berechnung der Geb.-Nr. 1040 GOZ neben den Geb.-Nrn. 4070/4075 GOZ ausgeschlossen ist.

Über die konsentierten neuen Leistungen hinaus sind gemäß den Bestimmungen der GOZ weitere Leistungen berechnungsfähig. Zu denken ist zum Beispiel durch Beschluss des Beratungsforums an die Berechnung weiterer Parodontal- und/oder Gingivalindizes, oder, unter Beachtung von Konkurrenzklauseln in den neuen analogen Leistungen und den Berechnungsbestimmungen von GOZ und GOÄ, auch zusätzliche Beratungsleistungen. ■

_____ Dr. Michael Striebe, Hemmingen
ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht

LEISTUNGEN DER 1. UND 2. THERAPIESTUFE

Leistungen/Berechnung gemäß den früheren Vorstellungen der PKV		Leistungen/Berechnung durch die Beschlüsse des Beratungsforums von BZÄK, PKV und Beihilfe	
4005	10,35	4005	10,35
Ä70	5,36	Ä70	5,36
4000	20,70	8000a + 4030a	69,21
Ä1	10,72	2110a	41,26
1000	25,87	1000	25,87
Ä3	20,11	3010a	256,14
4070	232,92	4138a	170,76
4075	100,92	1040	86,88
4000	20,70	5070a	51,74
Summe:	447,65	Summe:	676,31

Die zu beachtenden, zugehörigen Beschlüsse und Leistungsbeschreibungen sind dem Leistungsverzeichnis „**Die Privat-zahnärztliche Parodontitis-therapie**“ zu entnehmen. Das Leistungsverzeichnis finden Sie unter folgendem Shortlink (PDF-Datei):
→ <https://t1p.de/PAR-GOZ-ZKN>



Die Leistungsbeschreibungen weiterer originärer Leistungen sind darüber hinaus auch den Gebührenverzeichnissen der GOZ und GOÄ zu entnehmen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die ZKN-GOZ-Abteilung:

Elena Weidehaus oder Hiba Dettmer
Tel.: 0511 83391-120 oder -182
E-Mail: goz-abteilung@zkn.de

Ausfallhonorare – und wie sie gelingen können

EIN REZEPT ZUM SELBERMACHEN

Bereits seit Jahrzehnten brodelt es in der juristischen Küche zu der Frage, ob Ausfallhonorare bei Terminabsagen bzw. bei Nichterscheinen von Patienten zulässig sind. Der BGH – immerhin der „Maître de Cuisine“ innerhalb der ordentlichen Gerichtsbarkeit – hat seine Meinung zu dieser Fragestellung in einer Entscheidung aus Mai 2022 (BGH, Urteil v. 12.05.2022 – III ZR 78/21) dazugegeben.

Wir möchten mit Ihnen einen kulinarischen Ausflug durch die Welt der Ausfallhonorare machen, die besser schmecken können, als Sie vielleicht im ersten Moment denken mögen. Dabei ist uns vor allem wichtig, dass Sie die Informationen auch praktisch anwenden können.

Wir geben Ihnen ein Rezept an die Hand, damit die Geltendmachung eines Ausfallhonorars in der Praxis gelingt und Sie sich nicht „die Finger verbrennen“.

Zulässig oder nicht zulässig – Das ist hier die Frage

Zunächst ist die Grundlage der vertraglichen Beziehungen zwischen Patienten und der Zahnärztin oder dem Zahnarzt der sog. Behandlungsvertrag, ein Unterfall des Dienstvertrages. Der Behandlungsvertrag verpflichtet die Patientin oder den Patienten zur Gewährung der vereinbarten Vergütung, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist. Privatpatienten sind persönlich zur Zahlung der Vergütung verpflichtet. Bei

einem Behandlungsvertrag mit einer gesetzlich versicherten Patientin bzw. einem gesetzlich versicherten Patienten erfolgt die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen über die KZV, nicht gegenüber den Versicherten. Dies gilt allerdings nur, soweit eine Behandlung überhaupt stattgefunden hat.

Ein Ausfallhonorar wiederum kommt – wie der Name bereits vermuten lässt – nur in Betracht, wenn die Behandlung nicht stattgefunden hat. Bei Ausfallhonoraren gibt es daher keinen Unterschied zwischen Privatpatienten und Kassenpatienten. Doch sind diese zulässig? Der BGH gibt durch seine Ausführungen zu erkennen, dass Ausfallhonorare bzw. Ausfallgebühren zulässig sein können, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. In der juristischen Literatur und Rechtsprechung war die Zulässigkeit zuvor umstritten, wobei die Tendenz auch vor der BGH-Entscheidung aus Mai 2022 wohl eher eine Zulässigkeit bejaht hat.

Voraussetzungen – Was muss erfüllt sein?

Wirksame Vereinbarung

Zunächst muss eine wirksame Vereinbarung mit der Patientin oder dem Patienten geschlossen worden sein, durch die sich diese oder dieser verpflichtet, bei Nichterscheinen

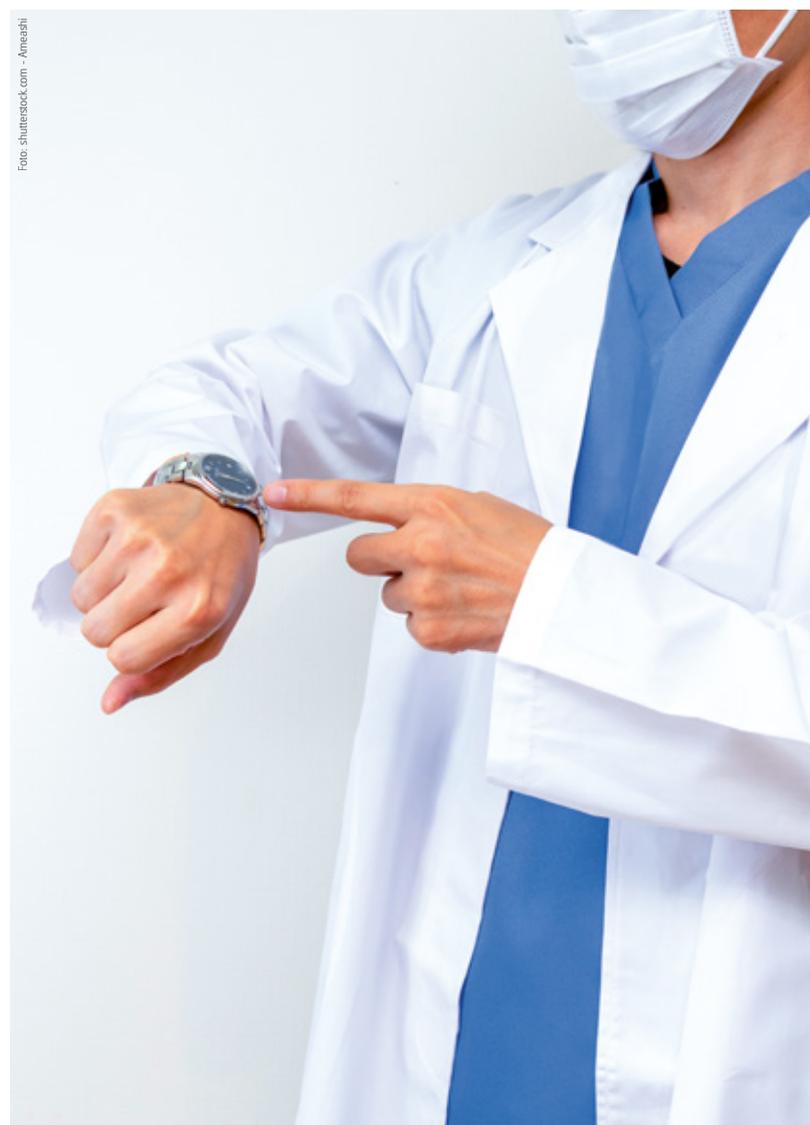
oder nicht rechtzeitiger Terminabsage ein Ausfallhonorar bzw. eine Ausfallgebühr zu bezahlen. Eine solche Vereinbarung kann bspw. in den Anamnesebogen oder einen gesonderten Anmeldebogen aufgenommen werden. Vorteilhaft ist es, sie farblich oder in anderer Weise erkennbar von dem übrigen Text abzuheben, damit sie der Patientin oder dem Patienten sofort ins Auge fällt und sie oder er sich nicht unter Umständen auf mangelnde Erkennbarkeit berufen kann.

Bei einer solchen Vereinbarung handelt es sich nach den Ausführungen des BGH um sog. Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB), die Sie sicherlich bereits aus Ihrem Arbeitsalltag kennen. Der BGH ließ sich zwar zu der Vereinbarkeit von Ausfallhonoraren mit dem (verbraucherfreundlichen und damit auch patientenfreundlichen) AGB-Recht nicht ausdrücklich aus, stellte allerdings immerhin fest, dass die konkrete Regelung des zu entscheidenden Sachverhaltes wirksam in den Behandlungsvertrag einbezogen wurde. Mit der Vereinbarkeit hat sich jedoch die Vorinstanz des LG Kleve (LG Kleve, Urteil v. 20.05.2021 – 6 S 139/20) ausführlich beschäftigt. Das LG Kleve stellte fest, dass die konkrete streitgegenständliche Vereinbarung wirksam war. Es wird allerdings stets auf die konkrete Vereinbarung im Einzelfall ankommen. Daher dürfte es sich anbieten, wenn Sie eine solche Vereinbarung bereits aufgenommen haben oder zukünftig aufnehmen möchten, die Vereinbarung juristisch überprüfen zu lassen.

Annahmeverzug der Patientin oder des Patienten

Neben einer wirksamen Vereinbarung muss auch ein Annahmeverzug der Patientin oder des Patienten vorliegen. Durch den Annahmeverzug kann der zur Dienstleistung Verpflichtete (Zahnärztin oder Zahnarzt) die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne selbst zur Nachleistung der nicht erbrachten Dienste (die Behandlung) verpflichtet zu sein. Der Annahmeverzug kann dadurch eintreten, dass die Patientin oder der Patient nicht zum Termin erscheint oder nicht rechtzeitig abgesagt hat. Doch nicht jede Terminvereinbarung führt bei Nichterscheinen oder nicht rechtzeitiger Absage zu einem Annahmeverzug des Patienten. Es verbietet sich in diesem Zusammenhang nach der Begründung des BGH eine sog. schematische Betrachtungsweise. Der BGH gibt vielmehr folgenden Maßstab vor: Es müssen sämtliche Umstände des jeweiligen Falls, insbesondere die Interessenlage der Parteien und die Organisation der Terminvergabe durch die oder den Behandelnde/n sowie deren Erkennbarkeit für die Patienten berücksichtigt werden. Im konkreten Fall, bei dem es um eine Praxis für Ergotherapie ging, war es der Praxis nicht möglich, abgesagte Behandlungstermine in weniger als 24 Stunden anderweitig zu vergeben. Die Praxis vergibt nämlich keine Mehrfachtermine, sondern Exklusivtermine, wie es auch in vielen Zahnarztpraxen üblich ist. Der BGH führt aus, dass diese Verbind-

lichkeit auch im Interesse der Patienten liege, da diesen dadurch längere Wartezeiten erspart blieben. Für die Patientin sei dies dadurch auch erkennbar gewesen, dass der Behandlungszeitraum minutengenau angegeben war. Zudem sei durch den im Anmeldeformular enthaltenen Hinweis auf die 24-stündige Absagefrist und die Ausfallpauschale auch hinreichend klargestellt worden, dass die vereinbarten Behandlungstermine nicht lediglich unverbindliche Absprachen sein sollten, sondern rechtsverbindliche Vereinbarungen. Die konkrete Patientin habe aus Sicht der Praxis ihr Einverständnis mit der Verbindlichkeit der Terminvereinbarungen schließlich durch ihre Unterschrift erklärt. Die Patientin oder der Patient gerät allerdings auch dann, wenn sie oder er nicht rechtzeitig abgesagt hat oder nicht erschienen ist, nicht in Annahmeverzug, wenn Sie als Behandlerin oder Behandler nicht in der Lage sind, die Leistung zu bewirken. Ein solcher Fall liegt bspw. vor, wenn keine ausreichenden Schutzmaßnahmen gegen eine Corona-Infektion in Ihrer Zahnarztpraxis getroffen worden sind. ►►



► Keine Kündigung des Behandlungsvertrages

Eine Kündigung des Behandlungsvertrages schließt den Annahmeverzug der Patientin oder des Patienten aus. Der Behandlungsvertrag kann als Unterfall des Dienstvertrages auch außerordentlich gekündigt werden. Durch die außerordentliche Kündigung wird das Behandlungsverhältnis zum Tag der Kündigung beendet. Ein Annahmeverzug kann nicht mehr eintreten.

Allerdings gibt das Gesetz den Patienten auf, den Behandelnden im Wege der Kündigung davon in Kenntnis zu setzen, die Behandlung nicht wahrnehmen zu wollen. Damit dürfte nach der Entscheidung des BGH die von einigen erstinstanzlichen Gerichten vertretene Ansicht, dass ein bloßes Nichterscheinen eine Kündigung des Behandlungsvertrages darstellt, nicht aufrechterhalten werden können. In einem solchen Fall teilt die Patientin oder der Patient der Behandlerin oder dem Behandler ihre oder seine Kündigung gerade nicht mit.

Sofern eine Patientin oder ein Patient weniger als 24 Stunden vor dem Termin in der Praxis anruft, um (lediglich) den Termin abzusagen, stellt dies nach Auffassung des BGH keine den Annahmeverzug ausschließende außerordentliche Kündigung dar. Eine solche Erklärung sei ausschließlich darauf gerichtet, den Termin aufzuheben bzw. zu verschieben. Das Behandlungsverhältnis solle in einem solchen Fall aufrechterhalten bleiben.

Man nehme also:

- eine wirksame Vereinbarung und
- den Annahmeverzug des Patienten

als Voraussetzung für die Geltendmachung eines Ausfallhonorars. Mit diesen „Zutaten“ gelingt Ihnen die Rech-

nungsstellung rechtskonform, und Sie versalzen sich nicht selbst die Suppe, wenn Ihre Rechnung z.B. im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens von Richterinnen und Richtern einem Geschmackstest unterzogen werden muss.

Bevor Sie aber in medias res gehen, beachten Sie bitte eines: Die Rechnung für ein Ausfallhonorar darf keinen Bezug zur GOZ oder GOÄ enthalten, da diese Gebührenordnungen gerade nicht die Rechtsgrundlage für eine Ausfallhonorarberechnung darstellen.

Um ein Ausfallhonorar korrekt zu berechnen, können Sie zwischen drei Möglichkeiten wählen:

1. Konkret vereinbarter Betrag

Sie haben mit der Patientin oder dem Patienten einen konkreten (angemessenen) Betrag für den Fall des Versäumnisses vertraglich vereinbart.

In vielen Fällen werden hierbei Summen zwischen 50,00 € und 100,00 € bereits auf dem Anamnesebogen angesetzt. Diese Variante ist nicht immer empfehlenswert. Für das Versäumnis eines einfachen Termins, der nur einen geringen Zeit- und Arbeitsaufwand beansprucht, mag diese eine bestimmte Summe ausreichend sein, aber denken Sie aber einmal an einen mehrstündig geplanten Termin, z.B. für umfangreiche prothetische, implantologische und chirurgischen Eingriffe. Und selbst bei einer Professionellen Zahnreinigung ist die Summe von z.B. 50,00 € im Falle eines Terminversäumnisses aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht ausreichend.

Sie sollten sich also zunächst die Frage stellen, ob die Vereinbarung eines konkreten Betrages für Sie das geeignete Mittel ist, oder ob Sie einer anderen Möglichkeit den Vorzug geben.

2. Kalkulatorische Heranziehung von Leistungen

Als zweite Variante steht es Ihnen frei, kalkulatorisch diejenigen Leistungen heranzuziehen, die zu dem betreffenden Termin mit Sicherheit und vollständig erbracht worden wären.

Das bedeutet, Sie dürfen das liquidieren, was Sie liquidiert hätten, wäre die Patientin oder der Patient erschienen. Allerdings muss das, was Sie durch den Verzug der Patientin oder des Patienten erspart haben (z.B. Verbrauchsmaterial) von dieser Rechnung in Abzug gebracht werden. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt muss sich also den Wert desjenigen anrechnen lassen, was sie oder er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart oder durch anderweitige Verwendung seiner Dienste gewonnen hat (z.B. Material- und Laborkosten, dazu zählen jedoch nicht



Foto: depositphotos.com - AndrewLazoviy

Schreib- und Verwaltungsarbeiten, weil diese außerhalb der Sprechstunden erledigt werden und deshalb Schadensersatzforderungen nicht entgegeng gehalten werden dürfen). Auch wenn Sie die Behandlungszeit anderweitig nutzen konnten, ist dies entsprechend zu berücksichtigen.

Ist es also möglich, die Zeit, in der Sie aufgrund des Nichterscheins der Patientin oder des Patienten untätig wären, mit einer anderen Patientin oder einem anderen Patienten zu füllen, kann ein Ausfallhonorar für den in Verzug geratenen Patienten nicht (oder ggf. nur anteilig) angesetzt werden.

3. Durchschnittliche Kosten der Praxisstunde

Wenn es nach den Gerichten geht, favorisieren diese die Berechnung des Ausfalls über den durchschnittlichen Stundensatz einer Praxis.

Das Amtsgericht Bielefeld z.B. sah es als zulässig an, dass die Berechnung der Höhe der Ausfallgebühr vor dem Hintergrund des durchschnittlichen Stundensatzes des Jahres erfolgte (AG Bielefeld, Urteil v. 10.02.2017 – 411 C 3/17). In vorliegendem Fall ging es um eine Behandlung, die für die Dauer von 195 Minuten vereinbart war, die konkrete Patientin erschien jedoch nicht und sagte auch nicht ab. Dem betroffenen Zahnarzt, der eine Bestellpraxis führte, war es möglich, 115 Minuten der geplanten 195 Minuten für die Behandlung mit anderen Patienten abzudecken, so dass letzten Endes aber immer noch 80 Minuten verblieben, in denen er zur Untätigkeit gezwungen war. Für diese 80 Minuten stellte er ein Ausfallhonorar in Rechnung, das die Patientin nicht bezahlte. Mit der Zahlungsverweigerung ging das Amtsgericht Bielefeld nicht konform. Sofern die Zahnärztin oder der Zahnarzt eine Bestellpraxis führe, sei eine vor Beginn der Behandlung getroffene Vereinbarung über ein Ausfallhonorar zulässig und wirksam, so das Gericht. Diese Vereinbarung eines Behandlungstermins diene nicht lediglich der Sicherung eines zeitlichen geordneten Behandlungsablaufs, sondern stelle eine exklusive Terminvereinbarung für eine kalendermäßige Bestimmung der Leistungszeit dar.

Im Einzelnen führte das Gericht dazu aus: „Damit aber schuldet die Beklagte die vereinbarte Vergütung für die infolge des Annahmeverzugs der Beklagten nicht geleisteten Dienste und mithin den üblicherweise entgangenen Gewinn von 375,02 Euro. ... Unstreitig sah der vereinbarte Termin eine Behandlung von 195 Minuten vor und dass mehr als 115 Minuten durch andere Patienten abgedeckt werden konnten, ist nicht dargetan. Damit schuldet die Beklagte einen entgangenen Gewinn für 80 Minuten und folglich einen von 375,02 Euro.“

Wenn Sie ein Ausfallhonorar erheben, denken Sie bitte daran, dass Ihre Angaben hinsichtlich der zugrunde

gelegten Kosten für eine Praxisstunde ggf. vor Gericht belegt werden müssen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie hoch diese genau sind, fragen Sie Ihre Steuerberaterin oder Ihren Steuerberater. Die Damen und Herren haben die exakten Zahlen parat, und Sie gehen bei der Berechnung kein Risiko ein.

Welcher Variante Sie auch den Vorzug geben – die Rechnung muss vor allem auch formal korrekt sein.

Formal korrekt – wie macht man's richtig?

Die Rechnung über ein Ausfallhonorar muss nachvollziehbar aufgeschlüsselt sein. Das heißt, es muss aus der Rechnung ersichtlich sein, wie sich die Summe zusammensetzt, und zwar so, dass die Patientin oder der Patient die Bestandteile der Rechnung nachvollziehen kann.

Damit Sie vor Gericht nicht die Suppe auslöffeln müssen, die Ihnen die Patientin oder der Patient durch ihr oder sein Nichterscheinen eingebracht hat, denken Sie bitte an die elementaren Zutaten für das Rezept „Rechnungserstellung“ damit das Ganze gelingen und im Fall des Falles auch vor Gericht bestehen kann:

Folgende „Ingredienzien“ sind daher unerlässlich:

- ▶ Der Hinweis, dass es sich bei der Praxis um eine Bestellpraxis handelt, sowie der Hinweis, dass der Termin individuell für diesen einen bestimmten Patienten oder diese eine bestimmte Patientin vergeben wurde,
- ▶ der Hinweis auf Kenntnisnahmeerklärung der Patientin oder des Patienten bezüglich des Ausfallhonorars (mit Datum),
- ▶ ersparte Aufwendungen müssen in Abzug gebracht werden.

Selbstverständlich können Sie auch auf die in Ihren Rechnungsformularen üblicherweise enthaltenen Anmerkungen, wie z.B. auf Folgen des Zahlungsverzugs, hinweisen.

Was zunächst etwas kompliziert klingt, ist es gar nicht. Wenn Sie die Voraussetzungen für das Erheben eines Ausfallhonorars schematisch prüfen und die erforderlichen Angaben in der Liquidation über ein Ausfallhonorar ausweisen, dürften diese Rechnungen auch bei Gericht standhalten.

Haben Sie noch Fragen? Melden Sie sich, Frau Heike Nagel, Tel. 0511/83391-110, hilft Ihnen gern weiter.

Dann bleibt uns nur noch, Ihnen mit einem kleinen Augenzwinkern „Bon appétit“ zu wünschen. ■

_____ Julius Siegel, Referendar in der Rechtsabteilung der ZKN

Und täglich grüßt das Aufklärungsmurmeltier – zur Verwendung von Aufklärungsbögen im Patientengespräch

Das Landgericht (LG) München II befasste sich in dem schon einige Zeit zurückliegenden Urteil vom 8.6.2021 (Az. 1 O 2310/19 Hei) mit dem „Dauerbrenner“ Aufklärung unter dem besonderen Schwerpunkt der Verwendung von Aufklärungsbögen. Da auch die Rechtsabteilung der ZKN hierzu regelmäßig Fragen ihrer Mitglieder sowie von Patientenseite aus erreichen, besteht Anlass für eine Behandlung der Entscheidung in diesem Rechtstipp.

Sachverhalt

Der Patient litt an Schmerzen u. a. an der linken Hüfte. Die behandelnden Ärzte implantierten nach einigen Voruntersuchungen unter Entfernung der Plattenosteosynthese eine Hüftgelenksendoprothese und eine Kranialsockelpfanne.

Die Stufenaufklärung vor der Operation erfolgte mittels Aufklärungsbogen, der größtenteils vor, aber auch während des Aufklärungsgesprächs händisch ergänzt und am Gesprächsende vom Patienten unterschrieben wurde.

Nach der Operation war ein Bein des Patienten 1-1,5 cm kürzer als das andere. Der Patient verlangte – erwartungsgemäß – Schadensersatz wegen mangelhafter Aufklärung und verschiedener ärztlicher Behandlungsfehler.

Wesentliche Leitsätze des Gerichts

1. Ein unterzeichneter Aufklärungsbogen belegt nicht, dass der Patient das Formular verstanden hat; er ist aber ein Indiz für ein erfolgtes mündliches Aufklärungsgespräch.
2. Handschriftliche Eintragungen in dem Aufklärungsbogen selbst lassen darauf schließen, dass die handschriftlich vermerkten oder angestrichenen Aspekte Gegenstand des mündlichen Aufklärungsgesprächs waren, wenn diese Eintragungen im Beisein des Patienten vorgenommen worden sind.
3. Ein vor dem Aufklärungsgespräch schon handschriftlich durch den Behandler kommentiertes Formular hat gegenüber einem Blanko-Formularvordruck ohne handschriftliche Anmerkungen keinen wesentlichen Beweiswert. Es wird daher im Ergebnis wie ein Blanko-Formularvordruck behandelt.

Auswirkung für die Praxis

Das LG München II schafft mit dieser Entscheidung Klarheit auch für die Verwendung von Aufklärungsbögen in Zahnarztpraxen.

Aufklärungsbögen können demnach ein sachgerechtes Mittel sein, um im Streitfall darzulegen, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat und was Inhalt des Gesprächs war. Aber Vorsicht vor der „blinden“ Verwendung eines vorgefertigten Aufklärungsbogens, der ebenso „blind“ von Patientenseite unterschrieben wird, ohne dass sich diese mit dem Inhalt befasst hat.

Bereits bei der Gestaltung des Aufklärungsbogens sollte darauf geachtet werden, im Aufklärungsbogen eine Erklärung bzw. eine Rubrik aufzunehmen, in der die Patientin oder der Patient mittels Unterschrift (handschriftlich bei einem Papierbogen oder auf einem Tablet bei einem elektronischen Bogen) bescheinigt, dass sie oder er alles verstanden hat, keine weiteren Fragen bestehen und auch keine weitere eigene Überlegenszeit mehr benötigt wird. Es bietet sich an, dass der Patientin oder dem Patienten dieser Teil des Bogens vor der Unterschrift vorgelesen wird. Im Aufklärungsgespräch selbst – bitte nicht vorher ohne Beisein der Patienten – bietet es sich an, handschriftliche Eintragungen (bei elektronischen Einwilligungsbögen durch nachträglich erkennbare tastaturgestützte Eintragungen) vorzunehmen, insbesondere, soweit die Patientin oder der Patient Fragen stellt, die nicht durch den Aufklärungsbogen beantwortet werden.

Fazit der Rechtsabteilung der ZKN

Das Urteil des LG München II, das sich der schon vorhandenen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) anschließt, ist richtig und zu begrüßen. Aufklärungsbögen bleiben danach ein probates unterstützendes Mittel zur Aufklärung, setzen aber eine sorgfältige Erstellung der Bögen sowie trotzdem noch ein je nach Einzelfall mehr oder weniger ausführliches Aufklärungsgespräch voraus.

Sie haben noch Fragen? Die Rechtsabteilung der ZKN die Antworten. ■

Dr. Patrick Christian Otto

Justitiar und Leiter der Rechtsabteilung ZKN

„Klinische Demonstrationen“: Aktuelles aus der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



Eine gemeinsame Veranstaltung mit der



Zahnärztekammer
Niedersachsen



Medizinische Hochschule
Hannover

Für die Veranstaltung werden
4 Fortbildungspunkte vergeben

Endlich wieder!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Sie nun wieder in Präsenz zu unserer alljährlichen Veranstaltung „Klinische Demonstrationen“ der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover einladen zu dürfen.

Es wird die 44. Ausführung der Traditionsveranstaltung sein, welche wir gemeinsam mit der Zahnärztekammer Niedersachsen ausrichten. Hierfür sind 4 Fortbildungspunkte beantragt.

Wir hoffen, Ihnen mit den fünf Vorträgen erneut spannende und aktuelle Inhalte aus der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bieten zu können.

Die Industrie wird freundlicherweise die kommende Präsenzveranstaltung mit einer Ausstellung unterstützen; und wir freuen uns besonders, Sie dieses Mal – endlich wieder – persönlich vor Ort in unserer ZMK-Klinik der MHH begrüßen zu dürfen.

Mit den besten Grüßen und Wünschen für den anstehenden Jahreswechsel und einen gesunden Jahresbeginn

Ihre

Univ.-Prof. Dr. Dr. N.-C. Gellrich

Dr. I. K. Bolstorff

und Team

Update zu Mundschleimhauterkrankungen

Univ.-Prof. Dr. Jochen Jackowski

Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Universität Witten/Herdecke

Update zu Diagnostik und Behandlung von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms

Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Universitätsklinikum Bochum

Präventive Strategien in der therapeutischen Begleitung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

Univ.-Prof. Dr. Nadine Schlüter

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und
Präventive Zahnheilkunde, MHH

Generation Z – die neue Macht auf dem Arbeitsmarkt

Michael Behring, DBA, LL.M.

Hauptgeschäftsführer der Zahnärztekammer
Niedersachsen, Landesausbildungsberater

Welche Chancen bieten moderne 3D-Planungs- und Fertigungstechniken für die schwierige dentale Rehabilitation?

Univ.-Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie, MHH

Samstag, 21. Januar 2023, 09.00 – 13.00 Uhr
Großer Hörsaal im Zentrum für Zahn-, Mund- und Zahnheilkunde.
Eine Anmeldung vorab ist nicht erforderlich.

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

11.03.2023 **Z/F 2330** **4 Fortbildungspunkte**

Online

PAR-Richtlinie ab dem 01.07.2021 praxisnahe Umsetzung/Hat sich was geändert?

Dr. Silke Meyer-Rollwage, Pinneberg
11.03.2023 von 10:00 bis 13:00 Uhr
Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 55,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 60,- €

10.02.2023 **S 2301** **3 Fortbildungspunkte**

Die Differentialdiagnostik des Gesichtsschmerzes

Prof. Dr. Janne Gierthmühlen, Kiel
10.02.2023 von 19:00 bis 21:30 Uhr
Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 55,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 60,- €

01.03.2023 **Z/F 2306** **7 Fortbildungspunkte**

Online

Risikopatient: Diabetiker Einführung der Diabetes-Sprechstunde

Optimal und professionell in der Zahnarztpraxis betreuen

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
01.03.2023 von 09:00 bis 14:00 Uhr
Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 83,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 88,- €

10.03.2023 **S 2302** **3 Fortbildungspunkte**

Werfen wir einen Blick auf die Kiefergelenke bei Kindern und Jugendlichen – es lohnt sich

Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Hamburg
10.03.2023 von 19:00 bis 21:30 Uhr
Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 55,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 60,- €

Ästhetik mit direkten Komposit-Füllungen



Wolfgang-M.
Boer

Das Geheimnis einer gelungenen Frontzahnrestauration mit Komposit liegt weder in der korrekten Farbauswahl noch in der Verwendung einer bestimmten Schichttechnik. Vielmehr müssen wir lernen, einfach erst einmal richtig hinzusehen. Nur wenn wir die Charakteristika des Zahnes analysieren, bevor dieser dehydriert ist (also noch seine natürliche Farbe und Transluzenz zeigt), können wir unsere rekonstruktive Arbeit entsprechend planen. Die „unsichtbare Füllung“ gibt es jedoch eigentlich gar nicht, da wahrscheinlich niemals ein synthetisches Material in der Lage sein wird, alle optischen Eigenschaften zweier natürlicher Gewebe wie Dentin und Schmelz perfekt nachzuahmen: Je nach Licht (Intensität, Farbe, Einfallswinkel) wird immer ein kleiner Unterschied zwischen natürlichem Zahn und Kompositfüllung sichtbar sein. Deshalb sind Tricks notwendig, um die Übergänge am Restaurationsrand zu tarnen. Bevor man mit der eigentlichen Restauration beginnt, gilt es deshalb, die vielfältigen Eigenarten eines natürlichen Zahnes zu erkennen und anschließend in die Arbeit zu übertragen: Die Grundvoraussetzung für Ästhetische Zahnheilkunde, nicht nur mit Kompositen sondern auch für alle anderen Techniken, ist es, „Sehen“ zu lernen! Hierzu werden die Kriterien der Alterung natürlicher Zähne erarbeitet und daraus eine Checkliste abgeleitet, die der Praktiker Punkt für Punkt abhaken kann, um so zu voraus-sagbaren Ergebnissen zu kommen. Komposit eignet sich auch hervorragend, um ästhetische Korrekturen der Form und Stellung vorzunehmen. Der Vortrag zeigt einige dieser Techniken auf: Diastemaschluss, die Korrektur schwarzer Dreiecke, kleine Stellungsänderungen, usw.

Aber auch die Seitenzahnfüllung unter funktionell-ästhetischen Gesichtspunkten wird im Rahmen des Kurses behandelt.

- ▶ High-end-Ästhetik mit Kompositen:
farbliche Individualisierung und Schichtung
- ▶ Oberflächenstruktur:
Das Geheimnis der „unsichtbaren“ Frontzahnfüllung
- ▶ Wo liegen heute die Indikationen und Grenzen von Kompositfüllungen?
- ▶ Die minimalinvasive Präparation: echte Zahnerhaltung durch die Bewahrung gesunder Hartschubstanz
- ▶ Wie bekomme ich einen strammen Kontaktpunkt
- ▶ Wie vermeide ich zeitraubendes Einschleifen

Referent: Wolfgang-M. Boer, Euskirchen

Freitag, 24.02.2023 von 14:00 – 19:00 Uhr

Samstag, 25.02.2023 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 710,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 715,- €

Kurs-Nr.: Z 2303

17 Fortbildungspunkte nach BZÄK

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

03.02.2023 Hy 23 6 01

Online-Seminar

Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis

Viola Milde, Hamburg

03.02.2023 von 14:30 bis 18:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 98,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 103,- €

08.02.2023 Z/F 2302

Basic – 2023 Für (Neu)Einsteiger und Profis

Mit einer soliden Grundlage in die zahntechnische Abrechnung

Stefan Sander, Hannover

08.02.2023 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 152,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 157,- €

08.02.2023 F 2317

Die UPT-Spezialisten – ein praktischer Arbeitskurs

Sabine Sandvoß, Hannover

08.02.2023 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 363,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 368,- €

01.03.2023 F 2318

Die UPT-Spezialisten – ein praktischer Arbeitskurs

Sabine Sandvoß, Hannover

01.03.2023 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 363,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 368,- €

01.03.2023 Z/F 2307

Zahntechnische Reparaturen nach BEL II 2014 und BEB 97 Reparaturen in der Zahntechnik

Stefan Sander, Hannover

01.03.2023 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 152,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 157,- €

15.03.2023 F 2303

Röntgen-Grundkurs – Erlangung der Kenntnisse im Strahlenschutz für die Zahnarzthelferin/ZFA

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Göttingen

Daniela Schmöe, Hannover

15.03.2023 von 09:30 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 242,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 247,- €

Materialwirtschaft

Was ist eine gute Materialwirtschaft

und warum ist sie wichtig?

Was bedeutet jeweils zu viel oder zu

wenig Material im Bestand?



Foto: Privat

Ann-Kathrin
Uden

Bedarfsanalyse:

Wie ermittle ich den Bedarf an Material?

- ▶ Einzelbedarfsanalyse
- ▶ Bedarfsermittlung anhand von Erfahrungswerten
- ▶ Bedarfsermittlung anhand von Schätzungen
- ▶ Berücksichtigung von saisonalen und jahreszeitlichen Besonderheiten (zum Beispiel Sommerferien und „Behandlungsabschluss vor Weihnachten“)
- ▶ Wann ist welche Methode sinnvoll?
- ▶ Wie wird welche Methode angewandt und durchgeführt?

Organisation:

- ▶ Wie wird Material bestellt? Wie wird es verwaltet?
- ▶ Wie wird Material reserviert und was ist dabei zu beachten?
- ▶ Wo besteht der Zusammenhang zwischen Materialvorrat und Behandlung?

Bestellwesen:

- ▶ Ermitteln von Mindestmengen und Berücksichtigen von reserviertem Material
- ▶ Bestands- und Checklisten
- ▶ das Bestellwesen im Praxisalltag

Lagerhaltung

- ▶ Lagerhaltung mit Listen ohne Software
- ▶ Lagerhaltung mit einem eigenen Computersystem
- ▶ Lagerhaltung mit dem Scanner in der Managementsoftware
- ▶ Gegenüberstellung der Verfahren

Betriebswirtschaftliche Faktoren der Materialwirtschaft

- ▶ Wie hoch darf der Materialverbrauch, gemessen am Gesamtumsatz, sein?
- ▶ Welche Materialien sind berechenbar in Bema/GOZ
- ▶ Wie verwaltet man Materialien aus Garantiefällen?

Referentin: Ann-Kathrin Uden, Oldenburg

Mittwoch, 15.02.2023 von 14:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 171,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 176,- €

Kurs-Nr.: F 2326

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Arthur Buscot, Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig, Tel.: 0531 49695, E-Mail: info@buscot.de

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

18.01.2023, 18:00 – 20:00 Uhr

Online-Seminar

GKV-Weichenstellung: Der Weg zur leistungsgerechten Honorierung,
Christian López Quintero, Potsdam

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Philip L. Keeve, M.Sc., Süntelstr. 10-12, 31785 Hameln,

Tel.: 0511 83391-311, E-Mail: bezirksstellenfortbildung@zkn.de

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

25.01.2023, 18:00 – 20:00 Uhr

Online-Seminar

Tipps und Tricks für Kofferdam in der Praxis, *Dr. Georg Benjamin, Berlin*

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Carl v. Ossietzky Universität, Gebäude A7, Hörsaal G, Ammerländer Heerstr. 114, 26122 Oldenburg

Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 1671, E-Mail: fortbildunginoldenburg@gmx.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

14.02.2023 und 21.02.2023
jeweils 19:00 – 21:00 Uhr

Online-Seminar

In aller Munde: Restaurative Tricks mit Teflonband, *Prof. Dr. Anne-Katrin Lührs, Hannover*

15.03.2023,
18:00 – 21:00 Uhr

Präsenz-Seminar

Praxiskommunikation – Gesprächsstrategien für den Zahnmedizinischen Alltag,
Cornelia Schubach-Zimmermann, Grumbach
Hörsaal A7 Gebäude G

Termine



02.-04.02.2023 Hannover
Winterfortbildungskongress
„Zahnmedizin für Jung und Alt“, Infos: www.zkn-kongress.de



21.02.2023 Hannover
XLIV. Klinische Demonstrationen der Med. Hochschule
Hannover und der Zahnärztekammer
Niedersachsen (s. Seite 47)



31.03.-01.04.2023 ONLINE!
30. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag
„Skalpell bitte!“ Zahnärztliche Chirurgie
www.kzv-sh.de



Foto: BZÄK/Prieschmann

Persönliches



THOLUCK-MEDAILLE GEHT IM JAHR 2022 AN HERRN DR. SEBASTIAN ZILLER, MPH

Jahrzehntelanger Einsatz für die Verbesserung der Mundgesundheit ist die Maßgabe für die Ehrung und Verleihung der Tholuck-Medaille, welche seit 1973 an Persönlichkeiten aus dem großen Feld der Zahn- und Mundhygiene für deren Verdienste vom Verein für Zahnhygiene e.V. (VfZ) verliehen wird.

Im Jahr 2022 ist Dr. Sebastian Ziller, MPH, Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung der Bundeszahnärztekammer, von der unabhängigen Jury, welche aus ehemaligen Preisträgerinnen und Preisträgern besteht, ausgewählt worden.

So hat er beispielsweise die Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ (KZBV, BZÄK, DGAZ, DGZMB) miterarbeitet und umgesetzt. Dies hat letztendlich dazu geführt, dass präventionsorientierte Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen seit 2018 in der GKV verankert sind.

Ein weiterer Erfolg beispielsweise im Kampf gegen frühkindliche Karies: Das ECC-Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern, welches präventionsorientierte Leistungen und FU-Positionen für 0 bis 6-Jährige seit 2019 in der GKV verankert, hat er maßgeblich (zusammen mit BZÄK, KZBV) miterarbeitet und umgesetzt.

„Die unabhängige Jury hat den eminenten Einsatz von Herrn Dr. Ziller durch diese Nominierung in hohem Maße gewürdigt, wir freuen uns mit Herrn Dr. Ziller, MPH, und möchten ihm sehr herzlich für sein Engagement danken“, so VfZ-Geschäftsführer Dr. Christian Rath.

Die Tholuck-Medaille für das Jahr 2022 wird auf der kommenden IDS, am 15. März in Köln, in festlichem Rahmen am Stand der Bundeszahnärztekammer vom Verein für Zahnhygiene e.V. an Dr. Sebastian Ziller, MPH, verliehen und übergeben. ■

_____ Verein für Zahnhygiene e.V., Darmstadt
www.zahnhygiene.de



Foto: © stock/WKW/fofaba.com

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

16.12.2022 Dr. Barbara Knigge-Venema (86), Peine

21.12.2022 Dr. Günter Pütz (75), Isernhagen

27.12.2022 Dr. Bernhard Leussink (92), Nordhorn

29.12.2022 Dr. Volker Langheim (80), Alfeld

31.12.2022 Dr. Uwe Springer (88), Osnabrück

02.01.2023 Dr. Joachim Reinke (75), Bückeburg

03.01.2023 Konrad Brünjes (70), Herzberg

08.01.2023 Dr. Hans Joachim Hoeschen (95), Leer

09.01.2023 Dr. Fritz Peters (70), Wangerooge

11.01.2023 Dr. Sidsel Björndal (80), Hannover

12.01.2023 Dr. Marie-L. Meschede-Bönsch (70), Bockenem

15.01.2023 Dr. Dietrich Kruse (88), Hannover



Foto: © illy/istolia.com

Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

Dr. Hans-Ulrich Jürgens

geboren am 17.08.1948, verstorben am 28.08.2022

Maria Kaschner

geboren am 30.12.1944, verstorben am 24.10.2022

Dr. Holger Schmidt

geboren am 27.08.1945, verstorben am 25.10.2022

Die Vorstände

der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Beschlüsse anlässlich der ordentlichen Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen am 01./02.12.2022

Antrag 1 neu zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Herr Dr. Bešović, Frau Lange, Herr Dr. Hörnschemeyer, Herr Dr. Peters, Frau Dr. Hanßen, Herr Dr. Riefenstahl, Herr Dr. Wiesner, Herr Dr. Herz, Herr Dr. Sereny, Herr Dr. Peters, Herr Dr. Schaper, Herr Dr. Worch, Frau Dr. Brandt, Frau Hoppe

Resolution

Beschluss:

Das Maß ist voll, die Grenze des Erträglichen ist für die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland, die ihren Patienten gegenüber in der Verantwortung stehen, überschritten! Für die Mund- und Allgemeingesundheit in Deutschland ist der 20.10.2022, mit dem Beschluss des Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG), ein rabenschwarzer Tag. Der Anteil der Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung an den Gesamtausgaben der GKV fällt seit vielen Jahren. Trotzdem erfolgen hier faktische Leistungskürzungen. Mit der Gesundheit von Patientinnen und Patienten spielt man nicht.

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen:

1. kritisiert die mit dem GKV-FinStG faktisch eingeführte Leistungskürzung der neu eingeführten Leistungen im Bereich der präventionsorientierten Parodontitis-Therapie als nicht hinnehmbar;
2. merkt an, dass die Aussage von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, es wird zu keinen Leistungskürzungen kommen, vor und auch noch nach Beschlussfassung des GKV-FinStG sich als nicht haltbare bunte Schönfärberei herausstellte;
3. fordert eine nachträgliche Korrektur und Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel für alle Patienten.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 2 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Liepe, Herr Dr. Herz, Herr Dr. Urbach, Herr Dr. Schaper, Herr Knitter, Herr Dr. Rölleke, Frau Dr. Vietinghoff-Sereny

Resolution: Zahnmedizin fordert Respekt

Beschluss:

Die deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte haben während der Pandemie, zusammen mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, bewiesen, dass sie jederzeit ihre Patienten versorgt und sämtliche Behandlungen auch unter schwierigsten Bedingungen erbracht haben. Kein anderer Berufsstand kommt bei jedem Patientenkontakt so nah mit dem Patienten und speziell mit dessen Mund und der Nase in Berührung wie Zahnärztinnen und Zahnärzte; deshalb sind sie seit jeher mit umfangreichen Hygienemaßnahmen bestens vertraut.

Gedankt wurde es unserem Berufsstand

- ▶ vom Finanzminister durch Blockade einer Anpassung des Punktwertes in der GOZ;
- ▶ vom Gesundheitsminister durch Budgetierung und Sparen an der falschen Stelle, sowie durch Wegschauen bei investorengetragenen MVZs in Medizin und Zahnmedizin;
- ▶ von den meisten Politikern in Berlin ganz schlicht durch Ignorieren wider besseres Wissen.

Fehlende Fachkräfte, Preisanstieg, Aufbau statt Abbau von Bürokratie das alles können die Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht bewältigen ohne eine leistungsgerechte Honorierung mit Inflationsausgleich die fordern wir selbstbewusst ein, in der privaten und in der gesetzlichen Krankenversorgung.

Die Vertreterversammlung als Vertretung der niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzte fordert selbstbewusst:

- ▶ ein Moratorium zur TI und zum Bürokratieabbau durch konkrete Vorschläge für den Datenschutz und für die Bereiche Praxisführung, Hygiene und Strahlenschutz,
- ▶ eine leistungsgerechte und dynamisierte Gebührenerhöhung beim Punktwert der GOZ, und für die GKV ein Ende aller Budgetierungen solange Behandlungsbedarf besteht,
- ▶ den Schutz der Patienten vor renditeorientierten investorengeführten MVZs
- ▶ Voraussetzungen zur Gewinnung und Bezahlung unserer Fachkräfte schaffen.

Die deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte leisten hervorragende Arbeit bei der zahnmedizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Dies spiegelt sich in den Zahlen zur Mundgesundheit wieder, bei der Deutschland unter den führenden Nationen der Welt steht. Damit das auch in Zukunft so bleibt, brauchen wir verlässliche Rahmenbedingungen und langfristige, tragfähige Lösungen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 3 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Herz, Herr Dr. Schaper, Herr Dr. Liepe, Herr Knitter, Herr Dr. Bleß

Corona-Impfung

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert die Verordnungsgeber auf, die einrichtungsbezogene Impfpflicht für Zahnarztpraxen zu beenden.

Der Antrag wird bei neun Enthaltungen angenommen.

Antrag 4 neu zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Sereny, Herr Dr. Bleß, Herr Dr. Kühling-Thees, Frau Dr. Vietinghoff-Sereny, Herr Dr. Herz, Herr Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Herr Dr. Peters, Frau Dr. Hanßen, Herr Dr. Riefenstahl

Europäischer Gesundheitsdatenraum

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert den europäischen Gesetzgeber und die Bundesregierung auf, für den Europäischen Gesundheitsdatenraum einen hohen Schutz der Gesundheitsdaten zu gewährleisten und die DSGVO zu beachten. Die Einführung für die Angehörigen der Heilberufe muss kostenneutral erfolgen. Für eine umfassende Finanzierung muss gesorgt werden. Insbesondere bei der Sekundärnutzung von Daten sind die Kriterien der DSGVO anzulegen. Gesundheitsdaten sind keine Ware.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 6 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Frau Dr. Schmilewski, Herr Dr. Riefenstahl, Herr Dr. Hendriks

Kieferorthopädie ist keine Ware

Beschluss:

Angesichts der sich weiter unvermindert ausbreitenden sogenannten „Aligner Start-Ups“ fordert die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) den Gesetzgeber auf, nun endlich gesetzliche Regelungen zu treffen, um die Qualität von Alignerbehandlungen zu sichern und die Aktivitäten der Start-Ups zu unterbinden. Alignerbehandlungen gehören in die Hände von approbierten Zahnärzten/-ärztinnen und Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen, die vor einer solchen Behandlung beim Patienten

- ▶ eine eingehende zahnärztliche Befundung und Diagnostik inkl. Röntgenbilder durchführen,
- ▶ eine gründliche Parodontaldiagnostik durchführen,
- ▶ eine gründliche Kiefergelenkdiagnostik durchführen,
- ▶ Implantate identifizieren, da diese bekanntlich nicht verschoben werden können.

Der Verlauf kieferorthopädischer Behandlungen muss zur Qualitätssicherung selbstverständlich in Präsenz in einer dafür ausgestatteten Praxis kontrolliert werden. Handyfotos und vom Patienten selbst erstellte Abdrücke genügen nicht den Standards einer ordnungsgemäßen Alignertherapie, ebenso wenig wie „Beratungen“, die von Nichtzahnärzten/Nichtzahnärztinnen durchgeführt werden.

Nicht umsonst hat das Landgericht Düsseldorf 2019 entschieden, dass man Alignerbehandlungen in einem Start-Up als „standardunterschreitend“ bezeichnen darf. Für das Einhalten dieser Standards muss der Gesetzgeber Sorge tragen. Geeignete Vorschläge der Bundeszahnärztekammer für eine Regelung im Zahnheilkundengesetz liegen auf dem Tisch.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 7 zu TOP 5

Antragsteller: Herr Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Herr Dr. Wiesner, Herr Dr. Riefenstahl, Herr Dr. Peters

Private Honorierung zahnärztlicher Tätigkeit gestalten

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) ruft die Zahnärztinnen und Zahnärzte auf, die Honorierung ihrer zahnärztlichen Tätigkeiten bei Anwendung der GOZ im wirtschaftlich erforderlichen Maß mit Hilfe des § 2 GOZ zu vereinbaren oder bei analoger Berechnungsmöglichkeit mittels des § 6 GOZ zu gestalten.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 8 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Herr Dr. Wiesner, Herr Dr. Bešović, Frau Lange, Herr Dr. Hörschemeyer, Frau Dr. Hanßen, Herr Dr. Riefenstahl, Frau Dr. Schmilewski

GOZ-Resolution

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) stellt fest:

1. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfüllt ihre Aufgaben nicht. Sie bildet den aktuellen Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft nur unvollständig ab. Die Leistungen und Beschreibungen des Gebührenverzeichnisses verlieren im zunehmenden Maße den Bezug zum wissenschaftlichen Kenntnisstand und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verharren auf dem Stand des letzten Jahrhunderts (1987). Die GOZ entfernt sich damit immer weiter von einer modernen, präventiven und Patienten orientierten Zahnmedizin.
2. Der Ordnungsgeber verweigert der Zahnärzteschaft seit 34 Jahren den ihm in § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) auferlegten Interessenausgleich zwischen „den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten“. Bei einer über 80 Prozent liegenden Inflationsrate seit 1988 erfüllt der seither unveränderte Punktwert seine „Funktion, den Wert der Punktzahlen im Preisgefüge anderer Dienstleistungen zu bestimmen“ (amtliche Begründung zur GOZ, Bundesratsdrucksache 276/87 vom 26.06.1987) in keiner Weise. Mehr als 90 Einzelleistungen werden aktuell unterhalb des Niveaus der Gesetzlichen Krankenversicherung vergütet. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits im Jahr 2004 entschieden, dass eine Honorierung unterhalb der sozialversicherungsrechtlichen Bepreisung nicht mehr als angemessen zu bezeichnen ist (BVerfG Az.: 1 BvR 1437/02 vom 25.01.2004).
3. Unter Gleichbehandlungsaspekten ist nicht nachvollziehbar, warum Gebührenordnungen anderer Freier Berufe, wie etwa bei den Tierärzten und Rechtsanwälten, eine Weiterentwicklung durch den Ordnungsgeber erfahren, aber diejenigen der Ärzte und Zahnärzte nicht.
4. Es darf aus rechtsstaatlichen Gründen nicht sein, dass der Ordnungsgeber nur auf Grund der Kosten für die Krankenversorgung seiner Beschäftigten (=Beamte via Beihilfe) Zahnärzten und Ärzten keinen Ausgleich für Kostensteigerungen und die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung wie für andere Freie Berufe gewährt. Die Vertreterversammlung fordert den Ordnungsgeber auf, die Gebührenordnung für Zahnärzte umgehend den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Erfordernissen anzupassen. Die privatversicherten Patienten dürfen nicht von der Teilhabe am medizinischen Fortschritt ausgeschlossen werden. Dabei muss auf das Expertenwissen des Berufsstandes zurückgegriffen werden. ▶▶

- Wenn der Verordnungsgeber seiner Fürsorgepflicht nicht umgehend nachkommt, wird die Zahnärzteschaft aufgefordert, ihre berechtigten Interessen auch im Interesse der Patientinnen und Patienten vorrangig über Vereinbarungen gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ durchzusetzen.

Der Antrag wird bei acht Nein-Stimmen und vier Enthaltungen angenommen.

Antrag 9 TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Herz, Herr Dr. Sereny, Herr Dr. Liepe, Herr Dr. Triebe, Herr Dr. Kühling-Thees, Frau Dr. Brandt

Amalgam als bewährtes Füllungsmaterial beibehalten und Multicenter-Studie finanzieren

Beschluss:

- Die Vertreterversammlung der KZVN fordert das Bundesministerium für Gesundheit nachdrücklich auf,
- sich auf europäischer Ebene für den dauerhaften Beibehalt von Dentalamalgam als Zahnfüllungsmaterial für die Grundversorgung einzusetzen und
- sich dafür einzusetzen, ein Verbot von Dentalamalgam, sofern o.g. Ausnahmen nicht vorliegen, durch die Europäischen Verordnungsgeber erst deutlich nach 2030 in Kraft treten zu lassen.

Parallel fordert die Vertreterversammlung der KZVN die Bundesregierung dazu auf, die zeitnahe Durchführung einer Multicenter-Studie zu finanzieren, um alternative Füllungsmaterialien wissenschaftlich zu bewerten.

Der Antrag wird bei drei Enthaltungen angenommen.

Antrag 10 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Herz, Herr Dr. Liepe, Frau Dr. Brandt, Herr Dr. Sereny, Herr Dr. Peters, Herr Dr. Worch, Herr Dr. Bleß

Lieferengpässe durch Reglementierungen in der EU-Medizinprodukte-Verordnung

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert die Bundesregierung auf, auf EU-Ebene darauf hinzuwirken, dass angesichts der durch die Neuregelung der EU-Medizinprodukte-Verordnung bereits eingetretenen und unmittelbar drohenden Lieferengpässe schnellstmöglich Lösungen herbeigeführt werden, die auch zukünftig eine Belieferung der Vertragszahnarztpraxen mit den für die vertragszahnärztliche Versorgung erforderlichen Medizinprodukten sicherstellen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 11 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Frau Dr. Hanßen, Herr Dr. Thomas, Herr Dr. Glusa, Herr Dr. Ross, Herr Dr. Peters, Herr Dr. Riefenstahl

Fachkräftemangel/Förderung des beruflichen Nachwuchses

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert die Bundesregierung genauso wie die

Landesregierungen dazu auf, die Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch und besonders in ländlichen Regionen entsprechend dem Bedarf von Mitgliedern der Heilberufe und ihrer Beschäftigten auszubauen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 12 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Vollmer (Osnabrück), Frau drs. Kant, Herr Dr. Glusa, Herr Dr. Ross, Frau Dr. Hanßen, Herr Dr. Riefenstahl, Frau Dr. Schmilewski

Beschluss der KV der ZKN dem AZZ beizutreten, wird begrüßt

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) begrüßt den mit großer Mehrheit der Delegierten der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 11.11.2022 gefassten Beschluss, die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der für Zahnmedizinische Fachangestellte/Zahnarzhelfer/-innen (AZZ) künftig zu unterstützen und über eine/-n vom Kammervorstand bestimmte/-n Vertreter/-in der Arbeitsgemeinschaft gestaltend vertreten zu sein.

Der Antrag wird bei einer Nein-Stimme und fünf Enthaltungen angenommen.

Antrag 13 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Glusa, Herr Dr. Ross, Herr Dr. Bešović, Frau Lange, Herr Dr. Hörschemeyer, Herr Dr. Peters, Frau Dr. Hanßen, Herr Dr. Riefenstahl

Schluss mit der Ausbeutung der zahnärztlichen Praxen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert die Bundesregierung auf, die Rahmenbedingungen für die zahnärztlichen Praxen zu verbessern und nicht kontinuierlich zu verschlechtern. Die Gebühren der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen müssen den Kostensteigerungen dauerhaft angepasst werden. Budgetierungen sind abzulehnen. Die selbstständige zahnärztliche Praxis muss gestärkt werden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 15 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Sereny, Herr Dr. Herz, Herr Dr. Worch, Herr Dr. Liepe, Herr Dr. Urbach

Moderne Parodontitis-Therapie kann durch GKV-FinStG nicht mehr vollumfänglich flächendeckend sichergestellt und gewährleistet werden

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN stellt fest: Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz verabschiedeten Regelungen über die verschärfte Rückkehr zur strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen sind für die Vertragszahnärzteschaft nicht hinnehmbar. Sie erschweren die vollständige Erbringbarkeit des vertragszahnärztlichen Leistungsspektrums,

insbesondere der neuen Parodontitis-Therapie. Dadurch gefährden diese Regelungen in erheblichem Maße die vollständige, flächendeckende Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die betreffenden Regelungen des GKV-FinStG umgehend in einer sachangemessenen Weise zu reformieren, insbesondere indem die neuen Parodontitis-Leistungen gemäß der Forderung des Bundesrates gesetzlich extrabudgetär gestellt werden und damit die Bereitstellung der hierfür erforderlichen Mittel gewährleistet wird.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 18 neu zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Herz, Herr Dr. Sereny, Frau Dr. Vietinghoff-Sereny, Herr Dr. Triebe, Herr Dr. Rölleke, Herr Dr. Bleß, Herr Dr. Peters, Herr Dr. Schaper, Herr Dr. Worch, Herr Dr. Urbach, Herr Knitter, Frau Dr. Brandt, Herr Dr. Kühling-Thees, Frau Hoppe, Herr Dr. Düvelsdorf, Herr Dr. Liepe, Herr Dr. Riefenstahl, Herr Koch, Herr Dr. Hendriks, Frau drs. Kant

Entlastung Energiekosten und Inflation für Vertragszahnarztpraxen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert den Gesetzgeber auf, den ambulanten und stationären Sektor gleich zu behandeln und die für Krankenhäuser beschlossenen Härtefallregelungen in ihrer Geltung auf Vertragszahnarztpraxen zu erweitern.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 19 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Riefenstahl, Herr Dr. Thomas, Herr Dr. Glusa, Herr Dr. Ross, Frau Dr. Hanßen

Patientensicherheit hat ihren Preis

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert das Bundesministerium für Gesundheit, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband auf, sofort Konzepte zu entwickeln, damit die hohen Hygieneaufwendungen der Zahnarztpraxen, die durch die Coronapandemie noch gesteigert wurden und nach wie vor in Bezug auf die Materialanschaffungskosten rund 50% höher liegen als vor der Pandemie auch zukünftig sachgerecht vergütet werden können. Die notwendigen Hygienekostenzuschläge müssen sich an den gesetzlichen Vorgaben orientieren und jederzeit an die tatsächliche Kostenentwicklung angepasst werden können.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 20 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Herz, Herr Dr. Sereny, Frau Dr. Vietinghoff-Sereny, Herr Dr. Schaper, Herr Dr. Liepe, Herr Dr. Kühling-Thees

Unterkieferprotrusionsschienen gehören nicht in das zahnärztliche Budget

Beschluss:

Die Vertreterversammlung fordert den Vorstand der KZVN und deren Vertragspartner auf, die Kosten (Honorar und Laborkosten) für die Anfertigung von Unterkieferprotrusionsschienen (UKPS) nach Veranlassung durch einen berechtigten Schlafmediziner extrabudgetär zu stellen.

Der Antrag wird bei zwei Enthaltungen angenommen.

Antrag 21 zu TOP 5

Antragsteller: Vorstand der KZVN, Herr Koch, Herr Dr. Riefenstahl

Geplante Finanzierung der TI-Komponenten

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, die geplante Änderung zur Finanzierung der TI-Komponenten im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes unverzüglich zu stoppen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bei der weiteren Planung aktiv einzubinden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 22 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Frau Lange, Herr Dr. Vollmer (Osnabrück), Herr Dr. Riefenstahl

Telematikinfrastruktur zum Nutzen der Anwender!

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert die Bundesregierung und das Bundesgesundheitsministerium auf, dafür Sorge zu tragen, dass alle Komponenten und deren Anwendungen in der Telematikinfrastruktur (TI) im Sinne einer Nutzerorientierung ausreichend getestet, versorgungsfördernd, seriös – evaluiert und – einschließlich der Kosten des laufenden Betriebs derselben – kostendeckend finanziert werden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 23 TOP 5

Antragsteller: Vorstand der KZVN, Herr Dr. Riefenstahl, Herr Koch

Stopp mit dem Digitalisierungswahnsinn

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, die Neuentwicklung von weiteren digitalen Anwendungen auszusetzen, solange die aktuell verfügbaren TI-Anwendungen nicht evaluiert sind und Praxisreife erlangt haben.

Der Antrag wird einstimmig angenommen. ▶▶

▶ Antrag 24 TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Riefenstahl, Herr Dr. Thomas, Herr Dr. Glusa, Herr Dr. Ross, Herr Dr. Hörschemeyer, Frau Dr. Schmilewski

Digitalisierung der W-Wahl

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (W) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) bittet den Vorstand und die Verwaltung der KZVN unter Würdigung einer Kosten-Nutzen-Abwägung zu prüfen, ob die nächsten Wahlen zur W der KZVN (voraussichtlich im Herbst 2028) auf elektronischem Weg durchzuführen sein können. Über das Ergebnis der Prüfung ist auf der Herbst W 2023 zu berichten.

Der Antrag wird bei drei Nein-Stimmen und zwei Enthaltungen angenommen.

Antrag 25 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Triebe, Frau Dr. Brandt, Herr Dr. Kühling-Thees, Herr Knitter, Herr Dr. Schaper, Frau Hoppe

Vorteile der Famulatur nutzen, um flächendeckende wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in Zukunft dauerhaft zu sichern

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert den Vorstand der KZVN auf, einen größeren Spielraum bei der Auswahl der an der Famulatur beteiligten Praxen zu schaffen und eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Universitäten bezüglich der Modifikation der Famulaturinhalte, welche durch die Approbationsordnung vorgegeben sind, zu ermöglichen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 26 zu TOP 5

Antragstellende Personen: Frau drs. Kant, Frau Lange, Herr Dr. Riefenstahl

Keine Quotierung der Anästhesistenhonorare im Rahmen sogenannter Praxisbesonderheiten für kinderzahnärztliche Narkosen erneut

Beschluss:

Die Vertreterversammlung (W) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) bittet die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) dringend um Lösungen, welche die Anästhesistenleistungen im Rahmen von zahnmedizinisch indizierten Behandlungen bei Kindern bis zum einschl. 12. Lebensjahr sicherstellen.

Parallel fordert die W der KZVN den Gesetzgeber erneut auf, SGB V §87b Abs.2 Satz 5 um eine Ausnahme im Rahmen von zahnmedizinisch indizierten Behandlungen bei Kindern bis zum einschl. 12. Lebensjahr zu erweitern.¹

Ebenfalls parallel dazu werden die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Mitglieder des Deutschen Bundestages aufgefordert, diese Gesetzeserweiterung aktiv zu unterstützen.

¹Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

Der Antrag wird bei vier Enthaltungen angenommen.

Antrag 27 zu TOP 5

Antragsteller: Vorstand der KZVN

Entschädigung für die Schwerpunktpraxen (SPP)

Beschluss:

Die Vertreterversammlung möge beschließen, dass die Gewährung der derzeitigen Aufwandsentschädigung für die SPP (1000 Euro bei Aufnahme der Tätigkeit als SPP, monatliche Aufwandsentschädigung in Höhe von 500 Euro) bis zum 31. Januar 2023 verlängert wird.

Der Antrag wird bei einer Nein-Stimme angenommen.

Antrag 28 neu zu TOP 5

Antragstellende Personen: Herr Dr. Herz, Herr Dr. Liepe, Herr Dr. Rölleke, Frau Dr. Brandt, Herr Dr. Schaper

Auf Rechtssicherheit hinwirken, um Regresse bei der Anfertigung von Unterkieferprotrusionsschienen zu vermeiden

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert den Vorstand der KZVN auf, auf Rechtssicherheit für die an der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niedersachsen bei der Anfertigung einer Unterkieferprotrusionsschiene nach Veranlassung durch einen schlafmedizinisch tätigen Arzt hinzuwirken, um Regresse zu vermeiden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 1 zu TOP 6

Antragsteller: Dr. Nels

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs 2019

Beschluss:

Die W der KZVN möge die Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes 2019 gemäß Anlage mit Wirkung ab dem 01.01.2023 beschließen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Hinweis: Der geänderte Honorarverteilungsmaßstab wurde im Mitgliederrundschreiben 12/2022 der KZVN bekannt gegeben und wird im Mitgliederportal unter www.kzvn.de (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt Verträge/Vertragsmappe eingestellt.

Antrag 1 zu TOP 7

Antragsteller: Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida

Änderung der Entschädigungsordnung für ehrenamtlich tätige Nicht-Organmitglieder der KZV Niedersachsen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung stimmt dem vorliegenden Entwurf zur Änderung der Entschädigungsordnung für ehrenamtlich tätige Nicht-Organmitglieder der KZV Niedersachsen zu.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 1 neu zu TOP 8

Antragstellerin: Frau Dr. Hanßen

Betreff: Änderung der Satzung der KZV Niedersachsen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung stimmt dem vorliegenden Entwurf zur Änderung der Satzung der KZV Niedersachsen zu.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Hinweis: Die Satzung wird nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Mitgliederrundschreiben der KZVN bekannt gegeben und wird im Mitgliederportal unter www.kzvn.de (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt Verträge/Vertragsmappe eingestellt.

Antrag 1 neu zu TOP 9

Antragstellerin: Frau Dr. Hanßen

Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung stimmt dem vorliegenden Entwurf zur Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen zu.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Hinweis: Die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung wird im Mitgliederrundschreiben der KZVN bekannt gegeben und kann ab dann im Mitgliederportal unter www.kzvn.de (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt Verträge/Vertragsmappe eingesehen werden.

Antrag 1 zu TOP 10

Antragstellerin: Frau Dr. Hanßen

Änderung der Geschäftsordnung der Ausschüsse der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung stimmt dem vorliegenden Entwurf zur Änderung der Geschäftsordnung der Ausschüsse der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen zu.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Hinweis: Die Geschäftsordnung der Ausschüsse der Vertreterversammlung wird im Mitgliederrundschreiben der KZVN bekannt gegeben und kann ab dann im Mitgliederportal unter www.kzvn.de (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt Verträge/Vertragsmappe eingesehen werden.

Antrag 1 zu TOP 11

Antragsteller: Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida

Abnahme der Jahresrechnung 2021 und Entlastung des Vorstandes für das Rechnungsjahr 2021

Beschluss:

Die Jahresrechnung des Jahres 2021 wird abgenommen und dem Vorstand der KZVN die Entlastung für das Rechnungsjahr 2021 erteilt.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 1 zu TOP 12:

Antragsteller: Dr. Nels

Feststellung des Haushaltsplanes für das Rechnungsjahr 2023

Beschluss:

Der Haushaltsplan für das Jahr 2023 wird wie folgt festgestellt:

1. Erfolgshaushalt

in Einnahmen und Ausgaben ausgeglichen mit Euro 21.839.007 bei einer Vermögensentnahme von Euro 2.414.552

2. Investitionshaushalt

in Einnahmen und Ausgaben ausgeglichen mit Euro 3.888.164 bei einer Liquiditätsabnahme von Euro 2.841.390

3. Deckungsfähigkeit

Gemäß § 9 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) besteht über die Ausgabentitel der Kostenartengruppen 1, 2, 3 und 4 und der Kostenartengruppen 5 und 10 bis 24 sowie der Kostenartengruppen 6 bis 9 untereinander die gegenseitige Deckungsfähigkeit.

Die Kostenartengruppen 1, 2, 3 und 4 umfassen die Ausgaben der Selbstverwaltung und der Einrichtungen.

Die Kostenartengruppen 6, 7, 8 und 9 umfassen die Personalausgaben der Verwaltung der KZVN.

Die Kostenartengruppen 5 und 10 bis 24 umfassen die Sachausgaben der Verwaltung der KZVN.

Deckungsfähigkeit ist die im Haushaltsrecht begründete Möglichkeit, bei einem Titel höhere Ausgaben als veranschlagt auf Grund von Einsparungen bei einem oder mehreren anderen Ausgabentiteln zu tätigen.

4. Übertragbarkeit von Investitionen und Consultingausgaben

Gemäß § 73 SGB IV i.V. mit § 18, Abs. 2 SVHV dürfen geplante Investitionen und Consultingausgaben (Konto 75230, Kostenartengruppe 18, Seite C 37) als Haushaltsreste für die jeweilige Zweckbestimmung über das Haushaltsjahr hinaus bis zum Ende des auf die Bewilligung folgenden zweitnächsten Haushaltsjahrs verfügbar bleiben.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.



Der vollständige Wortlaut der Beschlüsse nebst Begründungen kann im Mitgliederportal unter www.kzvn.de (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt Publikationen/VV-Beschlüsse eingesehen werden.

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen
Geschäftsstelle
Zeißstraße 11
30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-323/361
E-Mail: zulassung@kzvn.de

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN (www.kzvn.de/Zahnärzte/Zulassung) als PDF-Dokument oder von der Geschäftsstelle.

Sämtliche Anträge müssen grundsätzlich zum Abgabetermin vollständig eingereicht werden, ansonsten können sie nicht verhandelt werden.

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ ein vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular (Seite 1+2 mit den entsprechenden Erklärungen)
- ▶ der Auszug aus dem Zahnarztregister (wenn nicht in Niedersachsen eingetragen)
- ▶ eine Bescheinigung über die bisherigen Tätigkeiten; bei Niederlassungen oder Anstellungen in anderen KZV-Bereichen ist diese bei der jeweiligen KZV anzufordern
- ▶ ein unterschriebener Lebenslauf
- ▶ das behördliche Führungszeugnis der Belegart „0“, bei längerem Aufenthalt im Ausland wird entweder ein europäisches oder zusätzlich ein nationales Führungszeugnis aus dem Ausland benötigt

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der schriftliche Gesellschaftsvertrag von allen Partnerinnen und Partnern der BAG unterschrieben

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

- ▶ Beteiligung am Vermögen der Praxis (nach Kennenlernzeit)
- ▶ Beteiligung am Gesamtgewinn und -verlust der Praxis
- ▶ Freiberuflichkeit muss gewährleistet bleiben

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der aktuelle Gesellschaftsvertrag der bereits bestehenden BAG mit einer Regelung, nach der die BAG bei Ausscheiden oder Aufnahme einer Gesellschafterin oder eines Gesellschafters fortgeführt wird
- ▶ eine Änderungsvereinbarung der neuen Gesellschafterinnen oder Gesellschafter über die Vermögensbeteiligung sowie Gewinn- und Verlustbeteiligung

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular
- ▶ alle im Antragsformular genannten Unterlagen
- ▶ insbesondere: der Gesellschaftsvertrag, bei einer GmbH der aktuelle Handelsregisterauszug der Trägergesellschaft, die aktuelle Gesellschafterliste, eine selbstschuldnerische Bürgschaft

Müssen die vollständigen Unterlagen und Angaben nachgebessert werden und kann deren Prüfung aufgrund des Umfangs nicht rechtzeitig vor dem Sitzungstermin abgeschlossen werden, kann der Zulassungsausschuss über den Antrag nicht entscheiden. Der Antrag wird vertagt und in der nächsten Sitzung verhandelt.

Verlegungen

Die Zulassung wird für einen konkreten Niederlassungssitz erteilt. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ formloser Antrag auf Verlegung von ... (Ort der bisherigen Zulassung) nach ... (zukünftiger Sitz) zum ... (Datum der Verlegung, nur für die Zukunft möglich)

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	15.12.2022
für die Sitzung am	25.01.2023
Abgabe bis	08.02.2023
für die Sitzung am	08.03.2023
Abgabe bis	14.03.2023
für die Sitzung am	19.04.2023
Abgabe bis	27.04.2023
für die Sitzung am	31.05.2023
Abgabe bis	13.06.2023
für die Sitzung am	12.07.2023
Abgabe bis	08.08.2023
für die Sitzung am	06.09.2023
Abgabe bis	28.09.2023
für die Sitzung am	01.11.2023
Abgabe bis	07.11.2023
für die Sitzung am	06.12.2023

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Mittelbereich Emden: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades besteht auf den Inseln Baltrum, Norderney und Borkum vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752, Fax: 04941 2835, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

_____Stand: 21.12.2022

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGER ZAHNARZTAUSWEIS

Der Ausweis

Dr. Stratos Vassis.....Nr. 9539 vom 07.05.2018 wurde verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt.

_____ZKN

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Braunschweig	Kashua, Dana
Isenbüttel	Dr. Rang, Karolin Christine
Isenbüttel	Dr. med. dent. Rang, Markus
Lehre	Böx, Christine

Verwaltungsstelle Göttingen

Göttingen	Dr. Annatshah, Yaser
-----------	----------------------

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover	Dr. Blunck, Lisa
Hannover	Dr. Blunck, Maya
Neustadt a. Rbge.	Dr. Neumeister, Romy

Verwaltungsstelle Lüneburg

Amt Neuhaus	Meyer, Biljana
Ebstorf	Niemax, Mariam
Hanstedt	Dr. Priestersbach, Patrick
Neetze	Dr. Behn, Alexandra
Neu Wulmstorf	Dr. Lange, Ivonne
Winsen (Luhe)	Dr. Wussow, Samantha

Verwaltungsstelle Osnabrück

Georgsmarienhütte	Dr. Alhiraky, Shaher
Melle	Dr. Maaske, Florian

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Aurich	Daneil, Samuel Alkes
--------	----------------------

Verwaltungsstelle Verden

Soltau	Dr. Becker, Rainer
Verden	Dr. Austein, Kristof

Fachzahnärzte/-ärztinnen für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Hannover

Rinteln	FZA. Dr. Meyer, Philipp
---------	-------------------------

Verwaltungsstelle Lüneburg

Uelzen	FZÄ. Sbeini, Kinana
--------	---------------------

Medizinische Versorgungszentren

Verwaltungsstelle Göttingen

Einbeck	MVZ Zahnhaus Einbeck GmbH
---------	---------------------------

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover	MVZ Dental21 – Hannover Südstadt (GmbH)
Hannover	Smart Smile Hannover MVZ GmbH

Verwaltungsstelle Osnabrück

Haselünne	Dr. Balaom Mundgesund ZMVZ Haselünne (GmbH)
-----------	--

Wir heißen die Kolleginnen und Kollegen im Kreise der KZVN-Mitglieder herzlich willkommen und wünschen ihnen und ihren Praxisteams für die Zukunft viel Erfolg!
Der Vorstand der KZVN

In der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 11. und 12.11.2022 wurde gemäß § 25 Nr. 1 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) eine geänderte **Kammersatzung** der ZKN mit der erforderlichen 2/3 Mehrheit beschlossen. Sie wurde mit Bereitstellungsdatum vom 14.12.2022 auf der Homepage der ZKN – www.zkn.de (Beschlüsse der Kammerversammlung der ZKN / Rechtsgrundlagen der ZKN) – veröffentlicht und wird hiermit nach Veröffentlichung im Internet in das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) aufgenommen.

Die Kammersatzung kann unter dem nachstehenden Link im Volltext abgerufen werden.

→ https://zkn.de/fileadmin/user_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Kammersatzung_2023.pdf



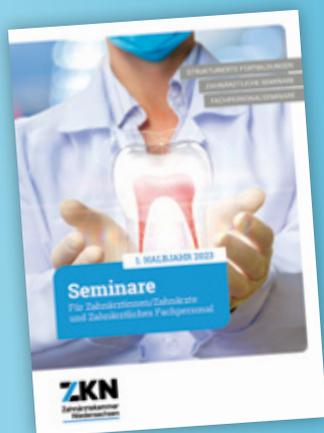
In der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 11. und 12.11.2022 wurde gemäß § 25 Nr. 1 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) eine geänderte **Kostensatzung** der ZKN mit der erforderlichen 2/3 Mehrheit beschlossen. Sie wurde mit Bereitstellungsdatum vom 14.12.2022 auf der Homepage der ZKN – www.zkn.de (Beschlüsse der Kammerversammlung der ZKN / Rechtsgrundlagen der ZKN) – veröffentlicht und wird hiermit nach Veröffentlichung im Internet in das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) aufgenommen.

Die Kostensatzung kann unter dem nachstehenden Link im Volltext abgerufen werden.

→ https://zkn.de/fileadmin/user_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Kostensatzung_2023.pdf



JETZT NEU



Fortbildungsangebote im 1. Halbjahr 2023

Ganz neue und interessante Kurse finden Sie auch in unserem gerade neu erschienenen Seminarprogramm für das 1. Halbjahr 2023. Sichern Sie sich jetzt schon die besten Plätze:

→ https://zkn.de/fileadmin/user_upload/seminare/Seminarprogramm_1_2023.pdf



Aktualisierungshinweise Vertragsmappe

12/2022



Fach-Nr.	Inhalt	Stand/Hinweis
	Inhaltsverzeichnis Ordner A	12/2022 ^{*)}
1.1.	SGB V	07.11.2022 ^{*)}
3.3.3.1.	Entschädigungsordnung für ehrenamtlich tätige Nichtorganmitglieder	02.12.2022 ^{*)}
3.3.4.	Geschäftsordnung für den Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Niedersachsen (LAN-Z)	31.08.2022 ^{*)}
4.1.2.	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V Anlage A zum BMV-Z (BEMA)	01.07.2022 ^{*)}
4.3.	Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)	08.11.2022 ^{*)}

^{*)}Die aktuelle Fassung der Vertragsmappe ist unter www.kzvn.de im Mitgliederportal unter dem Menüpunkt „Verträge/Vertragsmappe“ eingestellt. Die neuen oder geänderten Regelwerke können auf Anforderung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

Hinweise:

- Fach 3.3.4. (Neuaufnahme):
„Geschäftsordnung für den Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Niedersachsen“
- Fach 4.1.2.:
Zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen vom 03.08.2022. Datum des Inkrafttretens: 01.07.2022



Auskünfte erteilt:
Servicehotline für
Vertragsfragen
Tel.: 0511 8405-206



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Ein gemeinsames Mitteilungsblatt von

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

**JETZT
ANMELDEN**

70. WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS

2. – 4. FEBRUAR 2023

Zahnmedizin für Jung und Alt

**ONLINE-KONGRESS FÜR ZAHNÄRZTE/INNEN
UND DEREN FACHPERSONAL**

Weitere Informationen unter



www.zkn-kongress.de

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen