

### Bericht über die Festreden zur Eröffnungsfeier des 65. Winterfortbildungskongresses der ZKN

**KLIMAFORSCHER ARVED FUCHS: „GRENZEN SPRENGEN“**  
S. 32 ff.



6 **EU-Kommission**  
greift Selbstverwaltung an



14 **Hall-Technik**



22 **Prothetische Maßnahmen**  
im Milchgebiss



28 **Zahngesundheit von**  
Kindern: Niedersächsische  
Studienergebnisse 2015/16





### Anmeldungen

sind im Internet unter [www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/anmeldung-zu-veranstaltungen](http://www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/anmeldung-zu-veranstaltungen) oder über einen separaten Flyer möglich.



# Altenpflege und Alterszahnmedizin

## Herausforderungen in der Versorgung von Patient\*innen mit Demenz und geistiger Behinderung

### Thema

Die Mundgesundheit von älteren Menschen mit Pflegebedarf ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und Gleichaltrigen ohne Pflegebedarf deutlich schlechter. Menschen mit Pflegebedarf haben häufiger Karies, weniger eigene Zähne und häufiger einen herausnehmbaren Zahnersatz als Gleichaltrige ohne Pflegebedarf. Sie sind häufig nicht in der Lage, ihre Mundhygiene selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen. Eine mangelnde Mundgesundheit hat erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität sowie auf die allgemeine Gesundheit.

Pflegende Personen im häuslichen Umfeld oder in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Zahnmediziner\*innen stehen vor besonderen Herausforderungen in der zahnmedizinischen Betreuung und Versorgung. Angefangen von der täglichen Mundhygiene und dem Zugang zu zahnärztlicher Prävention und Behandlung, über die Herausforderung im Umgang mit Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung bis hin zu rechtlichen Fragen bei der Versorgung von Menschen mit Betreuung. Diesen möchten wir auf dem Kongress begegnen und zum dritten Mal zu einer ganzheitlicheren zahnmedizinischen Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarfen beitragen. Wir möchten einen interdisziplinären Austausch zwischen Pflege und Zahnmedizin ermöglichen und ein gegenseitiges Verständnis über Arbeitsweisen und Handlungsmöglichkeiten fördern. Neben fachlichen Vorträgen am Vormittag gibt es am Nachmittag in Workshops u. a. auch die Möglichkeit, einen Blick auf die eigenen Ressourcen zu werfen. Herzlich eingeladen sind Pflegefachkräfte aus der ambulanten und stationären Pflege und Zahnmediziner\*innen sowie alle Interessierten. Die Veranstaltung ist eine Kooperation der Zahnärztekammer Niedersachsen, der AOK Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

### Moderation:

Prof. Dr. Ina Nitschke,  
Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin, Leipzig

### Organisation

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V. (LVG & AfS Nds. e.V.)

### Programm

- 09:30 Uhr **Anmeldung und Begrüßungskaffee**
- 10:00 Uhr **Eröffnung und Begrüßung**  
Silke Lange, Zahnärztekammer Niedersachsen  
N.N., AOK Niedersachsen
- 10:15 Uhr **A wie Alter, D wie Demenz und Z wie Zähne Menschen mit Demenz und ihre Zähne**  
Prof. Dr. Ina Nitschke,  
Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin, Leipzig
- 11:15 Uhr **Kaffeepause**
- 11:45 Uhr **Rechtliche Fragen bei der Versorgung von Menschen mit Betreuung**  
Dr. jur. Oliver Pramann, Kanzlei 34, Hannover
- 12:15 Uhr **Mundhygiene bei älteren Patient\*innen: Möglichkeiten der Eigen- und Fremdfürsorge**  
Dr. Jörg Hendriks, Zahnärztekammer Niedersachsen
- 13:00 Uhr **Mittagspause**
- 14:00 Uhr **Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung**  
Dr. Ilse Weinfurter, Spezialistin für Alterszahnmedizin mit seniorengerechter Praxis in Detmold, Landesbeauftragte Westfalen-Lippe der DGAZ
- 14:45 Uhr **Parallele Workshops mit integrierter Kaffeepause**
- WS1** **Blickwinkel schärfen – Sichtweisen unterscheiden – Toleranz fördern**  
**Pflegeeinrichtung vs. Praxis**  
Dr. Angelika Fröhlich-Krebs, Mainz  
Ramona Waterkotte, Mainz
- WS2** **Raus aus dem Hamsterrad – Resilienz kann man lernen**  
Norbert Rönnau, Resilienztrainer und Coach, Göttingen
- WS 3** **Rückengerechtes Arbeiten**  
Ulrich Kuhnt, Rückenschule Hannover
- 16:45 Uhr **Ende der Fachtagung**

# Beste Aussichten – Winterfortbildungskongress vom 07. bis 09. Februar 2019 in Hannover!

**D**ass wir uns in diesem Jahr zum vorerst letzten Mal in Braunlage zur Fortbildung getroffen haben, hat sich in Niedersachsen herumgesprochen. Eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse, verbunden mit einer ausführlichen und breit angelegten Standortanalyse, haben zu eindeutigen Entscheidungen eines eigens zu dem Zweck etablierten Findungsausschusses und in dessen Folge des Kammervorstands geführt. Und auch die Vorstellung der Entscheidungskriterien auf der kurz darauf stattgefundenen Kammerversammlung löste keinerlei kritische Diskussionen mehr aus. Daher werden wir uns in den nächsten Jahren zum Winterfortbildungskongress Anfang Februar in Hannover treffen.

Es ist uns allen im Kammervorstand bewusst, dass sich der Kongress und das Rahmenprogramm in Hannover deutlich von dem in Braunlage unterscheiden wird. Aber seien Sie gewiss, dass wir Ihnen einen hochattraktiven Fortbildungskongress präsentieren werden, den Herr Professor Attin mit hochkarätigen Referenten schon für das nächste Jahr geplant und organisiert hat. An dieser Stelle sei bereits jetzt schon erwähnt, dass wir den Vertrag mit unserem geschätzten Kongressleiter Professor Attin bis einschließlich 2022 verlängern wollen.

Natürlich schauen einige langjährig treue Harz-Winterfortbildungsteilnehmer mit einer Portion Wehmut auf unsere 65 Treffen dort zurück. Aber alles hat seine Zeit und es gab in den letzten Jahren nur wenige Teilnehmer aus der Gruppe der Jungzahnmediziner (jünger als 50). Mit einem Neuanfang bieten sich auch immer neue Chancen. So werden wir in Hannover mehr Räumlichkeiten für ein noch diversifizierteres Programm bieten können. Parallel zum Kongress für uns Zahnärzte werden wir auch einen für unser Fachpersonal auflegen, der sowohl spezielle Themen für ZFA, als auch für ZMV und ZMP/DH anbieten wird. Moderne Zahnheilkunde geht heute nicht ohne Teamarbeit und aus diesem Grund ist es sinnvoll und zielführend, ein anspruchsvolles Programm für das gesamte Praxisteam anzubieten.

Die Infrastrukturmöglichkeiten sind in Hannover so gut, wie fast nirgendwo sonst in Deutschland. Neben dem Congress Centrum bietet das mit ihm über einen Tunnel



Henner Bunke,  
Doctor of Dental Medicine, University of Florida/USA  
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

verbundene Congresshotel am Stadtpark 258 preiswerte Übernachtungszimmer an. Die benachbarte Parkgarage bietet rund 900 überdachte Parkplätze an. Rundherum liegen zahlreiche weitere Hotels in unterschiedlichsten Komfortklassen. Hannovers zentrale Lage in Niedersachsen mit Flug-, ICE- und Autobahnanbindungen macht es möglich, sowohl für kurzweilige, als auch längere Aufenthalte aus Niedersachsen, aber auch aus unseren benachbarten Bundesländern problemlos anzureisen. Mit diesem Standort und den vielfältigen Anreisevarianten bieten sich auch breit gefächerte Möglichkeiten für attraktive Rahmenprogramme, sodass Sie sich mit Ihren befreundeten Kolleginnen und Kollegen wohlfühlen werden.

Lassen Sie sich überraschen! Ich kann heute dazu nur noch sagen: herzlichen Dank Braunlage für die jahrelange Gastfreundschaft sowie freundliche Betreuung und Hallo Hannover 2019 ff! ■

Henner Bunke,  
Doctor of Dental Medicine, University of Florida/USA  
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

**NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT** – 53. Jahrgang  
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte  
mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)  
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN),  
erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden 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

##### Redaktionsleitung

Gerd Eisentraut (et)  
Waldfrieden 4, 22043 Hamburg  
Tel.: 040 6571161, E-Mail: nzb-hh@gerd-eisentraut.de

##### 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

##### Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Melanie König (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

#### REDAKTIONSBÜRO

##### ZKN

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

Bonifatius GmbH, Druck – Buch – Verlag  
Karl-Schurz-Straße 26, 33100 Paderborn  
Tel.: 05251 153-0, E-Mail: info@bonifatius.de  
Internet: www.bonifatius.de

#### ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN),  
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover  
Barbara Podgorski, Tel.: 0511 8405-135  
E-Mail: nzb-kleinanzeigen@kzvn.de

#### REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die  
Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wieder-  
gaben, 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 04 / 18: 9. März 2018

Heft 05 / 18: 10. April 2018

Heft 06 / 18: 8. Mai 2018

Verspätet eingegangene Manuskripte können  
nicht berücksichtigt werden.



#### BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für den

► 64. Zahnärztetag der

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



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



10



## LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida: Beste Aussichten – Winterfortbildungskongress vom 07. bis 09. Februar 2019 in Hannover!

## POLITISCHES

- 4 Auf Verständlichkeit kommt es an!
- 6 EU-Kommission greift Selbstverwaltung an Gute Noten für Deutschland, aber Kritik an GKV-Strukturen
- 8 Angleichung der ärztlichen Vergütungssysteme Die Ärzte argumentieren strikt dagegen
- 10 Gedanken zum Begriff der Behinderung Wie bekennen wir uns zu Menschen mit Behinderungen? Wie leben wir zusammen?
- 12 Mitgliederversammlung hat Namensänderung beschlossen: „Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.“

## FACHLICHES

- 14 Hall-Technik: Versorgung von kariösen Milchmolaren mit einer Stahlkrone ohne vorherige Kariesexkavation
- 20 „Moderne Versorgungsmethoden“ in der pädiatrischen Kariestherapie – ein Spannungsfeld zur GKV

14



12



- 22 Prothetische Maßnahmen im Milchgebiss Breites Spektrum bei großflächigen Defekten

- 28 Zahngesundheit von Kindern: Niedersächsische Studienergebnisse 2015/16

- 32 Bericht über die Festreden zur Eröffnungsfeier des 65. Winterfortbildungskongresses der ZKN Klimaforscher Arved Fuchs: „Grenzen sprengen“

- 35 Glossar zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur

- 38 Neues BZÄK-Merkblatt zum Datenschutzrecht: Zahnarztpraxen sollten neues Datenschutzrecht genau beachten

- 38 BZÄK: GOZ Kommentar erneut aktualisiert

- 38 Statistisches Jahrbuch 2016/2017 der BZÄK

- 39 KZBV-Jahrbuch 2017: Wertvolle Infos – auch für die Praxis

- 40 Zwischen legal und illegal liegt manchmal nur eine Verschwiegenheitsverpflichtung!

- 41 Zwei weitere Leitlinien nach AWMF-Regularien aktualisiert: „Zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz“ und „Odontogene Infektionen“

21



32



## TERMINLICHES

- 42 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

- 43 ZAN-Seminarprogramm

- 44 Termine

## PERSÖNLICHES

- 45 Herzliche Gratulation Dr. Jörg Thomas nachträglich zum 70sten Geburtstag

- 45 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 46 Wir gratulieren nachträglich Dr. Wilhelm Bomfleur zum 70sten Geburtstag

- 46 Wir trauern um unsere Kollegen

- 47 35 Jahre im Dienste der niedersächsischen Zahnärzteschaft, Jürgen Schwarz geht in den verdienten Ruhestand

- 47 Herzlichen Glückwunsch zu zehn Jahren Praxistreu

- 48 20 Berufsjahre in Braunschweig – herzlichen Glückwunsch!

- 48 30-jähriges Jubiläum

## AMTLICHES

- 49 Neuzulassungen

- 50 Niederlassungshinweise

- 51 Ungültige Zahnarzttausweise

## KLEINANZEIGEN

- 52 Kleinanzeigen

22





Foto: © Fotografer Fotolia.com

# Auf Verständlichkeit kommt es an!

**D**ie Bürgerinnen und Bürger in Deutschland brauchen mehr verständliche Gesundheitsinformationen. Denn nur wer gut informiert ist, kann Gesundheitsrisiken vermeiden und im Krankheitsfall durch eigenes Verhalten zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen. Um das Gesundheitswissen zu verbessern, hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Juni 2017 gemeinsam mit den Bundesländern, den Spitzenorganisationen der Krankenkassen, der Ärzte und Zahnärzte, der Pflegekräfte, der Krankenhäuser und Apotheken sowie mit Verbraucherverbänden und Selbsthilfegruppen die Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet. In einer Gemeinsamen Erklärung haben sich alle fünfzehn beteiligten Partner der Allianz dazu verpflichtet, neue Projekte und Strategien zu entwickeln und umzusetzen, um Bürgerinnen und Bürger mit verständlichen Informationen über ihre Gesundheit, den Umgang mit Krankheiten und Möglichkeiten zur Vermeidung und Vorbeugung von Krankheiten zu unterstützen. Weitere Partner werden dazukommen.

Dass die Allianz auf einer so breiten Grundlage steht, ist ihre Stärke. Es ist ein Signal, dass wir mehr für die Gesundheitskompetenz in unserem Land tun wollen. Und das ist nötig. Denn aktuelle Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Schwierigkeiten hat, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, sie zu bewerten und die richtigen Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise oder zur Krankheitsbewältigung zu treffen. Dies betrifft insbesondere ältere Menschen, Menschen mit chronischer Erkrankung, Menschen mit geringem Bildungsstatus und Menschen mit Migrationshintergrund. Eine bessere Gesundheitskompetenz zahlt sich für den

Einzelnen, aber auch für das Gemeinwesen aus: Nach Schätzungen der WHO werden drei bis fünf Prozent der Gesundheitsausgaben durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht. Allein für Deutschland wären dies umgerechnet etwa 9 bis 15 Milliarden Euro.

Die Digitalisierung ist ein wichtiger Motor für mehr Gesundheitskompetenz. 40 Prozent der Menschen hierzulande nutzen schon heute regelmäßig das Internet für die Suche nach Gesundheitsinformationen. Und die gute Nachricht ist: Es gibt eine Fülle von Gesundheitsinformationen, die im Internet frei zur Verfügung stehen. Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Verbraucherzentralen, Universitäten und Verbände und natürlich die Unabhängige Patientenberatung bieten vielfältige gute Informationsangebote. Insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen leisten Vorbildliches, etwa mit dem Portal „Gesundheitsinformation.de“. Das können Übersichten zu Präventionsangeboten sein, zu Diagnose- und Therapiemöglichkeiten oder auch andere Hinweise, die Menschen helfen können, Entscheidungen für ihre persönliche Gesundheit zu treffen.

Doch diese Fülle ungefilterter Informationen kann auch überfordern. Welche Informationen sind zuverlässig? Welche können tatsächlich weiterhelfen? Welche versteht man auch ohne Medizinstudium? Es geht darum, dass Informationen leicht auffindbar und für medizinische Laien verständlich sein müssen. Ziel muss sein, dass alle Bürgerinnen und Bürger die gefundenen Informationen einordnen und für sich nutzen können. Voraussetzung dafür ist erstens mehr Gesundheitsbildung. Diese muss so

umfassend und zugleich so einfach wie möglich erfolgen, also über Angebote in Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, Freizeit-, Erwachsenenbildungs-, Gesundheits- oder Senioreneinrichtungen – ein Ansatz, der auch mit dem Präventionsgesetz verfolgt wird.

Zweitens sind dafür gut zugängliche Gesundheitsinformationen nötig, die zugleich wissenschaftlich abgesichert, unabhängig und leicht verständlich sind, vor allem im Internet. Denn schon heute informieren sich rund 40 Millionen Menschen in Deutschland regelmäßig zu Gesundheitsthemen über das Internet. Allerdings stehen im Internet wissenschaftliche und werbliche Informationen ungefiltert nebeneinander. Und schon die Qualität eines Anbieters zu beurteilen, fällt schwer. Es muss deshalb darum gehen, die guten, unabhängigen Informationen verständlich aufzubereiten und schnell zugänglich zu machen. Denn die Informationen sollen alle Menschen in Deutschland erreichen. Deshalb haben wir das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragt, ein Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal im Internet zu entwickeln, das wissenschaftlich belegte und verständliche Informationen bündelt.

Drittens muss es auch im direkten Arzt-Patienten-Kontakt mehr Verständlichkeit geben. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein Dreh- und Angelpunkt unseres Gesundheitswesens. Hier kommt es ganz wesentlich darauf an, dass Diagnosen und Behandlungsempfehlungen verstanden werden. Das muss in der Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften eine stärkere Rolle spielen. Denn nur wer seinen Arzt richtig versteht, kann die Empfehlungen auch richtig umsetzen. Verständlichkeit in der Kommunikation ist die Grundlage für eine stärkere Patientenbeteiligung und vor allem für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung müssen wir erkennbar stärken. Denn nur wenn der Patient die Therapie aktiv mitgestalten kann, wird sie erfolgreich sein. Alle drei Punkte sind wichtige Handlungsfelder in der Gemeinsamen Erklärung der Allianz für Gesundheitskompetenz.

Es ist gut, dass die Zahnärzteschaft mit neuen Verfahren und Strategien kraftvoll in der Allianz mitwirkt – etwa mit der Kampagne der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Vermeidung frühkindlicher Karies mit dem Ziel, die Früherkennungsuntersuchungen auszubauen. Oder mit der Gesamtstrategie zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz. Die Bundeszahnärztekammer geht mit der Entwicklung eines Lehrmoduls für Zahnärzte zur „Teach-Back-Methode“ voran. In Form eines Lehrmoduls als Online-Fortbildung oder im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen der (Landes-) Zahnärztekammern werden Zahnärztinnen und Zahnärzte trainiert, besser mit ihren Patienten zu kommunizieren. Außerdem sollen neue Techniken der Gesprächsführung entwickelt und angewandt werden, um Menschen für Veränderung zu gewinnen.



*Ingrid Fischbach  
Parlamentarische Staatssekretärin beim  
Bundesminister für Gesundheit*

Eine Allianz zu gründen, heißt nicht nur, dass jeder Beteiligte seine Projekte beisteuert. Es heißt auch, sich gut abzustimmen und zusammenzuarbeiten. Wie erfolgreich so etwas funktioniert, zeigt sich gerade an den vielen hervorragenden Projekten des Innovationsfonds. Über den Innovationsfonds werden insgesamt neun Projekte zum Thema Gesundheitskompetenz gefördert. Ein Beispiel ist ein Projekt, bei dem es um die vollständige Umstellung der Abläufe in einem Krankenhaus auf die „gemeinsame Entscheidungsfindung“ geht. Um diesen Kulturwandel herbeizuführen, müssen die Ärztinnen und Ärzte ebenso geschult werden wie das Pflegepersonal. Für die Patienten werden Entscheidungshilfen entwickelt, die auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand beruhen. Alle Projekte müssen in einer wissenschaftlichen Begleitung nachweisen, ob und inwiefern sie zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Wo das messbar gelingt, sollen die Neuerungen allen Patientinnen und Patienten in der breiten Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Mit der Gründung der Allianz ist ein wichtiger Schritt geschafft, um die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gemeinsam zu stärken, damit Patientinnen und Patienten in Deutschland den Fachkräften im Gesundheitswesen als „Experten ihrer selbst“ gut informiert begegnen und die Entscheidungen für eine erfolgreiche Behandlung selbstbestimmt treffen können. ■

*Ingrid Fischbach  
Parlamentarische Staatssekretärin beim  
Bundesminister für Gesundheit*

*Quelle: „Zahnmedizin und Gesellschaft“ 2/2017  
Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände  
Deutschlands e.V. (IGZ), [www.i-g-z.de](http://www.i-g-z.de)*



# EU-Kommission greift Selbstverwaltung an

**GUTE NOTEN FÜR DEUTSCHLAND, ABER KRITIK AN GKV-STRUKTUREN**

**E**U-Gesundheitskommissar Vytenis Povilas Andriukaitis (Litauen) hat – wie angekündigt – sein umfangreiches Paket zur Gesundheitsberichterstattung in der Europäischen Union (EU) Ende November 2017 vorgelegt. Damit hat er den ersten Schritt zu einer Professionalisierung der Berichterstattung über die Gesundheits- und Pflegesysteme aller 28 Mitgliedstaaten in der EU im Rahmen des Europäischen Semesters erfolgreich abgeschlossen.

Diese sog. 28 Country health profiles, die von einem umfangreichen Begleitdokument der Generaldirektion SANTE (Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) ergänzt werden, basieren auf der Zusammenarbeit zwischen der OECD und der Europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheit und Gesundheitssysteme (EOHSP) und geben auf je 17 Seiten einen Überblick über die jeweiligen Gesundheitssysteme in den 28 Mitgliedstaaten. Hierbei werden der Gesundheitszustand (Lebenserwartung), Risikofaktoren (Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht) und die Höhe der Gesundheitsausgaben nach Sektoren ebenso dargestellt, wie eine Bewertung des Gesundheitssystems nach dessen

Effektivität, Zugänglichkeit und Anpassungsfähigkeit vorgenommen wird. Diese Portraits liegen alle in englischer Sprache vor und vermitteln einen ersten Eindruck über die Stärken aber auch Schwächen der doch sehr unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme in Europa. Mit Blick auf Deutschland fällt die Bilanz überwiegend positiv aus. So liegt die Lebenserwartung in Deutschland bei 80,7 Jahren und damit leicht über dem EU-Durchschnitt von 80,5 Lebensjahren. Die häufigste Todesursache stellen nach wie vor die Herz- und Kreislauferkrankungen dar, aber es ist eine stetige Zunahme von Sterbefällen aufgrund von Demenz zu verzeichnen. Bei den Risikofaktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum ist zwar ein Rückgang zu erkennen, so liegt der Anteil der Erwachsenen, die täglich rauchen, bei 21 Prozent, aber zugleich ist ein stetiger Anstieg der adipösen Erwachsenen festzustellen, so dass Deutschland hier bereits über dem EU-Durchschnitt liegt. Bei den Gesundheitsausgaben schießt Deutschland zusammen mit Österreich insofern den Vogel ab, als in 2015 Deutschland allein 11,2 Prozent seines Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheit ausgab und damit an der Spitze aller

EU-Staaten steht, die im EU-Durchschnitt 9,9 Prozent des BIP für den Gesundheitssektor ausgeben. Zugleich werden allein 84,5 Prozent dieser Gesundheitsausgaben aus öffentlicher Hand finanziert, was wiederum den höchsten Anteil in der gesamten EU darstellt. Auffällig ist auch, dass Deutschland neben Österreich über einen sehr großen stationären Krankenhaussektor verfügt und mit 813 Betten pro 100.000 Einwohner die höchste Bettenquote in der EU hat. Darüber hinaus weist Deutschland zusammen mit Dänemark und Schweden im Vergleich zu den anderen EU-Staaten eine hohe und steigende Zahl an Ärzten und Krankenpflegern auf. Seit 2004 ist die Anzahl der Klinikärzte allein um 30 Prozent gestiegen.

Bei der Bewertung des deutschen Gesundheitssystems nach den Kriterien Effektivität, Zugänglichkeit und Anpassungsfähigkeit erhält Deutschland durchweg gute Noten. So ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung generell gut und es gibt nur wenige Personen, die einen ungedeckten medizinischen Behandlungsbedarf berichten. Mit 0,5 Prozent der Bevölkerung ist dies neben den Niederlanden, Österreich und Slowenien die niedrigste Quote in der EU. Trotz des flächendeckenden Versicherungsschutzes – fast 99,9 Prozent der Bevölkerung – wird kritisch bewertet, dass einkommensschwache Selbständige teilweise aufgrund fehlender Beitragszahlungen aus dem Versicherungsschutz fallen.

Unter dem Aspekt der Anpassungsfähigkeit, d.h. der Resilienz des Gesundheitssystems wird gewürdigt, dass Deutschland sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung eine hohe Zahl an Leistungen bei vergleichsweise niedrigen Kosten pro Fall anbietet. Aber weitere Effizienzsteigerung,

wie z.B. durch die Verlagerung von Dienstleistungen aus der stationären in die ambulante Versorgung bzw. der Ausgleich zwischen unterschiedlichen Versorgungsniveaus unter den Ländern werde durch die starke Stellung der Selbstverwaltungsstrukturen im Gesundheitswesen konterkariert. Tiefgreifende Reformen bedürften daher möglicherweise einer stärkeren politischen Führung. Denn die in Deutschland vorherrschenden Selbstverwaltungsstrukturen hätten auch zur Folge, „dass Entscheidungen oft die Prioritäten der Kostenträger und Leistungserbringer widerspiegeln und nicht notwendigerweise die Interessen der Patienten und der Allgemeinheit“.

Nach der Vorstellung der Europäischen Kommission sollen nun die Mitgliedstaaten auf der Basis dieses umfangreichen Materials ihren Austausch auf Ministerebene über die Reformansätze in ihren Gesundheitssystemen fortsetzen. Anlässlich der letzten Sitzung der Gesundheitsminister der 28 EU-Mitgliedstaaten am 8. Dezember 2017 in Brüssel konnte zwar EU-Gesundheitskommissar Andriukaitis sein Paket vorstellen, aber eine offizielle Antwort der Mitgliedstaaten auf diese „Länderportraits“ steht noch aus.

Die bulgarische Ratspräsidentschaft hat angekündigt, sich während ihrer Präsidentschaft (1. Halbjahr 2018) vorrangig mit dem Aspekt der Arzneimittelpreise und Zugang zu Arzneimitteln beschäftigen zu wollen. Diese Prioritätensetzung der Bulgaren kommt nicht von ungefähr, wenn man sich das Länderportrait von Bulgarien ansieht!

Weitere Informationen: [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en) ■

Quelle: gid Nr. 1 vom 05.01.2018

**NEU!**

**Schulungskurs zum  
Brandschutzhelfer**

## BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?  
Wir helfen Ihnen gern!

**Ansprechpartnerin:**  
Daniela Schmöe  
Tel.: 0511 83391-319  
Fax: 0511 83391-306  
E-Mail: [dschmoee@zkn.de](mailto:dschmoee@zkn.de)

**ZKN**  
Zahnärztekammer  
Niedersachsen



<http://tinyurl.com/zkn-bus01>





# Angleichung der ärztlichen Vergütungssysteme

**DIE ÄRZTE ARGUMENTIEREN STRIKT DAGEGEN**

„**W**er die Bürgerversicherung will, der startet den Turbolader in die Zwei-Klassen-Medizin“, erklärt Professor Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), ganz allgemein. Schon im Vorfeld der Gespräche/Verhandlungen hat sich gezeigt, dass es sich bei der Bürgerversicherung um einen bunt schillernden Begriff handelt, hinter dem sich je nach Sichtweise zahlreiche Einzelprojekte verbergen. In der Analyse wird deutlich, dass die „Bürgerversicherung“ keine unüberwindbare Hürde in den Gesprächen/Verhandlungen darstellen dürfte, da es verschiedene Punkte für gesichtswahrende Kompromisse der Verhandler gibt. Trotzdem gibt es keinen Grund für deren Gegner zur Entwarnung: Die meisten Kompromissvorschläge gehen bei den Ärzten und Zahnärzten, aber auch bei den Unternehmen der PKV ans „Eingemachte“. Eine „Option“, die für die Gegner auch einem Super-Gau gleichkäme, liegt in der Angleichung der Vergütungen der ärztlichen Leistungen.

Die Ausgangslage:

- ▶ In der GKV werden die Leistungen nach dem Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen vergütet. Der Wert der Leistungen wird nach Punkten mit einem Punktwert von 10,53 Cent (2017) vergütet. In einem hoch differenzierten Vergütungssystem haben die Ärzte in den ersten drei Quartalen des Jahres 2017 einen Vergütungszuwachs von 5,1 Prozent verzeichnet.
- ▶ In der PKV werden die Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit einem Punktwert von 5,82873 Cent (Einfachsatz) vergütet. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien dies rechtfertigen.
- ▶ Schon seit Jahren wird um die Novellierung der GOÄ gerungen. Die Verhandlungen zwischen BÄK und PKV-Verband mit einer betriebswirtschaftlichen Kalku-

lation der Bewertungen stehen inzwischen vor dem Abschluss. Zu den finanziellen Konditionen ist bekannt, dass die PKV den Preiseffekt der neuen GOÄ mit plus 5,8 Prozent (+/- 0,6 Prozent) kalkuliert. Dieser Finanzierungsrahmen soll in den ersten drei Jahren nach dem Start nicht überschritten werden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der konsenterte Entwurf noch vor Beginn der Koalitionsverhandlungen feierlich an den geschäftsführenden Bundesgesundheitsminister überreicht wird.

Die Bewertung einer „Konvergenz“ der Vergütungssysteme aus Sicht der Ärzte hat Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, so zusammengefasst: „Der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) implementierte Versuch, durch Regulierungsmechanismen Kosten und Beiträge im Bereich der ärztlichen Versorgung in einem künstlichen Gleichgewicht zu halten, kann keine Grundlage für die ärztliche Tätigkeit in freier Berufsausübung sein.“ Wo auch immer eine mögliche Große Koalition den Hebel ansetze, müsse auch künftig die Behandlung eines Patienten auf Grundlage einer individuellen Vereinbarung möglich sein. Dazu bedürfe es einer der freien Berufsausübung angemessenen Gebührenordnung, die nicht den „WANZ“-Kriterien (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig) unterliege und feste Preise für alle erbrachten Leistungen garantiere.

Die Behauptung, Ärzte erhielten für Leistungen in der PKV mehr Geld als im EBM, wies Reinhardt mit dem Hinweis auf fehlende Vergleichbarkeit zurück. „Solche Aussagen entbehren schon allein deshalb jeglicher Grundlage, weil im EBM überhaupt nicht für einzelne Leistungen, sondern über Pauschalvergütungen bezahlt wird.“ Der Unterschied beider Systeme ergebe sich im Kern durch die Budgetierung der ärztlichen Gesamtvergütung im GKV-System, „indem Leistungen – durch Mengengrenzen bzw. Quotierung oder Abstufung der Vergütung – überhaupt nicht mehr oder nur teilweise bezahlt werden“, erläutert Reinhardt. Wenn also überhaupt Modelle einer Angleichung der Gebührenordnungen erwogen werden könnten, dann nur, wenn sichergestellt sei, dass wirklich jede erbrachte ärztliche Leistung ohne Abstriche bezahlt würde. Ansonsten bliebe am Ende die einheitliche Gebührenordnung nichts anderes, als das Trojanische Pferd, dass die Einheitskasse in die Mauern des deutschen Gesundheitssystems trage.

Die beiden ärztlichen Gebührenordnungen, GOÄ und EBM, sind nach Meinung des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) nicht vergleichbar und daher auch nicht vereinbar. Der EBM sei keine Gebührenordnung, sondern als Einheitlicher Bewertungsmaßstab ein Verteilungsinstrument in einem budgetierten System, das zudem einen Sozialrabatt enthalte. Die GOÄ sei hingegen eine staatliche Gebührenordnung, wie sie jedem freien Beruf zustehe. ■ *Quelle: gid Nr. 2 vom 07.01.2018*



Foto: © Sebastian Duda/Fotolia.com

## NEUES SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

# Fit für die Praxisbegehung!

## SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team direkt vor Ort und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften. Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u.a.m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Teamgebühr: 550 €

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

### Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff

Tel.: 0511 83391-123

E-Mail: [clange@zkn.de](mailto:clange@zkn.de)

Zahnmedizinische Akademie  
Niedersachsen  
Zeißstraße 11 a  
30519 Hannover



Foto: © wege/fotolac.com

# Gedanken zum Begriff der Behinderung

## WIE BEKENNEN WIR UNS ZU MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN? WIE LEBEN WIR ZUSAMMEN?

### Behinderung als menschliche Seinsweise

Die Lebenshilfe formuliert in ihren ethischen Grundaussagen: „Es ist normal, verschieden zu sein. Behinderung allein prägt nicht das Wesen eines Menschen. Menschen mit einer Behinderung können ebenso sinnerfüllt und glücklich leben wie es nicht behinderte Menschen können. Behinderung ist keine Krankheit.“ Behinderung ist somit eine Form menschlicher Seinsweise. Dies beschreibt letztlich die Forderung und Erwartung, Menschen mit Behinderung nicht mit Mitleid, sondern auf Augenhöhe zu begegnen: Empathie ja, aber keine Bevormundung aus falsch verstandener oder anezogener Fürsorge.

### ... Man darf nicht allgemein von „Behinderten“ sprechen

Dass Behinderung nur als Verschiedenheit aufgefasst wird, das ist ein Ziel, um das es uns gehen muss. In der Wirklichkeit freilich ist Behinderung nach wie vor die Art von Verschiedenheit, die benachteiligt, ja die bestraft wird.

Maßstäbe für Behinderung sind zufällig und fragwürdig. Jedenfalls darf man nicht allgemein von „Behinderten“ sprechen, das würde ja den ganzen Menschen treffen. In Wahrheit sind doch nur Teilbereiche, einzelne Fähigkeiten eingeschränkt.

„Geistige Behinderung“ z.B. tritt in vielfältigen Erscheinungsformen und Ausprägungsgraden auf und ist häufig mit anderen Behinderungsformen und psychischen Erkrankungen vergesellschaftet. Als „kleinster gemeinsamer Nenner“ unterschiedlicher Definitionsversuche gelten intellektuelle Einschränkungen und ein beeinträchtigtes affektives Verhalten.

### „Jemand ist behindert“ versus „jemand wird behindert“

Aus medizinischer Sicht kann man den Zustand beziehungsweise die Folgen einer Behinderung beschreiben („jemand ist behindert“). Behinderung hat ihre individuelle Ursache.

Betrachtet man das Phänomen aber aus einem gesellschaftlichen Blickwinkel, so kann man Barrieren identifizieren, die zur Ausgrenzung erst führen („jemand wird behindert“).

Beide Perspektiven fanden Eingang in das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention)“ von 2008, das von Deutschland 2009 ratifiziert wurde. Die Teilhabe behinderter Menschen wird zu einer Frage des Rechts auf Zugang und ist nicht mehr an körperliche oder geistige Besonderheiten gebunden. So liefert die Behindertenrechtskonvention auch keine klare Definition, sondern formuliert: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

#### Nicht ohne uns über uns

Kern der Behindertenrechtskonvention ist die gleichberechtigte Teilhabe an der Gemeinschaft (Inklusion). Dieser Inklusionsgedanke umfasst alle Lebensbereiche, wie Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen, Barrierefreiheit, Selbstbestimmtheit, Bildung, Arbeit und Gesundheit. Das Motto: „Nicht ohne uns über uns.“



Dr. Wilhelm Bomfleur

In Deutschland sind die Rechte von Menschen mit Behinderung im Grundgesetz Artikel 3, Absatz 3 („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“) seit 1994 verankert. Im SGB V heißt es im § 2a: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Im SGB IX wird Behinderung im § 2 (1) definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist [...]“ ▶▶





► Der Schriftsteller Fredi Saal wurde mit einer schweren Körperbehinderung geboren. Er will aber niemand anderes sein, denn er leidet gar nicht unter der medizinisch feststellbaren Normabweichung seines Körpers, wohl aber unter deren sozialen und biografischen Folgen. Das, was andere „die Behinderung“ nennen, ist Teil seiner Identität, gehört zu ihm, ist nicht abspaltbar und muss nicht zwangsläufig „therapiert“ oder „geheilt“ werden. Er schreibt am Schluss seiner Biographie mit dem Titel „Warum sollte ich jemand anderes sein wollen?“, „Ich jedenfalls fühle mich als Spastiker als eine Schöpfung Gottes.“

Diese Worte sind eine Herausforderung für jeden Menschen, ob mit oder ohne Behinderung. ■

\_\_\_\_\_ Dr. Wilhelm Bomfleur, Schüttorf

### Unterstützen Sie die Arbeit der Arbeitsgruppe und werden Sie Mitglied oder spenden Sie finanzielle Unterstützung:

Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe  
in Niedersachsen e.V.

Bankverbindung: Commerzbank Hannover-Südstadt  
IBAN: DE33 2504 0066 0420 8088 00  
BIC: COBADEFFXXX

### Mitgliedschaftsanträge bekommen Sie bei der Geschäftsstelle:

Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe  
in Niedersachsen e.V.  
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

### Ansprechpartnerin:

Rihan Toru

Telefon: 0511 83391-113

Telefax: 0511 83391-116

E-Mail: rtoru@zkn.de

## Mitgliederversammlung hat Namensänderung beschlossen: „Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V.“

**D**ie „Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen e.V.“ wurde 1973, also vor knapp 45 Jahren, im Rahmen einer Arbeitsgruppe in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahn-

pflege in Niedersachsen gegründet. 1989 wurde sie in einen selbstständigen eingetragenen Verein umgewandelt. 2013 konnte in einem kleinen Festakt bereits das 40-jährige Jubiläum begangen werden.

In den letzten Jahren wurde der Vereinsvorstand jedoch immer häufiger mit einem Problem konfrontiert: Der Name der Arbeitsgruppe sei nicht mehr zeitgemäß. Er entspreche nicht mehr der heutigen gesellschaftlichen Stellung von Menschen mit Behinderungen, ja er beinhalte sogar eine gewisse diskriminierende Beschreibung.

Nach ausgiebiger Diskussion verschiedenster Namensänderungsvorschläge hat sich der Vorstand in seiner Vorstandssitzung im Dezember 2017 daher einstimmig dafür ausgesprochen, die Mitgliederversammlung darüber abstimmen zu lassen, den bisherigen Vereinsnamen „Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen e.V.“ in „Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.“ umzubenennen. Diesem Vorschlag des Vereinsvorstands hat satzungsgemäß die Mitgliederversammlung mehrheitlich am 20. Dezember 2017 entsprochen. ■



Foto: Kießensahl/ZKN

Mitglieder des Vereinsvorstands mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Wilhelm Bomfleur (dritter von rechts).

\_\_\_\_\_ Dr. Wilhelm Bomfleur, Schüttorf  
Vorstandsvorsitzender



# Datenschutz in der Zahnarztpraxis

**Datum:** Freitag, 27.04.2018, 15.00 – 18.00 Uhr

**Referent:** Dr. Matthias Müller, Erlangen

**Ort:** Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen,  
Zeißstraße 11 a, 30519 Hannover

**Gebühr:** € 110,- Frühbucherpreis bis 27.02.2018  
€ 121,- ab dem 28.02.2018

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

**SONDERSEMINAR**  
aus aktuellem Anlass



<https://tinyurl.com/ya2deuf3>

**Rechtsanwalt Dr. Matthias Müller ist seit 2012 zugelassener Rechtsanwalt in Nürnberg/Erlangen. Schwerpunkte seiner anwaltlichen Tätigkeit: Rechtliche Beratung im Datenschutz für Heilberufe**

## „Datenschutz in der Zahnarztpraxis – Besonderer Schutz für besondere Daten“

Die Anforderungen an das rechtskonforme Datenschutzverhalten sind für jeden in der Praxis handelnden Zahnmediziner in den letzten Jahren stetig gewachsen. Die besonders sensiblen (Gesundheits-)Daten mit denen in der Praxis tagtäglich umgegangen wird, verlangen Praxisinhabern eine besondere Verantwortung und einen erhöhten organisatorischen Aufwand ab.

Oftmals ist den Betroffenen nicht bewusst, dass jeder Zahnarzt – unabhängig von der Mitarbeiterzahl – die Grundsätze des Datenschutzes in seiner Praxis einzuhalten hat. Zudem sind mit der am 25.05.2018 in Kraft tretenden Europäische Grundverordnung (DSGVO) einige Neuerungen und Veränderungen im Datenschutz zu beachten. Der Gesetzgeber hat mit der anstehenden Datenschutzreform nicht nur die Kontrollmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden durch entsprechende Meldepflichten der verantwortlichen Zahnärzte erhöht, sondern auch die Haftungs- und Bußgeldvorschriften für Datenschutzverstöße verschärft.

Mit dem angebotenen Kurs: „Datenschutz in der Zahnarztpraxis“ soll verhindert werden, dass die Zahnärztinnen/Zahnärzte bei der Vielzahl und Neuerungen der datenschutzrechtlichen Regelungen den Überblick verlieren. Der Vortrag arbeitet die Grundzüge des Datenschutzrechtes praxisnah auf und sensibilisiert die Verantwortlichen für den wichtigen Schutz der Patientendaten/Mitarbeiterdaten. Sie erhalten Einblick in die Grundzüge des Datenschutzrechts, die umzusetzenden technischen und organisatorischen Maßnahmen und die Risiken und Vorteile eines rechtskonformen Datenschutzes. Zudem werden anhand von Beispielen aus dem Praxisalltag der Zahnärzte die häufigsten Fallstricke im Umgang mit personenbezogenen Daten erklärt und Lösungsansätze aufgezeigt.

Datenschutz sollte für Praxisinhaber bedeuten: Vertrauen schaffen – Risiken vermeiden!

# Hall-Technik: Versorgung von kariösen Milchmolaren mit einer Stahlkrone ohne vorherige Kariesexkavation



## Einleitung

Aufgrund neuer Erkenntnisse im Verständnis von Karies als Prozess werden immer mehr auf dem biologischen Verständnis basierende Therapieoptionen für die Behandlung von kariösen Zähnen angewendet. Eine innovative Technik, die heutzutage bei der Behandlung von kariösen Milchmolaren genutzt wird, ist die sogenannte „Hall-Technik“. Bei dieser Technik wird eine Stahlkrone ohne vorherige Kariesexkavation auf einen Milchmolar zementiert. Eine sorgfältige Indikationsstellung ist essenziell für den hohen Erfolg dieser Technik, welche die Erfolgsraten der konventionellen Füllungstherapie deutlich übertrifft.

## → Vita

### **OÄ DR. RUTH M. SANTAMARÍA**

- ▶ 1995 – 1999 Studium der Zahnmedizin am Colegio Odontológico Colombiano/Bogotá – Kolumbien
- ▶ 2000 – 2001 Assistenz Zahnärztin am Hospital de Zipaquirá/Zipaquirá – Kolumbien
- ▶ 2001 – 2003 Spezialisierung auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde an der Univ. El Bosque, Bogotá
- ▶ 2003 – 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung für KiZHK der Universidad El Bosque, Bogotá
- ▶ 2007 – 2008 MSc in International Health an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- ▶ seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universität Greifswald
- ▶ seit 2013 Vorträge & Seminare für den ZMP-Kurs der Zahnärztekammer MV im Bereich Kariologie
- ▶ 2014 Promotion (Kariestherapien bei Kindern) an der Universität Greifswald
- ▶ 2015 Ernennung zur Oberärztin in der Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde

### **Forschungsschwerpunkte**

- ▶ Kariologie (Kariesepidemiologie, Kariesrisikodiagnostik, risikospezifische Kariesprävention, Kariestherapien)
- ▶ Dentalfluorose
- ▶ Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität



## Was ist die Hall-Technik?

Die sogenannte „Hall-Technik“ ist eine innovative, minimal-invasive Methode zur Behandlung kariöser Milchmolaren, deren Hauptmerkmale die folgenden sind:

- ▶ auf den kariösen Zahn wird mit Glasionomerzement eine Stahlkrone zementiert,
- ▶ weder Lokalanästhesie noch Kariesexkavation oder Zahnpräparation sind dafür erforderlich.

## Kariöse Zahnhartsubstanz an einem Zahn belassen?

Traditionell galt die vollständige Entfernung kariöser Zahnhartsubstanz mit anschließender restaurativer Versorgung als Standardbehandlung kariöser Zähne. In den vergangenen Jahren kam es im Verständnis von Karies zu einem Paradigmenwechsel. Karies wird nicht mehr als Infektionserkrankung verstanden, sondern als Resultat eines ökologischen Ungleichgewichtes (Schwendicke et al., 2015), welches beispielsweise durch den häufigen Konsum fermentierbarer Kohlenhydrate ausgelöst wird. Im Biofilm werden unter anderem Kohlenhydrate zu Säuren metabolisiert, wodurch eine Demineralisation der Zahnhartsubstanz hervorgerufen wird.

Die zentrale Zielsetzung der Kariestherapie besteht folglich darin, das chronische Ungleichgewicht durch eine Reduktion der Demineralisationsfaktoren und eine Maximierung der Remineralisation zu korrigieren (Ekstrand et al., 2007). In diesem Sinne handelt es sich bei der „Hall-Technik“ um eine prognostisch vorhersehbare Versorgungsoption. Denn dabei wird durch die Stahlkronenzementierung ein dichter Verschluss gewährleistet, so dass kein weiteres Substrat zu einem an der Zahnhartsubstanz lokalisierten Biofilm gelangen kann und folglich der kariöse Prozess unterhalb der Krone inaktiviert wird.

Im aktuellen Verständnis von Karies als Prozess werden einige non- bzw. minimalinvasive Exkavationskonzepte praktiziert. Z.B. werden heutzutage anstelle einer kompletten Kariesexkavation Maßnahmen empfohlen, in deren Rahmen eine selektive Kariesexkavation (wie die schrittweise oder die partielle Kariesexkavationstechnik) sowie die erwähnte „Hall-Technik“ (als Therapieoption ohne Kariesexkavation) präferiert werden (Ricketts et al., 2013; Bjørndal, 2011; Innes und Evans, 2013; Schwendicke et al., 2017).

## Historie der Hall-Technik

Die Hall-Technik wurde nach der Begründerin Dr. Norna Hall benannt. Sie war eine Allgemein Zahnärztin aus Aberdeen/Schottland, welche eine außergewöhnlich hohe Anzahl von Zähnen (n=978) im Zeitraum von 1988 bis 2011 auf diese Art mit Stahlkronen versorgte. Im Rahmen einer retrospektiven Analyse wurden dabei hohe Erfolgsraten der Hall-Technik von 86% nach drei Jahren und nach fünf Jahren von 80,5% ermittelt (Innes et al., 2006). Daraufhin wurden hochwertige klinisch randomisierte Longitudinalstudien initiiert, bei denen ebenfalls signifikant höhere Erfolgsraten bei Anwendung der „Hall-Technik“ im Vergleich zu anderen Kariestherapien registriert wurden (Innes et al., 2007, 2011; Santamaria et al., 2014). Die Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie mit einer langen Nachbeobachtungszeit von 2,5 Jahren, die in Deutschland bei 169 drei- bis achtjährigen Kindern durchgeführt wurde, bestätigen ebenfalls die Effektivität der Hall-Technik (Santamaria et al., 2017). Bei dieser Studie wurden bei Milchmolaren mit Approximalkaries drei verschiedene Kariestherapiestrategien verglichen: die Hall-Technik (HT; n=52), die Nicht-restorative Karieskontrolle (NRKK; n=52; Öffnung der Kavität ohne Kariesentfernung und Fluoridlacktouchierung), und konventionelle Füllungen (kF; n=65; vollständige Kariesentfernung und Kompomerfüllung). Bezüglich der Erfolgsrate wurden irreversible Pulpitis, Abszess oder nicht mehr restaurierbare Zähne als ein irreversibles Problem (Verlust des Zahnes) kategorisiert; jedoch reversible Pulpitis, Füllungsverlust/-fraktur oder Sekundärkaries als ein reversibles Problem (Korrektur möglich). Nach 2,5 Jahren konnten 142 von 169 Kindern (84%; HT=40/52; NRKK=44/52; kF=58/65) nachuntersucht werden. Insgesamt zeigten sich signifikant bessere Erfolgsraten bei der Hall-Technik (92,5%) als bei der Nicht-Restaurativen Karieskontrolle (70,5%) bzw. den konventionellen Füllungen (67,2%; p=0.012), die jeweils beide vergleichbar waren. Die Behandlungserfolgsraten der drei Behandlungsmethoden nach 2,5 Jahren sind detailliert in der Tabelle 1 dargestellt.

Status nach 2,5 Jahren	Art der Behandlung			Gesamt (%)
	HT (%)	NRKK (%)	kF (%)	
erfolgreich	37 (92,5)	31 (70)	39 (67)	107 (75)
reversibles Problem	2 (5)	9 (21)	14 (24)	25 (18)
irreversibles Problem	1 (2,5)	4 (9)	5 (9)	10 (7)
Summe	40	44	58	142

HT= Hall-Technik; NRKK= Nicht-Restaurative Karieskontrolle; kF= konventionelle Füllungen

Tab. 1: Erfolgsraten der Behandlungen nach 2,5-Jahren Follow-up bei 142/169 Kindern mit Zuordnung zur Behandlungsgruppe



Foto: Dr. J. Schmoekel

Abb. 1: Ein Set mit präkonfektionierten Stahlkronen sollte für die Versorgung kariöser Milchmolaren mittels Hall-Technik in der Praxis vorliegen.



Abb. 2: Spezielle Instrumente (Zangen und Schere) zur Anpassung der Edelmetallkronen.

So kann aus diesen Ergebnissen resümiert werden, dass im Hinblick auf die Kariestherapie bei approximal kariösen Milchmolaren die Hall-Technik eine signifikant höhere Erfolgsrate aufweist als die Nicht-restaurative Karieskontrolle und die konventionelle Füllung.

Die Restauration kariöser Milchzähne mittels Stahlkronen an sich ist keine innovative Therapiemethode; bereits seit dem letzten Jahrhundert gelangte ein derartiges Verfahren global zur Anwendung (Randall et al., 2000; Kinderlan et al., 2008), jedoch nach vorheriger kompletter Kariesexkavation und i. d. R. mit vorheriger Lokalanästhesie. Global werden präkonfektionierte Stahlkronen am häufigsten appliziert, wobei sich diese durch eine optimale Passform und die vorgeformte Kronenwölbung auszeichnen und am besten in einem Set (Abb. 1) zur Verfügung stehen sollten. Nahezu automatisch wird bei präkonfektionierten Stahlkronen eine Kronenanpassung ermöglicht, ansonsten gelingt dies meist mit Hilfe spezieller Instrumente (Abb. 2). Präkonfektionierte Stahlkronen sind somit für die „Hall-Technik“ bestens geeignet. Ungeachtet der Kronenart bestehen die wichtigsten Vorteile von Stahlkronen in einem längeren Erhalt erkrankter Zähne und einem nahezu inexistenten Sekundärkariesrisiko. ►►

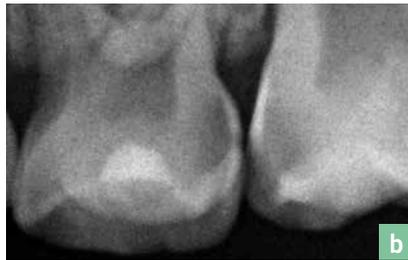


Abb. 3 a/b: Klinisches Bild: 64 okklusale Füllung, sowie an 65 mesial eine kavitierte kariöse Läsion und bei 65 okkusal eine Initialkaries. (a) Röntgen: Distal an 64 ist zudem eine kariöse Dentinläsion zu diagnostizieren. Bei 64 und 65 ist jeweils eine Dentinbrücke zwischen der kariösen Läsion und der Pulpa sichtbar. Die Hall-Technik kann bei unauffälliger Schmerzanamnese hier in Betracht gezogen werden. (b)



Abb. 4: Große Zahnhartsubstanzdefekte können auch mittels einer Stahlkrone versorgt werden. Auch hier muss geprüft werden, ob eine vorherige (vollständige) Entfernung der betroffenen Zahnhartsubstanz sinnvoll ist.

### ► Indikationsstellung

Bei allgemeinmedizinisch gesunden Kindern wird die Indikationsstellung durch die klinische und röntgenologische Untersuchung bestimmt. Da für diese Technik keine Kariesexkavation erforderlich ist, sollten vor der Therapie klinische und röntgenologische Verdachtsmomente auf Pulpabeteiligung ausgeschlossen werden. Dazu zählen klinisch der Ausschluss pulpaler Beschwerden, insbesondere eine irreversible Pulpitis, sowie, ein Anhalt auf Fistelungen und/oder Abszesse. Im Röntgenbild sollte eine Dentinbrücke zwischen der kariösen Läsion und der Pulpa sichtbar sein (Abb.3a/b).

Besonders geeignet erweist sich die „Hall-Technik“ bei Kindern mit hoher Kariesaktivität und auch bei ängstlichen Kindern, welche unter spezifischen Ängsten vor Spritzen oder Bohrern leiden. Für einen schnellen Überblick sind in Tabelle 2 die

in der Literatur beschriebenen Indikationen und Kontraindikationen der Hall-Technik auf Patienten- und Zahnebene dargestellt.

### Klinische Durchführung der Hall-Technik

Im Anschluss an die Diagnose und die Indikationsstellung ist es erforderlich, Eltern und Kinder wie bei jeder Therapiemaßnahme umfänglich zu informieren. Zur Vorbereitung der Kinder auf die Therapie können Begriffe wie „Prinzessinnenzähne“, „Ritterzähne“, „Piratenzähne“ oder „Königskronen“ benutzt werden. Dadurch kann das Kooperationsniveau optimiert werden, denn die Kronen erscheinen dadurch in den Augen der Kinder attraktiver.

Bei der „Hall-Technik“ werden keine Kariesentfernung, Lokalanästhesie oder Zahnpräparationen durchgeführt. Demnach muss mit einer temporären Bisserrhöhung von bis zu 3 mm gerechnet werden, welche in den ersten

Zahnebene	
<b>Indikationen</b>	<b>Kontraindikationen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ kariöse Milchmolaren mit zwei- oder mehrflächigem Kariesbefall (Abb. 3a)</li> <li>▶ Caries media (mit röntgenologischer Dentinbrücke, vgl. Abb. 3b)</li> <li>▶ große, inaktive kariöse Defekte (Abb. 6a)</li> <li>▶ hohe Kariesaktivität</li> <li>▶ fehlende Höcker, frakturierte Milchmolaren</li> <li>▶ Aufbau infraokklusaler Milchmolaren</li> <li>▶ Zähne mit Anomalien der Zahnform und -struktur (Abb. 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ caries profunda mit dem Risiko pulpaler Komplikationen</li> <li>▶ Spontanschmerz, andauernder Schmerz</li> <li>▶ irreversible Pulpitis</li> <li>▶ Pulpanekrose</li> <li>▶ apikale / interradikuläre Aufhellungen</li> </ul>
Patientenebene	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ängstliche Kinder (Spritze und Bohrer)</li> <li>▶ Verhaltensstörungen (z.B. ADHS)</li> <li>▶ mäßige Kooperation</li> <li>▶ als Therapieoption zur Kooperationsverbesserung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ sehr unkooperative Kinder, aufgrund von Verschluck- oder Aspirationsgefahr der Stahlkrone</li> <li>▶ immunsupprimierte Kinder</li> <li>▶ Endokarditisrisiko</li> <li>▶ Nickelallergie</li> </ul>

Tab. 2: Indikationsstellung der Hall-Technik auf der Zahn- und Patientenebene



Abb. 5: Die Applikation eines Separiergummis kann z.B. mit einer Zange für Kofferdammklammern erfolgen oder auch mithilfe von zwei Zahnseidefäden.



a



b

Abb. 6 a/b: Die Separiergummis sollten über einen Zeitraum von ein bis drei Tagen belassen werden. (a) Erst kurz vor Applikation der Stahlkrone sollten sie wieder entfernt werden. (b)

Wochen nach Applikation wieder vollständig verschwindet (van der Zee und van Amerongen, 2010). Bei einem engen Approximalraum empfiehlt sich die Anwendung eines Separiergummis, das mithilfe von zwei Zahnseidefäden oder einer Zange für Kofferdammklammern eingebracht werden kann (Abb. 5).

Die Separiergummis sollten über einen Zeitraum von ein bis drei Tagen in situ belassen werden, um den erforderlichen Abstand zwischen den Zähnen zu erreichen (Abb 6a). Bei ausreichendem approximalen Abstand wird eine

geeignete konfektionierte Stahlkrone aus dem Kronenset (Abb. 1) ausgewählt. In der Regel erweisen sich Kronen in den Größen 4, 5 oder 6 für die meisten Milchmolaren als adäquat. In diesem Zusammenhang sollte nach Möglichkeit die kleinste noch passende Stahlkrone ausgewählt werden, welche den Zahn komplett bedeckt. Erst kurz vor dem Einsetzen der Stahlkrone sollten die Separiergummis entfernt werden (Abb. 6b). Eine Kronenanpassung kann, wenn erforderlich mittels spezieller Zangen oder ggf. einer Schere realisiert werden (Abb. 2). Bevor die Krone eingesetzt wird, sollte der Zahn gründlich mit einem rotierenden ▶▶



Abb. 7: Zur Zementierung wird die Stahlkrone mit einem dünnfließenden Glasionomerezement befüllt.



Abb. 9: Es bietet sich an, das Kind während der Aushärtungszeit fest zusammenbeißen zu lassen.



Abb. 8: Die mit Glasionomerezement befüllte Stahlkrone wird einfach (hier von lingual kommend) über den Zahn gestülpt und in richtiger Position festgedrückt, so dass die Kronenränder leicht subgingival liegen.



Abb. 10: Die Position und Passung der Krone muss final geprüft werden und alle verbliebenen Zementreste sollten spätestens dann entfernt werden.

► Bürstchen oder mit einer Handzahnbürste gereinigt werden. Die Krone wird zur Zementierung mit einem dünnfließenden Glasionomerzement befüllt (Abb. 7). Für diese Therapie werden i.d.R. nur die Basisinstrumente (zahnärztlicher Spiegel, Sonde und Pinzette), ggf. ein Exkavator (zur Entfernung der Krone nach der Einpassung), ein GIZ-Applikator und einige Watterollen benötigt. Denn die mit Glasionomerzement befüllte Stahlkrone wird dann einfach auf den Zahn gestülpt (meist von oral kommend) und in richtiger Position fest gedrückt (Abb. 8). Ein festes Zusammenbeißen des Kindes dazu kann hilfreich sein (Abb. 9). Abschließend sollte die Passung final geprüft werden und alle verbliebenen Zementreste entfernt werden (Abb. 10).

Weitere überaus detaillierte Informationen über die „Hall-Technik“ finden sich in der originalen Instruktionssokumentation auf Englisch, welche online frei verfügbar ist: [https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/files/3M\\_93C%20HallTechGuide2191110.pdf](https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/files/3M_93C%20HallTechGuide2191110.pdf)

## Diskussion

### Kariesmanagementstrategie

Im Rahmen moderner Methoden der Kariestherapie wird der Fokus auf weniger invasive Maßnahmen gelegt. Dies sind u.a. die Biofilmkontrolle und Kariesinaktivierung (NRKK) durch Zähneputzen mit Fluoriden – auch als „Non-Restorative Caries Therapy“ (NRCT) bezeichnet (Santamaria et al., 2014) – und selektive oder schrittweise Kariesexkavationstechniken mit anschließender Füllung (Schwendicke et al., 2017). Die „Hall-Technik“ stellt ebenfalls eine minimalinvasive Therapieoption dar, da ein dichter Verschluss mittels einer Stahlkrone ohne jegliche vorherige Kariesexkavation erfolgt (Innes et al., 2011; Santamaria et al., 2014) und eine Inaktivierung der kariösen Läsion realisiert wird. Zugleich wird das Risiko der Pulpaexposition bei Exkavation vermieden, da keine Kariesexkavation durchgeführt wird (Ricketts et al., 2013) und folglich mehr Zähne ohne Pulpabehandlung erhalten werden können.

Diese konservativere Kariesmanagementstrategie mag manchen Zahnärzten noch befremdlich erscheinen, sofern die Ansicht existiert, dass stets, um weitere Kariesentwicklung zu vermeiden, eine komplette Kariesexkavation vorzunehmen ist und anschließend eine konventionelle Füllung z.B. mit Komposit erfolgen sollte.

### Therapieerfolg

Die überlegene Therapieeffektivität der „Hall-Technik“ ist mit einem hohen Evidenzgrad in der wissenschaftlich vorliegenden Literatur belegt (Tab. 1; Santamaria et al., 2017; Innes et al., 2015). Der Erfolg der Hall-Technik ist unabhängig von der Art der Studie (retrospektiv oder prospektiv), Setting (Primär- oder Sekundärversorgung) oder Land, wo

die Studie durchgeführt wurde (Australien, Belgien, Brasilien, Chile, Deutschland, Indien, Niederlande, Neuseeland, Vereinigte Arabische Emirate, Vereinigtes Königreich und USA) immer hoch (> 90%) (Innes et al., 2017). Des Weiteren ist die „Hall-Technik“ klinisch gut praktikabel. Insbesondere auch bei hohem Kariesrisiko, hoher Kariesaktivität, ängstlichen oder mäßig kooperativen Kindern erweist sich die Hall-Technik als sehr gute Versorgungsoption. Dies hat wohl die Verbreitung der Hall-Technik und die zunehmende Verwendung als Kariesmanagementoption für die Behandlung kariöser Milchmolaren beeinflusst.

### Akzeptanz

Die langfristig erfolgreiche Behandlung mehrfächiger kariöser Molaren bei Kindern stellt bekannterweise eine Herausforderung dar. Im Gegensatz zur Behandlung Erwachsener muss der Zahnarzt beispielsweise Faktoren wie kognitive Entwicklung, Schmerzempfindlichkeit, Kooperation des Kindes und seiner Eltern oder Wünsche und Erwartungen der Eltern berücksichtigen. Im Hinblick auf die Auswahl und die Durchführung zahnärztlicher Maßnahmen bei Kindern sind diese Faktoren von zentraler Bedeutung (Goumans et al., 2004; van Bochove und van Amerongen, 2006). Innes et al. (2007) berichteten, dass 77% der Kinder, 83% der Eltern und 81% der Zahnärzte die „Hall-Technik“ im Vergleich zu konventionellen Füllungen präferierten. Ferner wurde in einer Studie von Santamaria et al. (2015) verifiziert, dass Zahnärzte bei der Applikation konventioneller Füllungen über signifikant häufiger negatives Verhalten der Kinder berichteten als bei der Anwendung der „Hall-Technik“ (37% vs. 13%). Zudem konnte ermittelt werden, dass Zahnärzte die „Hall-Technik“-Versorgungen zu 77% als sehr unkompliziert einschätzten, während dies nur bei 50% der konventionellen Füllungstherapien zutrifft.

### Kosteneffizienz

In einer weiteren hochinteressanten Studie wurde die Kosteneffizienz in Bezug auf Kariestherapieoptionen bei Kindern analysiert, wobei neben der konventionellen Füllung auch die „Hall-Technik“ Gegenstand der Untersuchung war. Die Resultate dieser Studie zeigten, dass sich die Anwendung der „Hall-Technik“ bei einem fünfjährigen Kind mit einem kariösen Milchmolaren ohne Pulpasymptomatik als kosteneffizienteste Therapieform erweist, wobei die jährlichen Kosten 9,77€ betragen, während bei einer konventionellen Füllungstherapie jährlich 13,31€ und bei sofortiger Pulpotomie 11,75€ anfallen (Schwendicke et al., 2015).

Insgesamt konnte im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur verifiziert werden, dass die „Hall-Technik“ signifikant höhere Erfolgsraten aufweist als die konventionelle Füllungstherapie oder andere Kariestherapien und gleichzeitig über eine bessere Kosteneffizienz verfügt.

## Fazit

Die „Hall-Technik“ stellt eine sehr erfolgreiche Therapieoption von kariösen Milchmolaren dar, die wesentlichen Aspekte sind in Tab. 3 zusammengefasst. Karies ist als chronischer Demineralisationsprozess zu verstehen. Der Zahnarzt sollte sich bewusst sein und unterscheiden können, dass es sich bei Karies um einen Prozess chronischer Demineralisation und bei der Kavitation um eine Spätfolge, also um ein Erkrankungssymptom, dieses Prozesses handelt. Ferner gilt, dass der herausragende Erfolg der „Hall-Technik“ auch darauf zu basieren scheint, dass der komplette Zahn durch die Stahlkrone bedeckt wird, also eine prophylaktische „Versiegelung“ der restlichen Zahnhartsubstanz darstellt. Im Gegensatz zur Füllungstherapie funktioniert die Hall-Technik dadurch auch bei Kindern mit hohem Kariesrisiko bzw.

hoher Kariesaktivität, da das Risiko von „Sekundärkaries“ dadurch ausgeschaltet wird. Auch bei mäßig kooperativen Kindern oder Kindern mit Angst vor Bohrern und Spritzen ist diese Technik i.d.R. gut durchführbar. ■

— OÄ Dr. Ruth M. Santamaría, Prof. Dr. Christian H. Splieth,  
Dr. Julian Schmoeckel  
Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde  
Universitätsmedizin Greifswald

**Die Artikel „Die Milchzahnfüllung – ein Überblick“ und „Altbewährt und doch innovativ? – Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde“ haben Sie in der Dezember- und Januar-Ausgabe des NZB gelesen.**

Aspekt	Bemerkung	Literatur/Evidenz
Hohe Erfolgsrate	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 90%-100% in der Hall-Technik versus ca. 50%-80% bei Füllungen</li> <li>▶ Vergleichbar hohe Erfolgsraten zwischen Hall-Technik (97%) und der konventionellen Technik mit Präparation (94%)</li> </ul>	Innes et al, 2007; Santamaria et al., 2014  Ludwig et al, 2014; Santamaria et al., 2017
Vermeidung von Sekundärkaries	Überkronung des gesamten Zahnes	Innes et al, 2007; Santamaria et al., 2014
Keine Kariesentfernung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kein Risiko der Pulpaeröffnung</li> <li>▶ Keine/weniger Beschwerden bei der Behandlung</li> </ul>	Innes et al., 2007, 2009; Santamaría et al, 2014
Keine Präparation des Zahnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reduzierte Gefahr der Reizung der Pulpa</li> <li>▶ Keine Angst vor dem „Bohrer“</li> <li>▶ Verkürzte Behandlungsdauer</li> </ul>	Innes et al., 2007; Evans & Innes (Users Manual; <a href="https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/">https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/</a> ); Santamaria et al., 2015
Keine Lokalanästhesie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lokalanästhesie bei Kindern ist nicht immer ganz leicht</li> <li>▶ Verkürzte Behandlungsdauer</li> </ul>	Innes et al., 2007; Evans & Innes (Users Manual)
Einfache/schnelle Handhabung	Gesamte Prozedur ist mit ein wenig Übung innerhalb weniger Minuten durchführbar	Innes et al., 2009; Innes et al., 2007; Evans & Innes (Users Manual)
Akzeptanz	Der Großteil der Patienten, Eltern und Zahnärzte bevorzugt die Hall-Technik gegenüber der konventionellen Füllung.	Innes et al., 2007; Santamaria et al., 2015
Kosteneffektiv	Aufgrund der hohen Erfolgsrate und des hohen Anteils an Re-Dentistry bei Füllungen im Milchgebiss ist die Hall-Technik auch für die Krankenversicherung günstiger	Schwendicke et al., 2015
Okklusion Bisserrhöhung	Direkt nach der Zementierung ist die Okklusion erhöht. Dies reguliert sich bei Kindern innerhalb weniger Tage/Wochen.	Van der Zee & van Amerongen, 2010

Tab. 3: Wichtigste Aspekte der Hall-Technik und ihre Evidenz im tabellarischen Überblick

# „Moderne Versorgungsmethoden“ in der pädiatrischen Kariestherapie – ein Spannungsfeld zur GKV

**A**ufgrund neuer Erkenntnisse in der Kariestherapie wird die „Hall-Technik“ als alternative Methode zur herkömmlichen Kariestherapie mit vollständiger Excavierung der Karies beschrieben. Die „Hall-Technik“ stellt darauf ab, dass eine Versorgung der Milchmolaren ohne Kariesentfernung durch eine Stahlkrone erfolgt.

In den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ist für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung jedoch geregelt, dass die konservierende Behandlung von Zähnen so erfolgen soll, dass die Karies vollständig entfernt wird (III. 3. b.). Diese Richtlinienbestimmung steht im deutlichen Widerspruch zur Anwendung der „Hall-Technik“.

Bezüglich der Auswahl von Füllungsmaterialien wird ergänzend daraufhin hingewiesen, dass die aufgeführten Füllungsmaterialien Medizinprodukte sind, die unter Beachtung der aktuellen Gebrauchs- und Fachinformation indikationsgemäß verwendet werden sollen.

Nach der Richtlinie sind alle indizierten plastischen Füllungen auch im Seitenzahnbereich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen.



Dr. Henning Otte

Bei der konservierenden Behandlung von Zähnen sollen die Kavitäten unter Substanzschonung und vollständiger Kariesentfernung präpariert werden. Die Kavitätenversorgung erfolgt nach den Geb.-Nr. 13a-13d BEMA.

In der pädiatrischen Zahnheilkunde kann bei umfangreichen Defekten die Versorgung eines Milchzahnes mit einer konfektionierten Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) durchaus indiziert sein (Geb.-Nr. 14 BEMA).

Aber auch hier sollte bei der Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen den Richtlinien Beachtung geschenkt werden.

Konfektionierte Kronen dürfen richtlinienkonform nur in der Kinderzahnheilkunde, also an Milchzähnen, verwendet werden. Eine Versorgung eines permanenten Molaren bei ausgeprägter MIH mit einer konfektionierten Krone lässt sich weder mit der Richtlinienbestimmung noch mit dem Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 14 BEMA vereinbaren.

So sehr man diesen Therapieansatz auch nachvollziehen kann, auf die Probleme bei der Umsetzung in der GKV muss aber hingewiesen werden, da Richtlinienverstöße eine unwirtschaftliche Maßnahme begründen können. ■

Dr. Henning Otte,  
Vorstandsreferent für die Vertragszahnärztliche  
Berufsausübung der KZVN





## Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft

Name des Kindes

Geburtsdatum

	Untersuchung	Termin
U5	<b>UZ 1</b> ab 1. Zahndurchbruch 6. - 9. Lebensmonat	
U6	<b>UZ 2</b> ab 10. Lebensmonat	
U7	<b>UZ 3</b> ab 21. Lebensmonat	
U7a	<b>UZ 4</b> ab 34. Lebensmonat	
U8	<b>UZ 5</b> ab 46. Lebensmonat	
U9	<b>UZ 6</b> ab 60. Lebensmonat	



Foto: © Robert Trzybysz/Fotolia.com

## Das neue „Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft“ (UZ-Heft)

können niedersächsische Zahnarztpraxen kostenlos bestellen unter E-Mail: [rumlandt@zkn.de](mailto:rumlandt@zkn.de) oder per Fax: 0511 83391-306

Bitte bei der Bestellung den Praxisnamen, die Anschrift, eine Telefonnummer für eventuell nötige Rückrufe und die gewünschte Menge angeben.



## Bestellung „Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft“

Hiermit bestellen wir

Stückzahl kostenlose Exemplare des Zahnärztlichen Kinderuntersuchungsheftes (UZ-Heft)

PRAXISNAME

ANSCHRIFT

TELEFON

# Prothetische Maßnahmen im Milchgebiss

## BREITES SPEKTRUM BEI GROSSFLÄCHIGEN DEFEKTEN

**V**iele kariöse Milchzähne bleiben unversorgt, was Komplikationen wie pulpitische Beschwerden bis hin zur vorzeitigen Milchzahnextraktion nach sich ziehen kann. Dabei ist eine zufriedenstellende und schnelle Therapie mit Milchzahnkronen und Lückenhaltern sowie Kinderprothesen möglich.

Fotos: C. Liebereck



Abb. 1a: Diagnose. Die achtjährige Patientin wurde aufgrund einer Beratung zur Versorgung der Strukturekrankung der Sechsjahres-Molaren (MIH) vorgestellt. In der Untersuchung fiel klinisch eine unterminierende Resorption von 16 an 55 auf.



Abb. 1b: OPG. Im OPG zeigte sich eine deutliche unterminierende Resorption des Zahnes 55.

Die Bestrebungen zur Verbesserung der weltweiten Mundgesundheit bestehen seit den frühen 1980er-Jahren. Schon 1982 wurden globale Mundgesundheitsziele gemeinsam durch die World Health Organization (WHO) und den Weltzahnärzterverband Fédération Dentaire Internationale (FDI) definiert. Speziell für die Kinderzahnheilkunde wurde damals gefordert, dass bis zum Jahr 2000 der Anteil kariesfreier Gebisse von Fünf- bis Sechsjährigen bei etwa 50 Prozent liegen sollte. Eine Überarbeitung der Ziele, jedoch ohne quantitative Vorgaben, erfolgte 2003 anlässlich der FDI-Generalversammlung in Sydney. Im Jahr 2006 definierte Deutschland als erstes Land weltweit auf Grundlage der ausgesprochenen Empfehlungen neue Vorgaben zur Förderung der Mundgesundheit, vor allem bezüglich der Auswirkung auf die Allgemeingesundheit und die psychosoziale Entwicklung. Konkret bedeutet dies, dass bis zum Jahr 2020 der Anteil kariesfreier Gebisse bei Sechsjährigen bei mindestens 80 Prozent liegen soll. Nun stellt sich die Frage, inwieweit diese Forderung bis heute in Deutschland umgesetzt werden konnte. Insgesamt ist eine Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland festzustellen. Die bislang letzten bundesweiten Mundgesundheitsstudien belegen, dass sich sowohl der Anteil der kariesfreien Milchgebisse als auch der Anteil von mit Füllungen versorgten Zähne nicht signifikant veränderte. Es zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Kariesverteilung: Verglichen mit den bleibenden Gebissen der Zwölfjährigen, sind bei den sechs- bis siebenjährigen Kindern fast doppelt so viele Zähne im Milchgebiss kariös. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wird sich die Vorgabe, im Jahr 2020 eine Kariesfreiheit in 80 Prozent der Milchgebisse zu erreichen, wohl kaum erfüllen lassen.

### Das Problem

Die Milchzähne erfüllen zahlreiche wichtige Funktionen. Neben dem Abbeißen und dem Zerkleinern der Nahrung haben sie eine Platzhalterfunktion für die nachfolgenden bleibenden Zähne. Zusätzlich sind sie von Bedeutung



Abb. 2: Läsionen. Der 18 Monate alte Patient wurde nach einem Sturz von den Kollegen der MKG mit einer Naht erstversorgt und zur weiteren Behandlung des Traumas überwiesen. In der eingehenden Untersuchung zeigten sich aktive Läsionen im Oberkiefer an den Zähnen 55, 52, 51, 61, 62 und 64 sowie unkomplizierte Kronenfrakturen an 51 und 52. Die Diagnose lautet ECC Typ II, verursacht durch nächtliches Trinken aus einer Saugerflasche mit süßem Tee.

<b>ECC Typ I</b>	milde bis moderate Form	Isolierte kariöse Läsionen an Molaren und/oder Inzisivi (häufig zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr).
<b>ECC Typ II</b>	moderate bis schwere Form	Labiopalatale Kariesläsionen an Inzisivi im Oberkiefer, altersabhängig auch an Molaren.
<b>ECC Typ III</b>	schwere Form	Nahezu alle Zähne sind betroffen, auch die unteren Inzisivi; allgemein tritt diese Form zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr auf.

Einteilung der Frühkindlichen Karies nach Wyne (Tab. 1)

### Einteilung nach Wyne

Häufig werden in der Praxis Kinder vorgestellt, die an Frühkindlicher Karies (engl. Early Childhood Caries, abgekürzt ECC) leiden. Für die Erkrankung hat sich die Einteilung nach Wyne durchgesetzt. Sie bezieht sich auf die Altersgruppe von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr. Üblicherweise lassen sich drei Schweregrade unterscheiden.

Häufig werden die Kinder erstmals in Folge eines Sturzes mit Fraktur eines bereits zuvor kariös geschädigten Zahnes vorgestellt. Eine Untersuchung aller Zähne ist auch in Akutfällen für eine adäquate Diagnostik unerlässlich (Abb. 2). Im Beispielfall waren die Eltern über die Erkrankung und deren Ursache, kariogene Flaschenkost bei mangelhafter Mundhygiene, nicht informiert worden, so dass es unter Beibehaltung des Habits (Flaschenernährung mit „süßen“ Flüssigkeiten) zu massiven Spätfolgen kommen kann. Bei einer sechsjährigen Patientin wurde erst nach sonografischer Untersuchung der extraoralen Entzündung auf der linken Unterkieferseite eine zahnärztliche Kontrolle angeraten. (Abb. 3a bis c).

### Zahnerhaltung

Ist die kariöse Zerstörung eines Milchzahns soweit fortgeschritten, dass eine direkte Füllung als therapeutische Maßnahme nicht mehr ausreichend erscheint, kann eine Überkronung mit vorgefertigten konfektionierten Kronen in Erwägung gezogen werden. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen Füllungstherapie und Kronenversorgung existiert nicht.

Folgende Indikationen werden jedoch für die Überkronung von Milchzähnen genannt:

- ▶ großflächige Zerstörungen von Schmelz/Dentin (z. B. bei ECC),
- ▶ mehrflächiger Kariesbefall,
- ▶ floride Karies (häufige Sekundärkaries, allgemein hohes Kariesrisiko), ▶▶

für die Sprachentwicklung und spielen für die Ästhetik eine wichtige Rolle. Insbesondere die Eckzähne und die zweiten Milchmolaren erfüllen für die weitere Gebissentwicklung eine wichtige Funktion. Idealerweise sollten sie daher bis zum physiologischen Durchbruch der bleibenden Zähne in der Mundhöhle bleiben. Die häufigste Ursache für einen vorzeitigen Milchzahnverlust ist eine kariöse Erkrankung mit folgender Zerstörung des Milchzahns. Weitere mögliche Ursachen stellen Traumata oder ankylotische Veränderungen dar, die den Durchbruch des bleibenden Zahns behindern. In seltenen Fällen kann der Verlust auch parodontal- bzw. resorptionsbedingt sein (Abb. 1a und b). In einer Studie untersuchten Holm AK et al. 500 Patienten im Alter von vier bis neun Jahren mit vorzeitigem Verlust der ersten Milchmolaren.

Die häufigen Gründe für die notwendige Extraktion waren:

- ▶ periapikale Prozesse mit Schwellungen im Bereich der Weichteile (39 Prozent der Fälle),
- ▶ tiefe kariöse Läsionen, die eine Zahnerhaltung unmöglich machten (31 Prozent der Fälle),
- ▶ Schmerzen, die aufgrund der kariösen Zerstörung der Zähne auftraten (30 Prozent der Fälle).

Ob im Einzelfall tatsächlich ein vorzeitiger Milchzahnverlust vorliegt und damit unter Umständen Behandlungsbedarf besteht, wurde 2004 im Rahmen einer wissenschaftlichen Stellungnahme der DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde) definiert. Dabei sind drei Kriterien zu berücksichtigen:

- ▶ Der Milchzahn ist mehr als ein Jahr vor dem erwarteten Durchbruch des bleibenden Zahnes verloren gegangen.
- ▶ Die Stärke des Alveolarknochens über dem durchbrechenden Zahnkeim beträgt noch mehr als einen Millimeter.
- ▶ Die Wurzellänge des permanenten Zahnes ist noch zu weniger als 75 Prozent entwickelt.



Abb. 3a: Fistel. Die sechsjährige Patientin wurde aufgrund einer Überweisung des Kinderarztes vorgestellt, nachdem eine Sonografie ein unklares Herdgeschehen mit Abszedierung zeigte. Die extraorale Ansicht zeigt ein druckdolentes Fistelmaul am linken Unterkieferrand.



Abb. 3b: Kariöse Zerstörung. In der intraoralen Ansicht des Unterkiefers sind Reste der tief kariös zerstörten Zähne 75 und 84 zu erkennen, 74 (od) und 85 (mo) wurden mit zahnfarbenen Füllungen versorgt.



Abb. 3c: Wurzelresorptionen. Im OPG zeigen sich pathologische Veränderungen in Regio der Zähne 74 und 75. Neben der Osteolyse sind externe und interne Wurzelresorptionen zu erkennen. In Regio 84 sind Wurzelreste des ersten Milchmolaren zu erkennen.

- ▶ ▶ Anomalien der Zahnform und -struktur (z.B. bei Dentinogenesis imperfecta, Amelogenesis imperfecta, Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, generell Hypoplasien),
- ▶ nach endodontischen Maßnahmen,
- ▶ Erhaltung des mesiodistalen Kronendurchmessers, um Vorwanderungen im Seitenzahnbereich zu verhindern.

### Versorgung im Seitenzahnbereich

Versorgungsmaterial der Wahl im Seitenzahnbereich sind sogenannte vollkonfektionierte Stahlkronen („stainless steel crowns“). Diese Kronen zeichnen sich aufgrund ihrer anatomischen Form durch eine gute Anpassung an die Milchmolaren aus. Die dünn auslaufenden Ränder der Kronen weisen aufgrund der rostfreien Chrom-Nickel-Stahl-Legierung eine hohe Elastizität auf (Abb. 4). Problematisch kann der Nickelgehalt der Kronen werden, der laut Krämer et al. bei einem Anteil von etwa acht Prozent liegt, sodass bei Allergikern die Verwendung nicht angeraten wird.

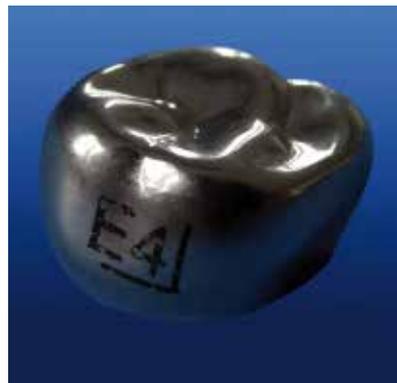


Abb. 4: Stahlkrone. Eine konfektionierte Stahlkrone der Firma 3 M Espe. Der dünn auslaufende Rand sorgt für eine hohe Elastizität. Aufgrund der geringen Schichtstärke von lediglich 0,1 bis 0,2 mm führt ein Einschleifen der Krone grundsätzlich zur Perforation.



Abb. 5: Frontzahnkappchen. Frontzahnkappchen unterschiedlicher Hersteller (v.l.n.r.): Paediatric Stripcrowns (Kinderdent), Frasaco-Käppchen; Stripcrowns (3M).

Wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Versorgung ist eine klinische Symptomlosigkeit des Zahnes bei gesunder Pulpa beziehungsweise eine vorherige erfolgreiche endodontische Behandlung. Nach einer lokalen Schmerzausschaltung, in der Regel einer Lokalanästhesie, erfolgt die Kariesexkavation bzw. endodontische Therapie, falls notwendig kann ein Stumpfaufbau mittels eines Compomers oder Glasionomer-Zementes erfolgen. Die Präparation umfasst einen okklusalen Substanzabtrag von zirka eineinhalb Millimetern, wobei mesialer und distaler Kontaktpunkt aufgelöst werden müssen und alle Übergänge bei möglichst zahnschonendem Arbeiten abgerundet zu gestalten sind. Um eine ausreichende Retention der konfektionierten Stahlkrone zu erreichen, dürfen die bukkalen bzw. oral gelegenen zervikalen Schmelzwülste nicht beschliffen werden. Die geeignete Krone kann durch das Ausmessen der Distanz zwischen benachbarten Zähnen ausgewählt werden, wobei es empfehlenswert ist, die kleinstmögliche Kronengröße zu verwenden. Zur Kontrolle ist eine Anprobe am präparierten Zahn notwendig, bei welcher der sogenannte Schnappeffekt über den zervikalen Wulst überprüft wird. Hierbei können die Okklusion geprüft und eventuelle Inkongruenzen beseitigt werden. Das Einsetzen erfolgt mit einem Befestigungszement, beispielsweise Zinkoxid-Phosphat-, Carboxylat- oder Glasionomer-Zement, die Überschüsse werden nach der Aushärtung entfernt und die Okklusion nochmals überprüft. Zur Bewertung der Milchzahnkronen liegen zahlreiche klinische Untersuchungen vor. Generell waren Wiederholungsbehandlungen bei den Stahlkronen weniger häufig notwendig als bei Amalgamfüllungen. Auch jüngere Studien bestätigten diese Ergebnisse: Hickel et al. berechneten die jährliche Verlustrate von Stahlkronen auf lediglich vier Prozent, wohingegen der Wert für Amalgamfüllungen mehr als doppelt so hoch war.

### Versorgung im Frontzahnbereich

Im Frontzahnbereich werden die kariös zerstörten Zähne substanzschonend adhäsiv aufgebaut. Als Formhilfe haben sich sogenannte Strip-Kronen bewährt. Diese Kronen sind anatomisch geformt und bestehen aus transparentem Kunststoff (Abb. 5). Zunächst muss die passende Krone ausgewählt und angepasst werden, ein Kürzen des Randes ist bei den Frasaco- und 3M-Kronen grundsätzlich notwendig. Nachdem das Adhäsiv auf den präparierten Zahn aufgetragen und ausgehärtet wurde, trägt man Flowable auf den Zahn auf, danach wird das mit hochviskosem Compomer befüllte Kämpchen langsam aufgesetzt und mit leichtem Druck in die richtige Position gebracht. Um zu große Überschüsse zu vermeiden, kann zuvor eine kleine Perforation in den inzisalen Bereich der Kappe eingestochen werden. Vor dem Aushärten sind die Überschüsse zu entfernen, anschließend wird das Kämpchen entfernt und der Aufbau rotierend ausgearbeitet. ►



Abb. 6a: Zustand vor Sanierung in ITN. Die fünfjährige Patientin leidet an Dentinogenesis imperfecta vom Typ II. Klinisch fällt das durchscheinende Dentin ästhetisch störend auf, sodass es zu einer bernsteinfarbenen Zahnfarbe kommt. Es besteht die Gefahr einer Bissensenkung im Seitenzahnbereich durch fortschreitende Abplatzungen.



Abb. 6b: Sanierung. Die Oberkieferfrontzähne 52–62 wurden mit Hilfe von Frasaco-Kämpchen adhäsiv überschichtet.



Abb. 6c: Sanierung. Die Versorgungen der Zähne 55, 54, 64, und 65 erfolgte mittels konfektionierter Stahlkronen, die Oberkieferfront wurde mit Hilfe von Frasaco-Kämpchen überschichtet.



Abb. 6d: Stahlkronen. Im Unterkiefer wurden die Zähne 75, 74, 84 und 85 mit konfektionierten Stahlkronen versorgt.

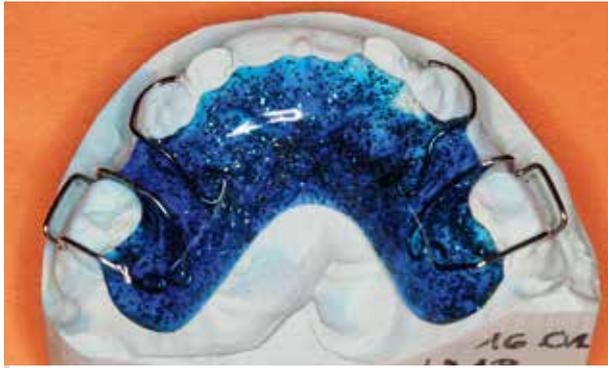


Abb. 7a: Halteelemente. Die fünfjährige Patientin leidet an einer Osteogenesis imperfecta ohne Dentinogenesis imperfecta. In Vollnarkose wurden die Zähne 54, 51, 61 und 64 entfernt. Am Modell zeigt sich die schon vorhandene Lückeneinengung, sodass die Anfertigung eines herausnehmbaren Lückenhalters dringend indiziert war. Als Halteelemente wurden Adamsklammern an 55 und 65 sowie ringoffene C-Klammern an 53 und 63 gewählt.



Abb. 7b: Motivation. In Regio 62 wurde der Kunststoff reduziert, um ein problemloses Einsetzen zu ermöglichen. Die Farbwahl durch die Patientin diente der Motivation, um das Tragen der Apparatur zu garantieren.



Abb. 8: Frontzahnprothese. Der vierjährigen Patientin wurden aufgrund einer ECC Typ II die Oberkieferfrontzähne entfernt. Die Versorgung mittels einer Kinderprothese zum Ersatz der Zähne 52-62 wurde von der Mutter gewünscht. Als Halteelemente fungieren ringoffene C-Klammern an 55, 53, 63 und 65, Knopfanker zwischen 55/54 und 65/64; Zahn 84 wurde nach erfolgreicher Pulpotomie mit einer MZ-Krone versorgt.

►► Diese Technik ermöglicht eine rasche Versorgung tief zerstörter Milchfrontzähne, die gerade für umfassende Sanierungen in Intubationsnarkose eine große Zeitersparnis ermöglicht (Abb. 6a-d). Als Nachteile dieser Technik sind mögliche Verfärbungen oder Abplatzungen zu nennen, es kann sogar ein vollständiger Verlust der Restauration auftreten. Die langfristigen klinischen Erfahrungen zu diesem Kronentyp sind nur begrenzt dokumentiert. Retrospektive Studien beschreiben jedoch eine 50- bis 100-prozentige Retentionsrate für Strip-Kronen bei einem geringen Anteil an Verfärbungen.

Ist der Aufbau der Zähne nicht mehr möglich, bleibt die Extraktion des Milchzahnes Mittel der Wahl. Bei vorzeitigem Milchzahnverlust stellt sich nun die Frage, ob ein Lückenthalter oder eine Kinderprothese anzufertigen ist.

### Lückenthalter

In der Stellungnahme der DGZMK aus dem Jahr 2004 wurden nicht nur der vorzeitige Milchzahnverlust, sondern auch die Indikation und Gestaltung von Lückenthältern sowie weitere therapeutische Maßnahmen definiert. Je nach Zahngruppe haben Lückenthalter keine bzw. eine große Bedeutung. Milchschneidezähne haben für die weitere Gebissentwicklung nach dem Durchbruch aller Milchzähne nur eine geringe Bedeutung. Vor diesem Hintergrund ist die Anfertigung eines Lückenthalters im Frontzahnbereich extrem selten indiziert. Während nach vorzeitigem Verlust von Milcheckzahn und erstem Milchmolaren die Lückeneinengung mehr von den Schneidezähnen ausgehend erfolgt und von einer Mittellinierverschiebung begleitet wird, geht der Verlust des zweiten Milchmolaren mit einer Anteriorkippung (Unterkiefer) oder körperlichen Anteriorbewegung (Oberkiefer) des ersten Molaren einher. Der vorzeitige Verlust der Milcheckzähne beeinflusst die weitere Gebissentwicklung, sodass therapeutische Maßnahmen notwendig werden können:

- Bei einseitigem Verlust ist eine Extraktion des Milcheckzahnes der Gegenseite zur Mittellinieneinstellung indiziert.
- Retruidierte Schneidezähne können zur Öffnung der Eckzahnücke mit Hilfe eines Lingualbogens, der an Molarenbändern befestigt ist, aufgerichtet werden.
- Nach einer Lückeneinengung muss aktiv mit einer Dehnapparatur oder Extraktion Platz zum Durchbruch des breiteren bleibenden Eckzahnes geschaffen werden.

### Komplikationen

Die Anfertigung eines Platzhalters ist nach Verlust der ersten Milchmolaren indiziert, wenn die Lückeneinengung sechs Monate nach der Extraktion des Zahnes einen Millimeter oder mehr beträgt. Da jedoch bereits in den ersten Wochen nach der Extraktion der Milchmolaren mit einem Platzverlust gerechnet werden muss, scheint diese Empfehlung heute

nicht mehr aktuell zu sein. Im dargestellten Beispiel zeigt sich ein symmetrischer Milchzahnverlust im Oberkiefer. In diesen Fällen hat der abnehmbare Lückenhalter einen sehr guten Halt, da sich der Kunststoff in die Lücken sehr gut einklemmen lässt (Abb. 7a-b). Der vorzeitige Verlust der zweiten Milchmolaren hat in der Regel einige nachteilige Folgen, insbesondere wenn keine zahnärztliche Intervention erfolgt.

Mit folgenden Komplikationen ist zu rechnen:

- ▶ ektopischer Durchbruch der ersten Molaren,
- ▶ Gefahr eines Engstandes bzw. ektopischen Durchbruchs des zweiten Prämolaren,
- ▶ Veränderung der Interkuspidation zwischen den beiden antagonistischen bleibenden Molaren.

Liegt jedoch eine stabile Neutralverzahnung der ersten Molaren vor, kann zunächst abgewartet werden. Grundsätzlich sollte die Gestaltung eines Lückenhalters so wenig wie möglich zur Plaqueakkumulation beitragen. Abrechenbar sind lediglich indizierte herausnehmbare Lückenhalter (BEMA Pos. 123); festsitzende Lückenhalter sind privat-zahnärztliche Leistungen (GOZ 6240).

### Kinderprothesen

Herausnehmbare Apparaturen mit integrierten Prothesenzähnen werden als Kinderprothesen verwendet. Ein partieller oder totaler Interimsersatz für das Milchgebiss muss daher bei der zuständigen Krankenkasse in Form eines Heil- und Kostenplanes beantragt werden. Insbesondere zum Ersatz der Milchschneidezähne im Oberkiefer eignen sich herausnehmbare Kinderprothesen in der Funktionsphase des Milchgebisses. Als Halteelemente fungieren wie bei herausnehmbaren Lückenhaltern gebogene Klammern, beispielsweise Adams- und ringoffene C-Klammern, auch einfache Knopfanker sind möglich (Abb. 7). Auf das Einbringen von Dehnschrauben wird verzichtet, da während der Nutzungsphase des Milchgebisses (ca. zweieinhalb bis fünfzehn Jahre) kaum Wachstum stattfindet. In seltenen Fällen wie einer schweren Form der ECC ist die Extraktion aller Milchzähne notwendig. In diesen Fällen ist die Anfertigung einer Totalprothese indiziert, um eine Rehabilitation des Patienten in kau- und sprachfunktioneller sowie auch in ästhetischer Hinsicht zu ermöglichen. Nach Herstellung individueller Löffel lassen sich mit Hilfe einer Alginatabformung Modelle erstellen; über Wachswälle und Wachseinproben ist ein Ermitteln von Bisshöhe und -lage möglich. Bei korrekter Durchführung ist aufgrund der muskulären Adaption mit einem guten Halt der Prothese zu rechnen. Aufgrund des Kieferwachstums sind etwa vom sechsten Lebensjahr an Adaptionmaßnahmen notwendig, beispielsweise das Ausschleifen der Basis, eventuell eine Unterfütterung und vor Durchbruch der bleibenden Zähne

## → Vita



### CONSTANZE FRIEDERIKE UEBERECK

- ▶ 06.12.2011 Abschluss der Zahnärztlichen Prüfung an der JLU Gießen (Approbation)
- ▶ seit 14.03.2012 angestellt als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Zahnärztin in der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde der Justus-Liebig-Universität in Gießen
- ▶ 09.2015 – 30.08.2016 freie Mitarbeiterin der LAGZ Bayern

die Entfernung des korrespondierenden Prothesensegmentes. Der Erfolg der Versorgung hängt unmittelbar von der Compliance des Patienten in Bezug auf die Tragedauer und das Einhalten von Recallterminen ab.

### Fazit

Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl unversorgter Milchzahnläsionen ist eine Verbesserung des Versorgungsgrades der Milchzähne bei Klein- und Schulkindern dringend geboten. Auch bei großflächigen Läsionen oder vorzeitigem Milchzahnverlust ist ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Therapie vorhanden. Bei großflächigen Defekten sind zahnerhaltende Maßnahmen wie die Versorgung durch Überkronungen mit Hilfe von Pediatric Stripcrowns bzw. Stahlkronen möglich, die auch durch den nichtspezialisierten Behandler durchgeführt werden können; sie sind von der Handhabung einfach und ermöglichen im Vergleich zu aufwendigen direkten adhäsiven Versorgungen eine Zeitersparnis. Lückenhalter und Kinderprothesen sind immer dann indiziert, wenn die normale Entwicklung der Sprache, die Abbeiß- und Kaufunktion sowie das Kieferwachstum gefährdet sind. Ihre ästhetische Funktion ist dabei nicht zu unterschätzen. Die aufgezeigten Therapiemöglichkeiten sollten dazu beitragen, die Versorgung defekter Milchzähne zu verbessern und einen Ersatz fehlender Milchzähne zu ermöglichen. ■

— ZÄ Constanze Uebereck  
Universitätsklinikum Gießen-Marburg

Quelle: „Zahnärzteblatt Baden-Württemberg“ Nr. 12/2015



Foto: © utahlig-photo/Fotolia.com

# Zahngesundheit von Kindern: Niedersächsische Studienergebnisse 2015/16

## Zusammenfassung:

In der 6. DAJ-Studie wurde die Mundgesundheit von insgesamt 8.705 niedersächsischen Kindern aus den Altersgruppen 3 Jahre, 6-7 Jahre und 12 Jahre ermittelt.

Während bei den 12-Jährigen ein guter DMF-T-Wert von 0,44 festgestellt werden konnte und die Studienpopulation dieser Altersgruppe zu 78% ein naturgesundes Gebiss hat, ist der akute Handlungsbedarf bei den jüngeren Kindern hoch: Nur 57% der 6-7-Jährigen sind zahnmedizinisch als naturgesund einzustufen, der mittlere dmf-t-Wert bei den untersuchten Kindern liegt bei 1,78. Erstmals wurden zudem auch die Altersgruppe der 3-Jährigen untersucht: sie zeigten zwar zu 86% keine kariösen, gefüllten oder gezogenen Zähne, dennoch fallen fast 19% dieser Altersgruppe unter die Definition der ECC – ein deutliches Anzeichen dafür, dass die Bekämpfung der sogenannten Nuckelflaschenkaries weiterhin der Fokus zukünftiger Präventionsarbeit sein muss.

## Einleitung

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (DAJ) hat zum 6. Mal eine Studie in Auftrag gegeben, um den Status der Mundgesundheit von Kindern in Deutschland zu erheben. Diese epidemiologischen Begleituntersuchungen („DAJ-Studien“) dienen dazu, anhand der Kariesprävalenz und Sanierungszustände die Präventionsmaßnahmen für die Kinder in Deutschland anzupassen. Die Dokumentation ist Bestandteil der Maßnahmen zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, die seit 1989 im fünften Sozialgesetzbuch gesetzlich verankert sind (siehe Infokasten).

## Material und Methoden

Die Erhebung der Studien-Daten erfolgte im Schuljahr 2015/16 in allen Bundesländern durch kalibrierte Zahnärzte und Zahnärztinnen an Kindern in vordefinierten Altersgruppen, die zuvor durch eine wissenschaftlich fundierte Stichprobenziehung<sup>1</sup> auf Schulebene ermittelt wurden.

<sup>1</sup> Die Stichprobenziehung hat das Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim, GESIS, durchgeführt.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Datensätze aus Niedersachsen durch die Landesarbeitsgemeinschaft zu Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ). Erhoben wurden die Daten durch 44 kalibrierte Zahnärzte und Zahnärztinnen. Ziel war es, bei Kindern im Alter von 6 oder 7 Jahren aus der ersten Klassenstufe den dmf-t-Wert bzw. bei 12-jährigen Kindern aus der 6. Klassenstufe den DMF-T-Wert inklusive potentieller Initialkariesläsionen zu erheben. Bei der Auswertung der dmf-t/DMF-T-Werte wurden die Einteilungen der Befundergebnisse wie folgt festgelegt:

naturgesundes Gebiss: dmf-t/DMF-T = 0  
 saniertes Gebiss: dmf-t/DMF-T  $\neq$  0 und d-t/D-T = 0  
 behandlungsbedürftig: dmf-t/DMF-T  $\neq$  0

Zudem wurden das Geburtsdatum sowie das Geschlecht des zu untersuchenden Kindes notiert. Da die entsprechenden Einrichtungen nicht vollständig zentral erfasst sind, war eine Stichprobenziehung für die Altersgruppe 3-jähriger Kinder in Niedersachsen nicht möglich. Daher erfolgte die gesamte Erhebung aller Daten von Kindern dieses Alters, die im Rahmen der Untersuchungen zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe erhoben wurden. Die Teilnahme an der Studie war sowohl für die Schulen, als auch für die Kinder und deren Eltern freiwillig.

### Ergebnisse

Die Untersucher haben in 29 Landkreisen insgesamt 78 Grundschulen sowie 62 weiterführende Schulen aus der Stichprobe aufgesucht, um die Befunderhebung für die Studie dort vorzunehmen. Die Daten von 2.291 Kindern aus der Studienpopulation der 6-7-jährigen in 1. Klassen sowie 1487 Datensätze von der Studienpopulation der 12-jährigen in 6. Klassen konnten in die Studiauswertung miteinbezogen werden.

Zur Erreichung des angestrebten wissenschaftlichen Repräsentativitätslevels fehlen 11,6% an Datensätzen für die 6-7-jährigen Kinder bzw. 33,3% weiterer Untersuchungsergebnisse für die Studienpopulation der 12-jährigen. Die folgenden Auswertungen beziehen sich daher auf die Studienpopulation ohne statistisch fundiert Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit der Kinder in Niedersachsen ziehen zu können.

Zudem sind Datensätze von 4925 Kindern im Alter von 3 Jahren aus 9 niedersächsischen Landkreisen durch die kalibrierten Untersucher zur Auswertung geliefert worden.

### 3-Jährige:

Von den 3-jährigen Kindern waren 52% Jungen und 48% Mädchen. Die 3-jährigen Kinder wiesen insgesamt zu 86,2% ein naturgesundes Gebiss auf, rund 1,8% der Kinder hatten sanierte Zähne und bei 11,9% wurde Behandlungsbedarf aufgrund von mindestens einem

kariösen Milchzahn festgestellt. Bezieht man Initialkaries ein, so fallen insgesamt 18,8% der Kinder in die Definition der Early Childhood Caries, ECC (Nuckelflaschenkaries). Der durchschnittliche dmf-t-Wert liegt bei 0,52 basierend auf hauptsächlich kariösen Zähnen (d-t = 0,41; m-t = 0,04; f-t = 0,07). Betrachtet man nur die Gruppe der sanierten bzw. behandlungsbedürftigen Kinder, so liegt der durchschnittliche dmf-t-Wert hier bei 3,78 mit einer Spanne von einem bis maximal 20 betroffenen Zähnen pro Kind.

### 6-7-Jährige:

Die Studienpopulation der 6-7-jährigen bestand zu 49% aus Mädchen, 51% waren Jungen. Ein naturgesundes Gebiss konnte bei 56,8% der Studienpopulation festgestellt werden. 14,9% aller Kinder waren saniert, die restlichen 28,3% der 6-7-jährigen sind zahnmedizinisch gesehen behandlungsbedürftig. Der durchschnittliche dmf-t-Wert beträgt 1,78 und wird zum größten Teil durch gefüllte Zähne bestimmt (d-t = 0,77; m-t = 0,18; f-t = 0,83). Ohne die Kinder mit naturgesundem Gebiss zeigt die verbleibende Studienpopulation der 6-7-jährigen Kinder einen durchschnittlichen dmf-t-Wert von 4,11 auf (ein bis maximal 13 betroffene Zähne pro Kind). ►►

	3-jährige	6-7-jährige	12-jährige
n	4.925	2.291	1.489
weiblich (%)	47,8	51,3	46,6
männlich (%)	51,9	48,7	53,3
<b>Gebissbefund:</b>			
naturgesund (%)	86,2	56,8	78,2
saniert (%)	1,8	14,9	14,2
behandlungsbedürftig (%)	11,9	28,3	7,7
<b>Befunddetails:</b>			
i-t/I-T*	0,14	0,28	0,35
d-t/D-T*	0,41	0,77	0,12
m-t/M-T*	0,04	0,18	0,03
f-t/F-T*	0,07	0,83	0,29
<b>dmf-t/DMF-T*</b>	<b>0,52</b>	<b>1,78</b>	<b>0,44</b>
<b>Anteil Befund-Gebisse (%) **</b>	<b>13,8</b>	<b>43,2</b>	<b>21,8</b>
dmf-t/DMF-T nur Befundgebisse (%)	3,78	4,11	2,00
Spanne ***	0-20	0-13	0-9

Tab. 1: Übersicht der niedersächsischen Studienpopulationen der DAJ-Studie 2015/16

\*bei den 3- sowie den 6-7-jährigen Kindern wurde der Befund anhand der Milchzähne (dmf-t) erhoben, wohingegen die 12-jährigen Kindern hinsichtlich Ihrer bleibenden Zähne untersucht wurden (DMF-T). \*\*Als Befund-Gebiss wurde gewertet, sofern der dmf-t / DMF-T  $\neq$  ist, nicht einbezogen ist Initialkaries i/I. \*\*\*Die Spanne beschreibt die Anzahl der Zähne mit Befund pro Kind.



### ►► 12-Jährige:

Die 12-jährigen Kinder dieser Studie waren zu 46,6% weiblich und zu 53,3% männlich. 78,2% von ihnen hatten ein naturgesundes Gebiss, 14,2% wiesen sanierte Zähne auf und 7,7% gehörten in die Gruppe der behandlungsbedürftigen Kinder. Der durchschnittliche DMF-T-Wert von 0,44 wurde ermittelt und basierte hauptsächlich auf der Anzahl extrahierter Zähne (D-T = 0,12; M-T = 0,03; F-T = 0,29). Der durchschnittliche DMF-T-Wert der Befund-Gebisse beträgt 2,0 mit maximal neun betroffenen Zähnen pro Kind.

#### Die Ergebnisse im Vergleich:

Die zusammengefasste Betrachtung der Befundgruppen „naturgesund“, „saniert“ und „behandlungsbedürftig“ (Abb. 1) zeigt bei den bleibenden Gebissen der 12-Jährigen die Erfolge der vielfältigen Maßnahmen gegen Karies. Das Ziel der Bundeszahnärztekammer, 80% kariesfreie Gebisse in der Altersgruppe der 6-7-jährigen Kinder zu verzeichnen, wird jedoch voraussichtlich nicht bis zum Jahr 2020 erreichbar sein. Die erstmalig in dieser Quantität erhobenen Befunde von 3-Jährigen scheinen mit einem Anteil von 86% naturgesunden Gebissen im Vergleich zunächst ein gutes Ergebnis zu sein. Unter Anbetracht der kurzen Lebenszeit ist jedoch ein Anteil von 12% – bei Einbeziehung von Initialkaries sogar fast 19% – kariösen Gebissen alarmierend hoch.

Die DAJ-Studienergebnisse im Verlauf zeigen, dass die Mundgesundheit der Kinder in Deutschland stetig verbessert werden konnte (siehe Abb. 2). Niedersachsen ist seit der 3. DAJ-Studie an der Erhebung der Daten beteiligt und konnte seitdem eine Verbesserung der Werte von einem mittleren dmft-t der 6-7-Jährigen von 2,36 auf heute 1,78 verzeichnen, was dem Wert der vorherigen Erhebung

entspricht. Bei den 12-Jährigen ist die Steigerung der Mundgesundheit noch deutlicher, ausgehend von einem DMF-T-Wert von 1,15 ist er in den letzten Studiendaten auf nur 0,44 gesunken. Die Miteinbeziehung der 3-Jährigen ab der aktuellen DAJ-Studie wird als Basis für die kommenden Erhebungen dienen.

Bei den 12-jährigen Kindern konnte eruiert werden, dass die Schüler- und Schülerinnen der Gymnasien einen niedrigeren DMF-T-Wert als die Kinder der Realschulen hatten, und auch bei diesen wurde ein niedrigerer mittlerer DMF-

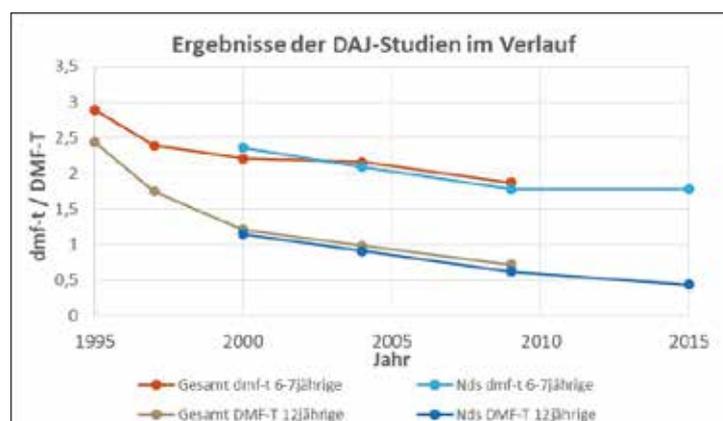


Abb. 2: Verlauf der dmft-t (3- sowie 6-7-jährige Kinder)/DMF-T (12-jährige Kinder) Werte, die durch die DAJ-Studien erhoben wurden. Dargestellt sind die gemittelten Werte aller teilnehmenden Bundesländer bzw. in blau die niedersächsischen Werte. Niedersachsen hat sich ab der 3. Studie im Jahr 2000 an dieser epidemiologischen Erhebung beteiligt, die Gesamtdaten für Deutschland der aktuellen Studie werden durch das Team um Prof. Splieth in Kürze veröffentlicht.

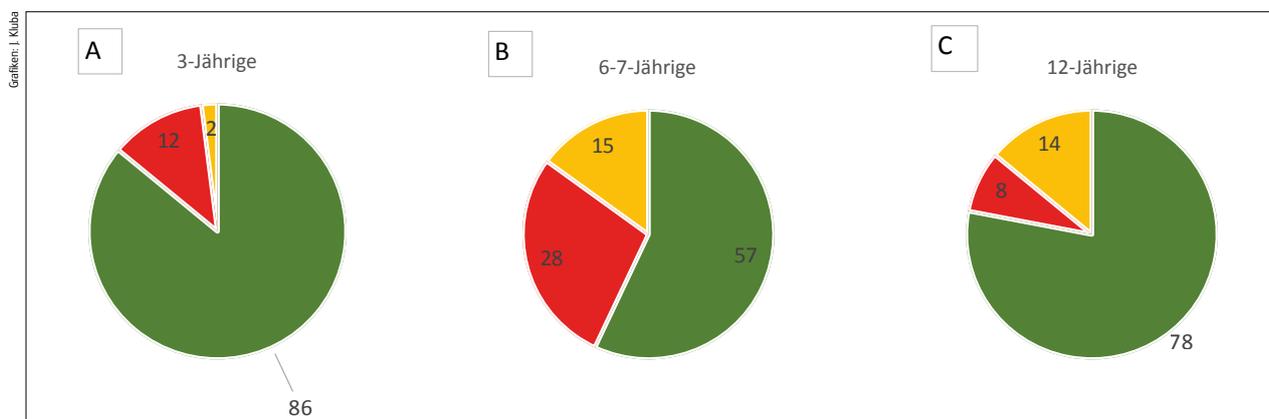


Abb. 1: Prozentuale Verteilung der Befundgruppen in den drei Studienpopulationen der 3-jährigen Kinder (dmft-t-Werte, Abb. 2A), der 6-7-jährigen Kinder aus den ersten Klassen (dmft-t-Werte, Abb. 2B) bzw. der 12-jährigen Schüler und Schülerinnen aus den 6. Klassen (DMF-T-Werte, Abb. 2C). grün = Anteil der naturgesunden Gebisse; gelb = sanierte Gebisse mit gefüllten oder aufgrund von Karies extrahierten Zähnen; rot = Gebisse mit Behandlungsbedarf aufgrund von Karies.

T-Wert als bei den Schüler- und Schülerinnen von Förderschulen ermittelt. Dies entspräche der häufig verifizierten These, dass Bildungsnähe positiv mit Gesundheit korreliert ist, jedoch sind die Fallzahlen dieser Subpopulation zu klein für statistisch fundierte Analysen.

Im Gegenzug dazu ist auffällig, dass in Bezug auf den zweiten typischen Aspekt für Unterschiede im Gesundheitszustand, dem Geschlecht, in diesen Studiendaten die generelle Hypothese nicht bestätigt werden kann: in keiner der drei Altersgruppen ist ein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der dmf-t/DMF-T-Werte bezogen auf das Geschlecht Junge/Mädchen zu verzeichnen.

Die hier dargestellten Daten beziehen sich ausschließlich auf die Betrachtung der Mundgesundheit von Kindern in Niedersachsen. Ein Vergleich zu Daten aus anderen Bundesländern ist aufgrund der großen strukturellen und gesetzlichen Unterschiede nicht sinnvoll oder gewinnbringend, allenfalls kann im longitudinalen Verlauf der Trend der dmf-t/DMF-T-Werte betrachtet werden. Diese Daten sowie die wissenschaftliche Analyse der gesamten Studie werden durch das von der DAJ beauftragte Team um Prof. Splieth veröffentlicht.

#### Fazit:

Trotz bisheriger Verbesserung der Mundgesundheit muss weiterhin Prävention dafür betrieben werden, dass die Kinder durch altersgerechte Aufklärung, Übung und Ritualisierung zu einem gesundheitsförderlichen Zahnpflege-Verhalten ermutigt werden. Weiterhin besteht ein wichtiger Anteil der Präventionsarbeit darin, die Bezugspersonen der Kinder aufzuklären und in die Umsetzung miteinzubeziehen. Zudem muss erreicht werden, dass alle Kinder bereits ab

ihrem ersten Zahn – wie durch das zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft in Niedersachsen optimal unterstützt – regelmäßig einen Zahnarztbesuch absolvieren. ■

\_\_\_ Dipl. Biol. Jeanette Kluba M.Sc.

#### Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit  
und Gleichstellung

#### → Vita

##### DIPL. BIOL. JEANETTE KLUBA M.SC.

##### Ausbildung und Werdegang:

- ▶ seit 2015 Geschäftsführerin der IAGJ e.V.
- ▶ 2012 – 2015 Public Health Studium an der Medizinischen Hochschule Hannover. Abschluss Master of Science (M.Sc.)
- ▶ Masterarbeit mit epidemiologischem Thema bei dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA)
- ▶ 2009 – 2013 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Virologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MH)
- ▶ 2000 – 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem BioTec-Unternehmen ORTHOGEN AG in Düsseldorf im Bereich Molekulardiagnostik und Forschung
- ▶ 1994 – 2000 Studium der Biologie an der Ruhr-Universität in Bochum, Abschluss Diplom-Biologin



Foto: Privat



Seit mehreren Jahrzehnten findet die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe aufgrund des gesetzlichen Auftrags (SGB V, § 21) in allen Bundesländern statt und zählt zu den erfolgreichsten Präventionsmaßnahmen in der Gesundheitsförderung von Kindern. Der Setting-Ansatz, das Aufsuchen der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen (Krippen, Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen) ermöglicht eine effiziente Erreichung der Zielgruppe. In den Besuchseinheiten wird üblicherweise den Kindern in der Gruppe altersgerecht Wissen über die Zahngesundheit zugetragen sowie ein Zahnputztraining durchgeführt. Weiterhin findet die Beratung von Eltern, Multiplikatoren oder z.B. von Einrichtungen statt, um das tägliche Zähneputzen vor Ort zu unterstützen. Auch Fluoridierungsmaßnahmen und zahnärztliche Gruppenuntersuchungen sowie epidemiologische Begleituntersuchungen, bei denen der Status der Mundgesundheit erfasst wird, sind Teil der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe. Neben der generellen Empfehlung zur regelmäßigen Individualprophylaxe erfolgen im Einzelfall auch direkte Aufforderungen, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Dies wird in der Regel von Zahnärzten und Zahnärztinnen des öffentlichen Gesundheitsamts oder Patenzahnärzten und Patenzahnärztinnen durchgeführt, ist aber den regionalen Gegebenheiten angepasst. Hand in Hand mit der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis wird daher mit der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe das Ziel verfolgt, den Anteil kariesfreier Zähne sowie naturgesunder Gebisse bei Kindern weiter auszubauen.

## KLIMAFORSCHER ARVED FUCHS: „GRENZEN SPRENGEN“

# Bericht über die Festreden zur Eröffnungsfeier des 65. Winterfortbildungskongresses der ZKN

### Zahnärzte verabschieden sich aus Braunlage

Zum letzten Male Winterfortbildungskongress im Oberharz – Knapp 500 Zahnmediziner und Fachpersonal profitieren von international renommierten Referenten – Kammerpräsident Bunke: „Wir müssen uns einmischen!“

Der 65. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) fand vom 24. bis 27. Januar 2018 zum letzten Male in Braunlage im Oberharz statt. Er wird, wie Kammerpräsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, schon letztes Jahr und jetzt erneut bei der Eröffnungsveranstaltung mitteilte, vom nächsten Jahr an in Hannover abgehalten werden. Mit dem Abschied aus Braunlage geht eine langjährige Tradition zu Ende. Sie begann 1953 in Hahnenklee und wurde wegen dringender Enge im Tagungshotel 1988 im kurz zuvor eröffneten, großzügig und modern ausgestatteten „Maritim Berghotel Braunlage“ fortgesetzt. 31 Mal fand der Kongress im Berghotel statt. Das Besondere an diesem Kongress im Oberharz war die Verbindung von Fortbildung tagsüber mit oftmals familiärer Atmosphäre und persönlichen Gesprächen in geselliger Runde bei lokalen Spezialitäten abends. So wurden über die Jahre auch Freundschaften geschlossen und in Folgejahren wieder aufgefrischt. Dazu kam das besondere Flair in den Harzer Bergen – mal eine verzaubernde Winterlandschaft mit hohem Schnee, mal frühlingshafte Temperaturen, mal eine Schneekatastrophe oder, wie jetzt gerade wenige Tage zuvor, verheerende Winterstürme oder auch schmutziges Tauwetter.

Kammerpräsident Bunke begründete den Umzug vom „freundlichen Charme der Harzer“ in die Hauptstadt Niedersachsens damit, dass die Ergebnisse einer umfassenden Kosten-Nutzen-Analyse verbunden mit einer ausführlichen Standortanalyse eines eigens zu dem Zweck eingesetzten Findungsausschusses zur Entscheidung des Vorstands der ZKN geführt hätten. «Natürlich schauen wir mit einer Portion Wehmut auf unser 65. Treffen im Harz, aber keiner hindert uns daran, dass wir zum Winterkururlaub auch zukünftig nach Braunlage wiederkommen werden“, sagte der Präsident.

Der diesjährige Winterfortbildungskongress stand, wieder unter der bewährten Leitung des bisherigen Tagungsleiters Prof. Dr. Thomas Attin aus Zürich (Schweiz), unter dem Generalthema „Perfekte Ästhetik in einem gesunden Mund“. Auch in diesem Jahr konnten wieder international und national renommierte Referenten gewonnen werden. „Von vermitteltem Wissen werden die wieder aus ganz Deutschland angereisten vielen Hundert Zahnmediziner wie auch deren Fachpersonal für ihre tägliche Arbeit profitieren“, sagte Kammerpräsident Bunke, der selbst seit vielen Jahren zu den treuen Stammbesuchern des Kongresses zählt.

Ein außerordentlich spannender, ungewöhnlicher Vortrag des berühmten deutschen Arktisabenteurers und Polarexperten Arved Fuchs zog nach der Begrüßungsrede Bunkes unter dem Titel „Grenzen sprengen“ die Teilnehmer zum Abschluss der Auftaktveranstaltung in ihren Bann.

### „Gewaltige Veränderungen stellen unser Gesundheitssystem auf den Kopf“

Traditionell beginnt der Präsident der ZKN die Festreden anlässlich der Eröffnungsfeierstunde. Im Mittelpunkt des politischen Teils der Rede von Kammerpräsidenten Henner Bunke standen die kurz bevorstehenden „gewaltigen Veränderungen, die auch unser Gesundheitssystem auf



Präsident der ZKN Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Festredner Polarforscher Arved Fuchs, Vizepräsident der ZKN Jörg Röver (v.r.n.l.)



den Kopf stellen werden“. Es ging um die demographische langfristige Entwicklung, die mit dem Renteneintritt der „Babyboomer-Generation“ in den nächsten Jahren bis 2030 die übrig bleibende Arbeitsbevölkerung gewaltig unter Druck setzen werde. Die Alterung unserer Gesellschaft sei eine Herausforderung für unser umlagefinanziertes Sozialsystem geworden, sagte Bunke. Es sei unverständlich, dass dieses Thema weder im Wahlkampf noch bei den Sondierungsgesprächen für eine Jamaika- oder Große Koalition eine Rolle gespielt habe. „Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung können nicht so bleiben, wie sie sind. Eine Steigerung der Sozialkosten weit über 40 Prozent ist volkswirtschaftlich nicht zu verkraften. Wenn mehr als die Hälfte des Erwerbseinkommens an die Sozialversicherungen gezahlt werden muss und von dem Rest noch Steuern, Lebensstandard und die private Rentenvorsorge finanziert werden muss, dann werden sich unsere deutschen Topverdiener und Arbeitseiliten diesem Solidarsystem entziehen und in andere Regionen auswandern. Da die Politiker dieses Dilemma kennen, müssen sie entweder auf der Beitragsseite, etwa die Verschiebung der Bemessungsgrenzen, beziehungsweise der Leistungsseite mit Einschränkungen reagieren“, ist der Kammerpräsident überzeugt. So müsse die Deutsche Rentenversicherung, um einer schädlichen Steigerung von Sozialkosten entgegenzuwirken, mit einem späteren Rentenregeleintrittsalter auskommen. Die Rente mit 63 sei ein unverantwortliches Koalitionsgeschenk auf Kosten nachfolgender Generationen gewesen.

Im Vergleich zur Rentenproblematik sei die Krankenversicherung noch komplexer, da zum einen der medizinisch-technische Fortschritt seine Wirkung entfalte und darüber hinaus viele verschiedene Akteure den Markt beeinflussten, meinte Bunke. Da komme das Thema Bürgerversicherung wieder auf den Tisch, das führe letztlich zu einem teuren, stagnierenden System mit offener und versteckter Rationierung. Das Klagegedicht der Zwei-Klassen-Medizin sei in Deutschland eher unsinnig, insbesondere in der Zahnheilkunde, wo heute annähernd 50 Prozent der Privat-Leistungen im Durchschnittssatz niedriger bewertet

seien als in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privatpatienten nicht anders behandelt würden als gesetzlich versicherte Patienten.

Auch in der Medizin wäre ein Mehr an Eigenverantwortung zukünftig der richtige Weg. Die Frage, welche Gesundheitsgüter über die soziale Krankenversicherung abgesichert werden sollen, müsse entschieden werden. Und natürlich müsse auch der Leistungskatalog der solidarisch finanzierten Beiträge von Zeit zu Zeit überprüft werden und nicht notwendige Maßnahmen der finanziellen Eigenverantwortung der Patienten auch über Zusatzversicherungen angeboten werden. „Die freie Arztwahl ist auch ein von den Patienten hochgeschätztes Privileg. Um die Kosten besser im Griff zu behalten, sollte zukünftig über mehr Selbsthalte nachgedacht werden, und dazu zählt auch für mich das Ende des Sachleistungsprinzips, damit der Patient zumindest im ambulanten Bereich eine Rechnung bekommt, die er auch kontrollieren kann. Das ist allemal effizienter und transparenter als das anonyme Sachleistungssystem, welches Prüf- und Kontrollgremien sowie andere bürokratische Behörden benötigt“, erklärte Kammerpräsident Bunke. Einzig in der Arbeitslosenversicherung sei mit keinem Kostendruck in den nächsten Jahren zu rechnen – wenn es Deutschland gelänge, weiterhin ähnlich wirtschaftlich erfolgreich zu bleiben.

„In welche Richtung soll es also gehen“, fragte Henner Bunke, „hin zu mehr staatlichen Zwangsversicherungen, für die unsere Umverteilungsparteien stehen, mit einem nationalen Gesundheitssystem wie in Großbritannien, mit Rationierungen durch die Staatsbürokratie und angestellten Ärzten und Zahnärzten, verbunden mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und Krankenkassen, die, wie das Finanzamt, alle Einkommensarten den Beiträgen zuführen wollen? Oder wird das derzeitige duale Versicherungssystem der Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit mit Wettbewerbselementen auch für die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung mit erhöhter Eigenverantwortung, also Zuzahlungen, der Bevölkerung nachhaltig und transparent weiterentwickelt. Eines ist aus meiner Sicht Fakt: Nur das letztere System wird sich dynamisch qualitativ fortentwickeln. ►►

► Wir alle hier, die wir über den Tellerrand schauen können, müssen uns einmischen, natürlich auch als Standesvertretung, um unser weltweit geschätztes Gesundheitssystem nicht durch Ahnungslosigkeit und Koalitionsgeschachere der Politiker zu verlieren!“

### „Grenzen sprengen“ – Nord- und Südpol bei Eis und Kälte waren sein Zuhause

Für die Teilnehmer der Eröffnungsveranstaltung des 65. Winterfortbildungskongresses in Braunlage war es ein eindrucksvolles und besonderes Erlebnis, dem Vortrag des deutschen Extremabenteurers und Polarforschers und -spezialisten Arved Fuchs zu lauschen. Er ist der einzige Mensch, der jemals im Winter im Kajak Kap Hoorn, den südlichsten Punkt des südamerikanischen Kontinents, umrundet hat, eine der gefährlichsten Stellen der Erde, wo mehr als 800 Schiffe untergegangen und über 10.000 Seeleute ums Leben gekommen sind, der sowohl den Nordpol als auch den Südpol innerhalb eines Jahres zu Fuß erreicht und der gemeinsam mit dem Extrembergsteiger Reinhold Messner als erster den antarktischen Kontinent in 92 Tagen durchquert hat. Arved Fuchs schilderte in seinem Vortrag, wie er immer zielorientiert, aber auch immer adäquat vorbereitet war durch extremes Fitness- und spezielles Mentaltraining – beides Voraussetzungen, um scheinbar Unmögliches möglich zu machen. In einem Kühlraum eines Schlachtbetriebs machte Fuchs beim Schockgefrieren die Erfahrung, dass der Mensch ohne Körperwärme müde und gleichgültig wird. Aus dieser Erfahrung zog er für sich die Lehre, dass man in extremen Situationen sowohl physisch als auch mental bis zum Letzten vorbereitet sein muss. Als Arved Fuchs 1984 seine erste große Expedition unternahm, um im Winter Kap Hoorn im Kajak zu umsegeln, hat er sich vorher mit der Strategie des „Inselhoppings“ der dortigen Indianer vertraut gemacht, die genau wie er ohne Satellit, ohne „Navi“, ohne Internet, ohne Mobiltelefon von Insel zu Insel schipperten. Später hat die chilenische Regierung keine Genehmigung mehr für solche Abenteuerreisen gegeben.



Extremabenteurer und Polarforscher Arved Fuchs zog die Zuhörer mit seinem authentischen Bericht in seinen Bann.

Bei seiner Reise zum magnetischen Nordpol, bei der ein Kompass völlig unbrauchbar war und wo die Boote in Packeisfeldern mehr gezogen werden mussten als im Wasser schwimmend benutzt werden konnten, hat er gelernt, dass das Leben bei solchen Abenteuern immer gefährdet ist, aber auch, dass sich vieles andere relativiert, wenn man „im Eis lebt“. Die Expedition zum geographischen Nordpol, tausend Kilometer auf zugefrorenem Ozean bei Temperaturen von minus 40 bis minus 56 Grad – „jenseits von 50 Grad besteht immer Lebensgefahr“ – sei die schwierigste gewesen, weil von den acht teilnehmenden Expeditionsexperten jeder seine eigene Strategie hatte. Erst als sich einer trotz erfrorener Füße zum Weitermachen entschied, wurde aus diesen Einzelkämpfern ein Team, mit dem Vorsatz: „Gemeinsam können wir es schaffen.“ Im gleichen Jahr zog Fuchs mit dem wohl berühmtesten Extrembergsteiger Reinhold Messner, der noch nie eine Pol-Expedition gemacht hatte, durch die Antarktis. „Wir kannten uns nicht und waren auch keine Freunde“, sagte Fuchs. Aber beide waren Profis, keiner konnte ohne den anderen überleben, sie waren auf Gedeih und Verderb auf einander angewiesen. So durchquerten die beiden Abenteurer mit zwei Schlitten und je 130 Kilo Gepäck über rund 2.800 Kilometer Wegstrecke und 3.000 Meter hohes Hochplateau in 92 bitterkalten Tagen und Nächten den Südpol. Nach diesen Abenteuern segelte Fuchs lieber im Team auf seinem Segelschiff „Dagmar Aaen“, wo er für das Leben lernte, dass zwar jeder an Bord mitreden darf, aber am Ende nur einer, der Kapitän, das Sagen hat und die Entscheidungen trifft. Schließlich sang Arved Fuchs ein Loblied auf den bedeutenden britischen Polarforscher Ernest Shackleton, der 1914 mit 26 Freiwilligen und mit dem englischen Abenteurer Frank Wild die Antarktis durchqueren wollte. Aber als sein Schiff im Packeis zerquetscht war, drifteten sie drei Monate auf einer Eisscholle und landeten schließlich auf einer unbewohnten Insel, von wo Shackleton auf abenteuerliche Weise mit drei Gefährten aufbrach, um Hilfe zu holen und tatsächlich zurückkehrte, während die übrigen Männer drei Monate in Dunkelheit und Eiseskälte dank der Fürsorge von Frank Wild überwinterten. Als Resümee seines abenteuerlichen Lebens sagte Arved Fuchs, die unglaublichen Gefahren, die übermenschlichen Anstrengungen, die schlaflosen Nächte, die irrsinnige Kälte seien es wert gewesen, sich einzusetzen und sich in der Gemeinschaft zu bewähren. So lassen sich tatsächlich geglaubte Grenzen sprengen! ■

\_\_\_\_\_ Rolf Zick, Lehrte

**Anmerkung der Redaktion: Den Bericht vom wissenschaftlichen Teil des 65. Winterkongresses der ZKN lesen Sie in der März-Ausgabe des NZB. Autorin ist Privatdozentin Dr. Rengin Attin.**



# E-HEALTH

## Glossar zur Anbindung an die Telematikinfrasturktur

**Z**ur technischen Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen und zu Details der Finanzierung müssen noch zahlreiche Punkte geklärt werden. Dennoch werden Zahnarztpraxen bereits jetzt mit einer Reihe von technischen, organisatorischen und finanziellen Fragen konfrontiert. Die KZV Niedersachsen hat dazu die KZBV-Broschüre „Anbindung an die Telematikinfrastruktur“ im Zahnarztportal der Website [www.kzvn.de](http://www.kzvn.de) unter dem Menüpunkt Telematik eingestellt.

Informationen zum Thema liefert auch ein Film, den die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erstellt hat. Er erläutert die notwendige Ausstattung und beschreibt Schritt für Schritt den entsprechenden Einrichtungsprozess der verschiedenen Elemente in der Praxis. Das Video kann auf den Websites der beiden Organisationen abgerufen werden ([www.kzbv.de](http://www.kzbv.de) und [www.kzvn.de/Zahnarztportal/Menüpunkt\\_Telematik](http://www.kzvn.de/Zahnarztportal/Menüpunkt_Telematik)).

Die im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur verwendeten Begriffe – und deren Abkürzungen – sind selbst für besonders technikaffine Zahnärzte sicherlich nicht immer leicht zu entschlüsseln. eGK, QES, ORS1, SMC-B: Das NZB gibt einen Überblick über die wichtigsten Begriffe und erläutert, was sich dahinter verbirgt.

### Digitales Zertifikat

Ein digitales Zertifikat ist ein elektronischer Echtheitsnachweis, der die Identität einer Person oder eines Objektes bescheinigt. Am ehesten kann ein Zertifikat mit einem Personalausweis verglichen werden: Anhand der Informationen in dem „Personalausweis“ kann die Identität einer Person festgestellt werden.

### DVO

Der Dienstleister vor Ort ist ein Serviceanbieter, der sowohl die Installation von Geräten als auch die Betreuung der Praxen vor Ort anbietet. Das kann ggf. der IT-Systembetreuer sein, der für die Praxis-Verwaltungs-Software zuständig ist. ►►



## ► Firewall

Eine Firewall ist ein Sicherungssystem für einzelne Computer oder Computernetzwerke. Sie sichert z.B. eine Praxis gegen unerwünschte Zugriffe aus dem Internet ab.

## e-Health

e-Health (Electronic Health) bedeutet frei übersetzt „auf elektronischer Datenverarbeitung basierende Gesundheit“ und hat sich als Begriff für den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen etabliert.

## e-Health-Kartenterminal

Der Zugriff auf die Inhalte der elektronischen Gesundheitskarte (→ eGK), des Praxisausweises (→ SMC-B) und des elektronischen Heilberufsausweises (→ HBA) erfolgt über ein eHealth-Kartenterminal, das über den →Konnektor mit der Telematikinfrastruktur verbunden ist.

## eGK

Die elektronische Gesundheitskarte ist eine Chipkarte, die dem Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung dient.

## Gateway

Ein Gateway verbindet unterschiedliche Netzwerke miteinander. Bei Bedarf passt das Gateway die eingehenden Daten an, um eine problemlose Kommunikation zwischen den verschiedenen Systemen sicherzustellen.

## gematik

Die gematik ist die von den Spitzenverbänden der Heilberufler und Kostenträger gemäß § 291b SGB V am 11. Januar 2005 gegründete „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH“. Das Ziel der Gesellschaft: Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (→ eGK) und der →Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen.

## gSMC-K

### Gerätespezifische Security Module Card Typ K für den Konnektor

Die gSMC-K ist eine im →Konnektor fest verbaute Gerätekarte, die den jeweiligen Konnektor innerhalb der →TI eindeutig identifiziert. Die Karte hat eine Gültigkeit von fünf Jahren.

## gSMC-KT

### Gerätespezifische Security Module Card Typ KT für das Kartenterminal

Die gSMC-KT ist eine das →eHealthKartenterminal identifizierende versiegelte Gerätekarte. Sie sorgt für eine sichere Verbindung des Kartenterminals mit dem →Konnektor. Das Terminal wird mit der gSMC-KT zu einem unverwechsel-

baren Gerät und kann nach der Personalisierung nicht in beliebige Terminals eingesetzt werden.

## HBA

Der elektronische Heilberufsausweis ist eine personenbezogene Smartcard mit kryptographischer Funktion. Er kann für die Authentifikation, Verschlüsselung sowie für die →(qualifizierte) elektronische Signatur und den Zugriff auf Daten der →elektronischen Gesundheitskarte verwendet werden.

## IT

Oberbegriff für alle mit der elektronischen Informations- und Datenverarbeitung in Verbindung stehenden Techniken und Funktionen.

## Konnektor

Der Konnektor stellt eine →gesicherte und verschlüsselte Kommunikation (VPN) mit der →Telematikinfrastruktur (TI) über das Internet her und ist damit das Bindeglied im Sicherheitskonzept der Telematikinfrastruktur (TI) auf Seiten der Heilberufler. Welches Gerät für Ihre Praxis geeignet ist, besprechen Sie am besten mit Ihrem Praxis-Verwaltungs-Software Anbieter (→PVS) bzw. Ihrem IT-Systembetreuer.

## QES

### Qualifizierte elektronische Signatur

Die qualifizierte elektronische Signatur ist vergleichbar mit der herkömmlichen eigenhändigen Unterschrift auf Papierendokumenten. Sie ermöglicht die Überprüfbarkeit einer Erklärung im elektronischen Datenverkehr. Im Gegensatz zur elektronischen Signatur ist die QES dem Unterzeichner eindeutig zugeordnet und ermöglicht seine Identifizierung. Es erfolgt eine Verknüpfung mit den unterzeichneten Daten, so dass eine nachträgliche Veränderung der Daten erkannt werden kann. Die zur Erstellung verwendeten digitalen Zertifikate und der gesamte Erstellungsprozess unterliegen diversen gesetzlichen Verordnungen.

## ORS1

### Online Rollout Stufe 1

Der Gesetzgeber hat den Aufbau einer →Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen vorgeschrieben. In der ersten Stufe wird das →Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) eingeführt.

## PVS

Das Praxisverwaltungssystem beziehungsweise Zahnarztpraxisverwaltungssystem (ZPVS) dient der computergestützten Verwaltung einer Praxis.

## Router

Ein Router verbindet Netzwerkabschnitte mit unterschiedlichen „Adressbereichen“, z.B. das Internet mit dem lokalen

Netzwerk (LAN = local area network) der Zahnarztpraxis. Er enthält häufig eine Firewall und ist dafür zuständig, die Daten in das gewünschte Netzwerk weiterzuleiten.

### Service Provider

Internetdiensteanbieter oder Internetdienstleister werden oft als Provider oder Internetanbieter bezeichnet.

### SIS

Secure Internet Service ist ein sicherer Internetzugang, der über die Telematikinfrastruktur angeboten und vom Zugangsdienstbetreiber abgesichert wird.

### SMC-B

Die Security Module Card Typ B ist ein „Praxisausweis“. Es handelt sich dabei um eine Smartcard ähnlich einer Handy-SIM Karte, die in einem Kartenterminal der Praxis gesteckt ist. Sie dient der Authentifikation der Zahnarztpraxis gegenüber den Diensten der Telematikinfrastruktur und beim lokalen Zugriff auf die eGK.

### SPED Service Provider

#### Endnutzernahe Dienste/Dienstleister

Dabei handelt es sich um einen ServiceDienstleister, der die technische Ausstattung zur Inbetriebnahme der Telematikinfrastruktur in der Praxis aufbaut und anschließt. Dazu gehören: → Konnektor, → e-Health-Kartenterminal, → SMC-B sowie die Durchführung der Softwarekonfiguration. Im laufenden Betrieb erhält der SPED die Funktionsfähigkeit der Komponenten aufrecht und stellt die Dienste sicher. SPEDs können → Dienstleister vor Ort (DVO) mit der Installation in den Praxen beauftragen. Sprechen Sie mit Ihrem PVS-Anbieter oder Systembetreuer, um einen geeigneten Dienstleister zu finden.

### Switch

Ein Switch ist eine Verbindung, an die mehrere Netzwerkgeräte angeschlossen werden können, z.B. Computer, Server und Drucker. Es können mehrere Switches miteinander verbunden werden.

### Telematik

Kombination der Wörter Telekommunikation und Informatik

### TI

Die Telematikinfrastruktur ist die digitale Infrastruktur des deutschen Gesundheitswesens. Sie dient der sicheren Vernetzung und dem geschützten organisationsübergreifenden Datenaustausch innerhalb des Gesundheitswesens.

### TI-Integrationsmodul

Modul bzw. Software zur Anbindung der Praxissoftware an den → Konnektor

### TSP

Trust Service Provider sind Vertrauensdiensteanbieter, die digitale Zertifikate zur Erstellung und Überprüfung elektronischer Signaturen bereitstellen und bewahren.

### VoIP

Voice-over-Internet-Protokoll (VoIP) bezeichnet die Technik, über das Internet zu telefonieren.

### VPN

Ein Virtual Private Network ist ein aus Sicherheitsgründen verschlüsseltes privates Netzwerk, das zum Transport von Daten ein öffentliches Netz wie das Internet nutzt. Nur den Kommunikationspartnern, die sich in diesem Netzwerk legitimieren können, ist es möglich, miteinander Informationen und Daten auszutauschen. Man kann sich das wie einen Tunnel durch das Internet vorstellen, der nur vom Sender und Empfänger genutzt werden kann.

### VPN-Zugangsdienst

Der VPN-Zugangsdienst ermöglicht den Heilberuflern den Zugang zur → Telematikinfrastruktur (TI). Dieser Dienst wird von einem zugelassenen VPN-Zugangsdiensteanbieter kostenpflichtig über das Internet zur Verfügung gestellt.

### VPN-Zugangsdiensteanbieter

Für den Zugang zur → TI benötigen Praxen den VPN-Zugangsdienst von einem Anbieter – ähnlich einem Internetprovider, der den Zugang im Internet bereitstellt. Ihr PVS-Anbieter oder Systembetreuer nennt Ihnen den geeignetsten Anbieter. Die → gematik wird auf ihrer Website [www.gematik.de](http://www.gematik.de) veröffentlichen, welche VPN-Zugangsdiensteanbieter zugelassen sind.

### VSDM

Das Versichertenstammdaten-Management ist eine Anwendung der → TI, die die Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der → eGK umsetzt. Die erforderlichen Daten dafür stellen die Krankenkassen zur Verfügung. Die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte ermöglichen zukünftig bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch die Versicherten den Online-Abgleich mit den bei den Krankenkassen vorliegenden aktuellen Daten und ggf. die Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Daten. ■

\_\_\_\_\_ Kirsten Behrendt  
Jörn-Henry Meyer

Quelle: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr 11/2017

## NEUES BZÄK-MERKBLATT ZUM DATENSCHUTZRECHT:

# Zahnarztpraxen sollten neues Datenschutzrecht genau beachten

**Z**ahnarztpraxen, die ihre Einrichtungen und Abläufe nicht dem neuen deutschen und europäischen Datenschutzrecht anpassen, kann das teuer zu stehen kommen. Denn nach dem ab 25.05.2018 geltenden Recht drohen bei Verstößen Bußgelder von bis zu 20 Mio. Euro. Übergangsfristen gibt es nach dem Stichtag nicht. Zum neuen Datenschutzrecht hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ein Merkblatt veröffentlicht, das die wichtigsten Neuerungen zusammenfasst:



[https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/datenschutz\\_zahnarzt.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/datenschutz_zahnarzt.pdf)

Für Zahnarztpraxen geht es vor allem darum, die Sicherheit der verarbeiteten Personendaten zu gewährleisten. Diese müssen nach europäischer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ab Mai 2018 besonders geschützt werden. Die Bundeszahnärztekammer rät Zahnärzten dazu, sich mit den neuen Regelungen frühzeitig vertraut zu machen und wenn nötig in ihren Praxen entsprechende Änderungen (ggf. vom zuständigen Dienstleister) vornehmen zu lassen.

Zur Ergänzung ihres Merkblatts arbeitet die BZÄK zusammen mit der KZBV derzeit an der Neuauflage des gemeinsam herausgegebenen Datenschutzleitfadens, der weitergehende Informationen und Vertiefungen bieten wird. ■

Quelle: Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

## BZÄK: GOZ Kommentar erneut aktualisiert



**E**nde 2017 hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ihren GOZ-Kommentar überarbeitet. Die neue Fassung (Dezember 2017) steht als Download unter <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf> zur Verfügung (285 Seiten, ca. 5,7 MB). Ergänzend gibt es eine tabellarische Übersicht zu den vorgenommenen Streichungen, Änderungen und Ergänzungen: [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz\\_kommentar\\_aktualisierungen.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz_kommentar_aktualisierungen.pdf) ■

Quelle: BZÄK-Info

## Statistisches Jahrbuch 2016/2017 der BZÄK



**D**as aktuelle Statistische Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer wurde veröffentlicht. Die Ausgabe 2016/2017 beinhaltet die neuesten vorliegenden Daten rund um die Zahnmedizin und den zahnärztlichen Berufsstand. Basis sind Statistiken aus den (Landes-) Zahnärztekammern, dem Institut der deutschen Zahnärzte, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der BZÄK, ergänzt um (inter-)nationale Daten und Studien zur zahnärztlichen Versorgung bzw. zum Gesundheitsverhalten.

Das Statistische Jahrbuch kann für 10 Euro zzgl. MwSt und Versand über die Bundeszahnärztekammer bezogen werden:

[www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen.html](http://www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen.html) ■

Quelle: Klartext der Bundeszahnärztekammer vom 14.11.2017

# KZBV-Jahrbuch 2017: Wertvolle Infos – auch für die Praxis

**M**it ihrem Jahrbuch liefert die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) regelmäßig aktuelle Basisdaten aus der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das mehr als 200 Seiten umfassende Periodikum, das vor wenigen Tagen als Ausgabe 2017 erschienen ist, enthält alle relevanten Zahlen, Fakten und Trends aus dem letzten Kalenderjahr. Wegen unbestritten objektiver und detaillierter Analyse gilt es als wertvolle Argumentationsbasis im politischen und wissenschaftlichen Diskurs. Für Fachjournalisten ist dieses Standardwerk ebenfalls unverzichtbar. Aber auch für den niedergelassenen Zahnarzt bietet das Jahrbuch in sehr übersichtlicher Gliederung eine Fülle nützlicher Informationen für die eigene Praxis (beispielsweise BEMA-Einzelleistungsauswertung und durchschnittliche Kostenstrukturen). Die in der aktuellen Ausgabe ebenfalls wieder enthaltene „Statistik zum privat-zahnärztlichen Abrechnungsgeschehen“ (GOZ-Analyse) lässt auf Basis der Auswertung einer Stichprobe von rund 600.000 erfassten Privatabrechnungen außerdem interessante Einblicke in das Liquidationsverhalten der Praxen zu. Im Vorwort des aktuellen Jahrbuchs macht der amtierende KZBV-Vorstand darauf aufmerksam, dass sich die Zahnärzteschaft gerade in letzter Zeit verstärkt um Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf gekümmert hat. Hierzu zählen unter anderem Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, die im Vergleich zur gesamten Altersgruppe der älteren Senioren eine schlechtere Zahn- und Mundgesundheit zeigen. Seit 2014 können Zahnärzte bekanntlich Kooperationsverträge zur zahnmedizinischen Betreuung mit entsprechenden Einrichtungen – also Pflege- und Altenheimen – abschließen. Bis Ende 2015 existierten bereits über 2.600 derartiger Versorgungsverträge, ein Jahr später berichtet die KZBV nun von über 3.210 (Stand Ende des II. Quartals 2017 sogar 3.516) unterzeichneten Vereinbarungen, was einem Abdeckungsgrad von bundesweit über 25 Prozent entspricht und das hohe Engagement des Berufsstandes auf diesem zusätzlichen Tätigkeitsfeld unter Beweis stellt.

Es folgt eine Zusammenfassung wichtiger Kennzahlen aus dem KZBV-Jahrbuch 2017 auf den Stichtag 31.12.2016:

- ▶ Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen: 113 (1994: 1.152)
- ▶ 62.686 Vertragszahnärzte, davon 11.147 angestellte Zahnärzte
- ▶ in 42.616 Praxen (81,9% Einzelpraxen, 18,1% Berufsausübungsgemeinschaften) mit
- ▶ rund 246.000 Beschäftigten (davon rund 31.000 Auszubildende)
- ▶ Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ): 230 mit 785 dort tätigen angestellten Zahnärzten (Stand Ende II. Quartal 2017: 359 MVZ mit 1.140 angestellten Zahnärzten)
- ▶ Versorgungsdichte: eine Zahnärztin/ein Zahnarzt pro 1.154 Einwohner
- ▶ GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung (inkl. ZE): 13,79 Mrd. €, davon 61,5% Kons/Chirurgie, 23,7% ZE, 8,0% KFO und 6,8% insgesamt für IP, PAR sowie KG/KB
- ▶ durchschnittlicher Praxisumsatz: 478.700 €; Kosten: 321.400 €, steuerlicher Einnahmenüberschuss: 157.300 € (Median: 142.400 €), Realwert (Basis 1976 = 100): 68.977 €
- ▶ Betriebsausgaben: 38,0% Personal, 25,3% Fremdlabor, 10,0% Material, 6,9% Raumkosten, 4,7% Abschreibung, 1,3% Zinsen, 13,8% „übrige Betriebsausgaben“
- ▶ Einnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit: 47,4% über KZV vereinnahmt, 52,6% nicht über KZV vereinnahmt
- ▶ Durchschnittliche Arbeitszeit (erster Inhaber): 46,6 Std. pro Woche, davon 34,5 Std. (= 74,0%) für Behandlungen, 7,8 Std. (= 16,7%) für Verwaltung, 4,3 Std. (= 9,2%) für Sonstiges
- ▶ GOZ-Analyse (mit Stichprobe über 5% aller Zahnarztpraxen auf der Grundlage von rund 600.000 erfassten Liquidationen): 2,49 = durchschnittlich angewendeter Multiplikator bei persönlichen Leistungen, 1,88 bei medizinisch-technischen Leistungen
- ▶ GOZ-Analyse: 74,9% der Leistungen wurden zum 2,3-fachen Satz liquidiert, 13,0% darunter und 12,1% darüber. Das ist die Häufigkeitsverteilung bezüglich der Anzahl der Leistungen.
- ▶ GOZ-Analyse: Mit der Bezugsgröße „Honorarvolumen“ sieht die Verteilung so aus: 5,8% niedriger als 2,3-facher Satz, 61,2% mit 2,3-fachem Multiplikator und 33,0% über dem 2,3-fachen Satz.
- ▶ GOZ-Analyse: durchschnittlicher Rechnungsbetrag pro Liquidation (inklusive M.- und L.-Kosten): 327 €

Das KZBV-Jahrbuch 2017 kann unter [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de) bestellt werden. ■

\_\_\_\_\_ Quellen: KZBV-Jahrbuch, „auf den punkt“ (adp) Nr. 01/2018



# Zwischen legal und illegal liegt manchmal nur eine Verschwiegenheitsverpflichtung!



Foto: © Africa Studio/Fotolia.com

**D**er Betrieb einer Zahnarztpraxis bedingt den Umgang mit modernster Hard- und Software. Es ist keine Seltenheit, dass Praxisbetreiber hierbei auf externe Dienstleister, wie z.B. IT-Unternehmen, zurückgreifen müssen, da die entsprechende Sachkenntnis weder beim Zahnarzt noch bei seinen Angestellten vorhanden ist. Bei einer Pflege der Hard- oder Software kann es sich jedoch ergeben, dass ein solcher Dienstleister auch Zugriff auf Patientendaten erlangt. Hierbei handelt es sich jedoch um Daten, die unter einem besonderen gesetzlichen Schutz stehen. Zahlreiche Normen, wie z.B. das Strafgesetzbuch (StGB), die Berufsordnung, das SGB V oder das Bundesdatenschutzgesetz beinhalten Vorgaben zur ärztlichen Schweigepflicht bzw. zum Schutz von Patientendaten.

Eine Schlüsselposition nimmt in diesem Zusammenhang der § 203 StGB ein. Dieser Paragraph stellt den Schutz von Geheimnissen vor unbefugter Offenbarung sicher, die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen (wie z.B. Zahn-

ärzte, Rechtsanwälte oder Steuerberater) im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit anvertraut werden. Unter Offenbarung ist nach herrschender Auffassung bereits die Möglichkeit der Kenntnisnahme durch Dritte zu verstehen. Verletzt ein Zahnarzt die ärztliche Schweigepflicht, droht ihm gemäß § 203 StGB eine Freiheits- oder Geldstrafe. Für viele unbemerkt, ist am 09. November 2017 eine Neuregelung dieser Norm in Kraft getreten.

War bisher ein Offenbaren der dem Berufsgeheimnisträger anvertrauten Geheimnisse und Daten ohne vorherige Einwilligung des Patienten nur gegenüber „berufsmäßig tätigen Gehilfen“ (z.B. Zahnmedizinische Fachangestellte oder Auszubildende) straflos möglich, ist es dies nun auch gegenüber „sonstigen mitwirkenden Personen“ gestattet, wenn dies zur Berufsausübung erforderlich ist und vorab eine Geheimhaltungsverpflichtung vorgenommen wurde. Ein Beispiel für eine solche mitwirkende Person wäre z.B. ein externer Dienstleister, der die Hard- oder Software eines Zahnarztes betreut und hierbei auch Zugriff auf Patientendaten hat. Voraussetzung für eine Straffreiheit ist jedoch, dass der Dienstleister vorab vom Zahnarzt zur Geheimhaltung verpflichtet worden ist. Geschieht keine Verpflichtung zur Geheimhaltung kann der Zahnarzt gemäß § 203 Abs. 4 Nr. 1 StGB zu einer Freiheits- oder Geldstrafe verurteilt werden. Andere Beispiele für „mitwirkende Personen“ sind gemäß der Gesetzesbegründung z.B. Schreibdienste, Dienstleister aus dem Bereich Rechnungswesen oder Anbieter von externen Datenspeicherungen<sup>1</sup>. ■

Ein unverbindliches Muster für eine solche Geheimhaltungserklärung (Verschwiegenheitsverpflichtung) finden Sie hier:



<https://tinyurl.com/zkn-20180202>

Michael Behring, LL.M.  
Geschäftsführer ZKN

## ZWEI WEITERE LEITLINIEN NACH AWMF-REGULARIEN AKTUALISIERT:

# „Zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz“ und „Odontogene Infektionen“

**U**nter Federführung der DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) und der DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) wurden Anfang des neuen Jahres die wissenschaftlichen Leitlinien „Zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz“ sowie „Odontogene Infektionen“ aktualisiert und veröffentlicht.

Die S2k-Leitlinie zu den Indikationen, Risikofaktoren und anerkannten Durchführungsmethoden einer Zahnsanierung vor Herzklappenersatz wurde erstmals nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) überarbeitet und dabei zur S3-Leitlinie aufgewertet. Koordinatoren und Hauptautoren waren Prof. Dr. Herbert Deppe (TU München), Prof. Dr. Hans Pfister (Uni München) und Prof. Dr. Dr. Klaus-Dietrich Wolff (TU München). So wurde in Zusammenarbeit mit zehn weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen die breit konsentierete Entscheidungshilfe bei der angemessenen Therapie der sanierungsbedürftigen Befunde auf den aktuellen Stand gebracht.

Auch die ehemalige S2-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie odontogener Infektionen wurde in der Überarbeitung methodisch nach den AWMF-Regularien zur S3-Leitlinie aufgewertet. Verantwortlich zeichnen Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas und die Hauptautorin der Leitlinie, Dr. Dr. Julia Karbach (beide Uni Mainz). In Kooperation mit 15 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen wurde damit eine evidenzbasierte und breit konsentierete Orientierungshilfe zur Diagnostik und Therapie odontogener Infektionen ohne/mit Ausbreitungstendenz und ohne/mit lokalen und systemischen Komplikationen präsentiert.

Die beiden Leitlinien und der jeweilige Methodenreport wurden auf der Homepage der DGZMK veröffentlicht und können unter <http://tinyurl.com/nydeqp2> als PDF-Dokument heruntergeladen werden. ■



Quelle: Pressemitteilung der BZÄK und DGZMK

## MOTTO DES TEAMS VOM ZAHNMobil HANNOVER:

### „Zu uns kommt jeder als Mensch“

Seit mehr als fünf Jahren behandeln wir, das Team vom Zahnmobil, Obdachlose, Arme und Nichtversicherte an unterschiedlichen Standorten in Hannover zahnmedizinisch.

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir wieder engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ehrenamtlich im Zahnmobil tätig werden möchten.

Sind Sie interessiert und haben Sie pro Woche – vor- oder nachmittags – ca. 3 Stunden – Zeit, die Patientinnen und Patienten des Zahnmobils zahnärztlich zu behandeln?

Dann rufen Sie uns gerne an (Tel.: 0151 59404512) oder schreiben Sie uns eine E-Mail ([info@zahnmobil-hannover.de](mailto:info@zahnmobil-hannover.de)).

Weitere Infos zum Zahnmobil finden Sie unter [www.zahnmobil-hannover.de](http://www.zahnmobil-hannover.de)



## Bezirksstellenfortbildung der ZKN

### BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, Salzdahlumer Straße 46, 38302 Wolfenbüttel, Fortbildungsreferent: NN.

TERMIN	THEMA/REFERENT
10.03.2018, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Chancen und Grenzen in der ästhetischen Zahnheilkunde, Prof. Dr. R. Frankenberger, Marburg
18.04.2018, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Direkte Frontzahnfüllungen und was Sie darüber wissen sollten, Dr. Walter Dias, Konstanz

### BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: Uni-Klinikum Göttingen, Hörsaal HS 552, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen  
Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen, Tel.: 0551 47314

TERMIN	THEMA/REFERENT
14.03.2018, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Aktueller Stand bei CMD, Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald

### BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

Ort: Uni Hildesheim, Hörsaal 2, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim  
Fortbildungsreferent: Dr. Ulrich Niemann, Almsstraße 1, 31134 Hildesheim, Tel.: 05121 37676

TERMIN	THEMA/REFERENT
28.02.2018, 16:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Physiotherapeutische und osteopathische Maßnahmen bei CMD als Ergänzung zur Schienentherapie, Gert Groot Landeweer, Vörsstetten

### BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg  
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstraße 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 1671

TERMIN	THEMA/REFERENT
10.03.2018, 9:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Pharmakologie Update 2018, Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

### BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natrufer-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück  
Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstraße 1, 49134 Wallenhorst, Tel.: 05407 8575355

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.03.2018, 18:30 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Teil II: „Ganzheitliche Darmtherapie“ Mikrobiologische Therapie, Symbioselenkung und Darmsanierung, Dr. Oliver Ploss, Ibbenbüren

### BEZIRKSSTELLE OSTFRIESLAND

Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752  
Ort: Seminarhotel, Grüner Weg 2, 26605 Aurich

TERMIN	THEMA/REFERENT
14.03.2018, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Zahnarzt und Werbung – Aktuelles aus dem Wettbewerbs- und Berufsrecht Mikrobiologische Therapie, Symbioselenkung und Darmsanierung, Christiane Köber, Bad Homburg v.d.H. & Heike Nagel, Hannover

### BEZIRKSSTELLE STADE

Ort: Apart Hotel Kamp, Duhner Strandstraße 5-9, 27476 Cuxhaven  
Fortbildungsreferentin: Dr. Katja Peus, Abendrothstraße 40, 27474 Cuxhaven, Tel.: 04721 23553

TERMIN	THEMA/REFERENT
14.03.2018, 15:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Kommunikation mit Eltern und Kindern – Stress oder Chance?, Dr. Christian Bittner, Salzgitter

### BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden  
Fortbildungsreferent: Dr. Walter Schulze, Nordstraße 5, 27356 Rotenburg/W., Tel.: 04261 3665

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.03.2018, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Literaturrecherche in der zahnärztlichen Praxis, Dr. Andreas Söhnel, Greifswald

## SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Marlis Grothe  
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306  
E-Mail: mgrothe@zkn.de



### → Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

**10.03.2018**    **Z 1815**    **9 Fortbildungspunkte**

#### **Vollkeramik mit System**

Ulf Krueger-Janson, Frankfurt  
Samstag, 10.03.2018 von 09:00 bis 18:00 Uhr  
Seminargebühr: 495,- €

**24.03.2018**    **Z/F 1817**    **8 Fortbildungspunkte**

#### **Ab heute kostet's was! Gute Leistung für ein angemessenes Honorar**

Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum  
Samstag, 24.03.2018 von 09:00 bis 17:00 Uhr  
Seminargebühr: 215,- €

**24.03.2018**    **Z/F 1818**    **9 Fortbildungspunkte**

#### **Risikopatient: Diabetiker Einführung der Diabetes-Sprechstunde Optimal und professionell in der Zahnarztpraxis betreuen**

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen  
Samstag, 24.03.2018 von 09:00 bis 18:00 Uhr  
Seminargebühr: 198,- €

**20./21.04.2018**    **Z 1824**    **14 Fortbildungspunkte**

#### **Entspannte Chirurgie für die tägliche Praxis Chirurgischer Grundkurs und Nahtkurs mit Tipps und Tricks für den Praxisalltag Atraumatische Zahnentfernung, Alveolverorgung und Komplikationsmanagement Hands-on-Kurs am Schweinekiefer und Seminar**

Dr. Jan Behring, M.Sc., Hamburg  
Freitag, 20.04.2018 von 14:00 bis 18:00 Uhr/  
Samstag, 21.04.2018 von 09:00 bis 18:00 Uhr  
Seminargebühr: 682,- €

### Fallstricke in der Werbung

Seit einigen Jahren schon ist es aufgehoben: das Werbeverbot für Zahnärzte. Aber darf jetzt jeder alles? Oder gibt es Einschränkungen? Wenn ja, wo sind die Grenzen zwischen Erlaubtem und nicht mehr Erlaubtem?

Und vor allem: Wer kontrolliert denn überhaupt, wer wie wirbt? Und warum? Und was sind die Folgen unzulässiger Werbemaßnahmen?

Sie haben Fragen? – Wir haben die Antworten!

Im Mittelpunkt des Seminars stehen die Werbemöglichkeiten von Heilberuflern. Nicht nur die Berufsordnungen, sondern auch das Wettbewerbsrecht schränken die Möglichkeiten der Außendarstellung ein.

Die Wettbewerbszentrale und die Zahnärztekammern wachen nicht nur über die Einhaltung korrekter Werbemaßnahmen, sondern klären vor allen Dingen auf, wo Fallstricke liegen und wo Wettbewerbs- und Berufsrecht ineinandergreifen.

In diesem Seminar erfahren Sie nicht nur Hintergründe über die Rolle und Aufgaben der Wettbewerbszentrale und der Zahnärztekammer, sondern Sie erhalten auch Informationen über erlaubte und nicht erlaubte Werbung, und das anhand tatsächlicher Fälle aus dem Berufsalltag beider Institutionen. Themen wie Präsenz bei Facebook & Co. sowie das Antikorruptionsgesetz werden ebenso angesprochen wie Werbung nicht gerade alltäglicher Art.

Christiane Köber, Bad Homburg  
Heike Nagel, Hannover  
**Mittwoch, 18.04.2018 von 16:00 – 18:00 Uhr**  
Kursgebühr: 77,- €  
Max. 40 Teilnehmer  
Kurs-Nr.: Z 1823  
3 Fortbildungspunkte nach BZÄK



Christiane  
Köber



Heike Nagel

## → Für zahnärztliches Fachpersonal

07.03.2018 F 1820

### Effektives und schonendes Debridement

Solveyg Hesse, Schönkirchen  
Mittwoch, 07.03.2018 von 09:00 bis 17:30 Uhr  
Seminargebühr: 247,- €

07.03.2018 Z/F 1812

### Grundlagenseminar BEMA I Seminar für Einsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte

Alma Ott, Hamburg  
Mittwoch, 07.03.2018 von 13:00 bis 19:00 Uhr  
Seminargebühr: 109,- €

10.03.2018 F 1821

### Gekonnte Psychologie in der Prophylaxe

Herbert Prange, Mallorca  
Samstag, 10.03.2018 von 09:00 bis 15:00 Uhr  
Seminargebühr: 236,- €

14.03.2018 Z/F 1816

### Zahntechnische Abrechnung – Expert 2018 Das echte Experten-Seminar

Stefan Sander, Hannover  
Mittwoch, 14.03.2018 von 13:00 bis 18:00 Uhr  
Seminargebühr: 132,- €



Brigitte Kühn

## Die Rezeption – Das Herz der Praxis

### Kursinhalt

Sie haben es in der Hand. Mit gezielter Planung, Organisation und Kontrolle bringen Sie Ruhe in den hektischen Praxisalltag und schaffen nachhaltig Gewinne – finanziell, menschlich, persönlich. Üben Sie erfolgreiches und gezieltes Organisieren und festigen Sie damit Ihre Patientenbeziehungen. Machen Sie Ihre Praxis zu einem beliebten Ort im Gesundheitsnetz. Der Arbeitsalltag wird für Sie und Ihre Patienten/innen angenehmer und erfreulicher.

### Optimieren Sie mit mir Ihren Praxisalltag:

#### Organisation

- ▶ Selbstorganisation – was mache ich wie und wann?
- ▶ Stimmen Praxisstruktur und Abläufe?
- ▶ Ist die Dokumentation nachvollziehbar für jeden im Team?
- ▶ Wie nutzen Sie das Qualitäts-Management?
- ▶ Sind Ihre Checklisten und Arbeitsplatzbeschreibungen alltagstauglich?

#### Kommunikation

- ▶ Aktuelle Informationen gehen in alle Praxisbereiche
- ▶ Sie ermöglichen Ihrem Chef/Ihrer Chefin den Überblick
- ▶ Team-Gespräche sind sachlich und produktiv
- ▶ Zwischenmenschliches wird ernst genommen

#### Zeitmanagement

- ▶ So wird terminieren leichter
- ▶ Zeitsparen muss nicht weh tun
- ▶ Termine kein Diktat, sondern eine Vereinbarung
- ▶ Der „schwierige Patient“ – eine Herausforderung

Brigitte Kühn, Tutzing

**Samstag, 17.03.2018 von 09:00 – 17:00 Uhr**

Kursgebühr: 236,- €

Max. 16 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 1824

## Termine

📅 01. – 02.03.2018	Rummelsberg/ Nürnberg	Epilepsie in der Zahnarztpraxis, Infos: <a href="http://www.dgmg.de">www.dgmg.de</a> und <a href="http://www.mzeb-kongress.de">www.mzeb-kongress.de</a>
📅 24.03.2018	Neumünster/ Holstenhallen	25. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag Infos: <a href="http://www.kzv-sh.de">www.kzv-sh.de</a>
📅 20. – 21.04.2018	Hamburg	17. ZMF-Kongress 2018, Infos: <a href="http://tinyurl.com/y9u8m23t">http://tinyurl.com/y9u8m23t</a>
📅 16. – 23.06.2018	Malta	29. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, Infos: <a href="http://www.sportweltspiele.de">www.sportweltspiele.de</a>
📅 15. – 17.11.2018	Bad Homburg vor der Höhe	51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie Infos: <a href="http://www.dgfdt.de">www.dgfdt.de</a>



## Die Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

findet am **07. März 2018** in der Zeit  
von **14:00 Uhr – 16:00 Uhr** statt.

gez. Dr. K.-H. Düvelsdorf  
Referent im ZKN-Vorstand für das Zahnärztliche Fachpersonal



Foto: Referat/ZKN

## HERZLICHE GRATULATION DR. JÖRG THOMAS NACHTRÄGLICH ZUM 70STEN GEBURTSTAG

**K**ollege Thomas wurde am 5. Februar 1948 in Braunschweig geboren. Er approbierte 1972 in Hannover und promovierte 1974 in Göttingen. Im Herbst 1979 ließ er sich in eigener Praxis in Wolfenbüttel nieder, wo er bis 2007 als niedergelassener Zahnarzt tätig war. Auch wenn er nun nicht mehr sein eigener Chef ist, so lässt ihn die Zahnmedizin nicht los. Als angestellter Zahnarzt steht er den Patientinnen und Patienten nunmehr in Braunschweig nach wie vor mit seiner zahnmedizinischen Expertise zur Verfügung.

### Ein Faible für die Standespolitik

Sein Interesse für die Standespolitik blieb auch der zahnärztlichen Öffentlichkeit nicht verborgen. Insofern war seine Wahl zum Vorsitzenden der Kreisstelle Wolfenbüttel knapp zwei Jahre nach seiner Niederlassung keine Überraschung. Mehr noch – wer dieses Amt wie er 20 Jahre lang bekleidet (1981 – 2001), kann sich des Vertrauens und der Anerkennung der Kollegenschaft vor Ort sicher sein. Dafür spricht sicherlich auch, dass er nunmehr seit 1986 als Vorsitzender der Bezirksstelle Braunschweig tätig ist. Dass seine Fachkompetenz, aber auch seine ruhige und

kollegiale Art, sein Umgang auf Augenhöhe sowohl mit Mitstreitern, aber vor allem auch mit „Gegenreitern“, Kolleginnen und Kollegen goutiert werden, zeigt nicht zuletzt auch sein Wahl in die „Parlamente“ von Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KZVN): Von 1989 bis 2005 und aktuell seit 2010 vertritt er als Mitglied der Kammerversammlung der ZKN und ebenfalls ununterbrochen seit 1989 als Mitglied der Vertreterversammlung der KZVN die Interessen der Kolleginnen und Kollegen.

Auch als Delegierter zur Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (1997 – 2001) fand sein Wort Gehör. Diese Liste ehrenamtlicher Tätigkeiten ließe sich noch erweitern. Aber wem die Ehrengabe der ZKN (im Jahr 2004) und 10 Jahre danach die Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft in Silber verliehen wurde, der kann auch ohne eine weitere Aufzählung, eine ordentliche standespolitische Vita vorweisen.

In diesem Sinne wünschen wir weiterhin viel standespolitischen Elan, Gesundheit und Zufriedenheit ■

\_\_\_\_\_ Die Vorstände von ZKN und KZVN

## Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

**17.01.2018**

Dr. Heinrich Rasing (70), Lingen

**22.01.2018**

Dr. Hartmut Bockmann (70), Hannover

**23.01.2018**

Peter Goldbach (75), Obernkirchen

**25.01.2018**

Norbert Stoppe (91), Braunschweig

**28.01.2018**

Dr. Werner Köhler (70), Hann. Münden

**29.01.2018**

Fritz Deppner (70), Kosel

**31.01.2018**

Dr. Frank Treschnak (70), Belm

**01.02.2018**

Detlev Techel (70), Lohne

**05.02.2018**

Dr. Jörg Thomas (70), Wolfenbüttel

**07.02.2018**

Dr. Wilhelm Bomfleur (70), Schüttorf

**10.02.2018**

Klaus Masche (70), Neustadt



Foto: © stockwerk/fotolia.com

**11.02.2018**

Karl-August Westermann (70), Vechta

**12.02.2018**

Dr. Wolfgang Frey (75), Göttingen

**13.02.2018**

Dr. Hans-Jürgen Klatt (86), Adelheidsdorf

**15.02.2018**

Wilhelm Eppens (91), Springe

**15.02.2018**

Dr. Alexander Schiedewitz (70),  
Bad Zwischenahn

### WIR GRATULIEREN NACHTRÄGLICH DR. WILHELM BOMFLEUR ZUM 70STEN GEBURTSTAG

**D**r. Wilhelm Bomfleur wurde am 7. Februar 1948 in Schüttorf in der Grafschaft Bentheim geboren.

Er approbierte 1974 in Düsseldorf und promovierte zwei Jahre später in Münster. Im Jahr 1977 ließ er sich dann in seiner Geburtsstadt Schüttorf in eigener Praxis nieder, wo er bis 2008 auch praktizierte.

Die standespolitische Vita von Wilhelm Bomfleur beginnt im Jahr 1981 als Vorsitzender der Kreisstelle Grafschaft Bentheim. Sehr früh stellt er fest, dass die Mundgesundheit von vulnerablen Patientengruppen ihm ein besonderes Anliegen ist. Insofern ist sein jahrzehntelanges und umfassendes Engagement für die Jugendzahnpflege, die Alterszahnmedizin oder die Zahnärztliche Behindertenhilfe nur konsequent, richtig und wichtig. Als Stichworte seien hier nur exemplarisch seine Tätigkeiten als Referent für Jugendzahnpflege in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. und in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. von 1989 bis 2005 und nicht zuletzt als Mitglied (2005 – 2014) bzw. stellvertretender Vorsitzender im Jugendzahnpflegeausschuss der ZKN (2014 – 2015) genannt.



Foto: P. Heut

Neben dem wichtigen Thema der Alterszahnmedizin widmet er sich auch mit Herzblut der Zahnärztlichen Behindertenhilfe. Als Vorsitzender der Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen e.V. ist er seit 2002 das Gesicht dieser wichtigen Einrichtung. Dass Kollege Bomfleur „neben“ all diesen Tätigkeiten u.a. als Referent für Berufsausbildungs-Angelegenheiten bzw. als Mitglied des

Berufsausschusses (insgesamt von 1989 bis 1997) unterwegs war oder sich um das Finanz- und Haushaltswesen kümmerte (1997 – 2005) und auch als langjähriges Mitglied der Kammerversammlung (1986 – 2015) und Mitglied im Vorstand der ZKN (1986 – 2005) tätig war, gerät dabei gerne schon mal in Vergessenheit.

Sein umfangreiches Wirken wurde 2005 mit der Verleihung der silbernen Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft und 2015 mit der Verleihung der Verdienstmedaille der niedersächsischen Zahnärzteschaft gewürdigt.

Wir wünschen weiterhin alles Gute und Gesundheit. Und Kraft und Freunde auch in Zukunft für die vielfältigen Aufgaben. ■

\_\_\_\_\_ Die Vorstände von ZKN und KZVN

## Wir trauern um unsere Kollegen

**Henryk Lechoslaw Cichy**  
geboren am 01.02.1956,  
verstorben am 03.12.2017

**Dr. Dr. Karl Gerhards**  
geboren am 09.01.1957,  
verstorben am 15.12.2017

**Dr. med. vet. Reinhard Nussbaum,**  
geboren am 19.06.1945,  
verstorben am 24.12.2017

**Dr. Walter Becker**  
geboren am 22.02.1956,  
verstorben am 10.01.2018

*Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen*



Foto: © iStockphoto.com

## 35 JAHRE IM DIENSTE DER NIEDERSÄCHSISCHEN ZAHNÄRZTESCHAFT, JÜRGEN SCHWARZ GEHT IN DEN VERDIENTEN RUHESTAND

**H**err Assessor Jürgen Schwarz, der am 15.01.2018 auf 35 Jahre Engagement in der ZKN zurückblicken konnte, ist in den wohl verdienten Ruhestand gewechselt. Herr Schwarz, der als Jurist eingestellt wurde, ist über den Posten des Geschäftsführers bis zum Hauptgeschäftsführer aufgestiegen. Er hat sich immer für die niedersächsische Kollegenschaft engagiert und beispielsweise auch das Fortbildungszentrum (Zahnärztliche Akademie Niedersachsen/ZAN), das weit über die Grenzen Niedersachsens hinaus einen sehr guten Ruf genießt, zu einem Erfolgsmodell gemacht. Er hat dort ständig dafür gesorgt, dass notwendige Investitionen getätigt wurden, damit ein reibungsloser Ablauf erfolgen kann, die Technik auf einem aktuellen Stand ist und das Ambiente für Referenten und Teilnehmer stimmig und angenehm ist. Auch in der Personalpolitik war er äußerst erfolgreich. Indiz dafür ist die stets lange Zugehörigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ZKN. Er erkannte in vielen Fällen das Potenzial von Mitarbeitern aus Leiharbeits-Firmen, die häufig auf seine Empfehlung in unbefristete Arbeitsverhältnisse übernommen wurden. Wichtig war ihm dabei, dass für alle eine gute Arbeitsatmosphäre herrscht, in der auch die persönlichen Angelegenheiten unserer Kammerangestellten berücksichtigt wurden. Elternzeit, Krankheiten, Umzüge



Foto: ZKN

etc.; alles Ausfallzeiten für die Kammer; aber durch kluge Umverteilung, und selbstverständlich durch das hohe Engagement seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, fand sich immer eine gute Lösung, auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens.

Mit den Vorständen hatte er es nicht immer leicht, denn wir sind in unseren Praxen meistens die alleinigen Entscheidungsträger; in der

Verwaltung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts gelten aber andere „Spielregeln“, die er uns, den Vorständen, oft genug erklären musste. Nichtsdestoweniger kann der Vorstand in den letzten Jahren auf eine angenehme und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Herrn Schwarz zurückblicken, Jahre in denen er ein gutes Miteinander zwischen Mitarbeitern und Vorstand vermittelte.

Sehr geehrter Herr Schwarz, wir wünschen Ihrer Gattin und Ihnen einen angenehmen und nie langweiligen (Un-)Ruhestand, weiterhin gute Gesundheit, damit Sie noch alle Vorhaben, die Sie sich vorgenommen haben, realisieren können und alles erdenklich Gute für Ihre Zukunft. ■

\_\_\_\_\_ *Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen*  
*Jörg Röver, Vizepräsident der Zahnärztekammer Niedersachsen*

## HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH ZU ZEHN JAHREN PRAXISTREUE

**N**ach ihrer Ausbildung kam Stephanie am 09. Januar 2008 zu uns. Es hat alles gepasst: Stuhlassistenz, Ausbildung zur Prophylaxehelferin, Hochzeit und Geburt ihrer zwei Mädchen mit Vereinbarkeit von Familie und Beruf – nun ist ihr Haupteinsatzgebiet Rezeption und Management. Gut, dass sie bei uns ist! Wir danken herzlich für ihre Loyalität, ihren Einsatz und freuen uns auf weitere gemeinsame Jahre. ■

\_\_\_\_\_ *Dr. Hansjörg Baumann*  
*Dr. Sabine Baumann, Hildesheim*



Foto: Privat

## 20 BERUFSJAHRE IN BRAUNSCHWEIG – HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH!

**A**m 2. Februar 2018 feiert Frau Anja Ammersdörfer ihr 20-jähriges Dienstjubiläum in meiner Praxis für Zahnmedizin und Oralchirurgie. Sie war die erste Mitarbeiterin meiner damals neugegründeten Praxis. Von Anfang an bis heute engagiert sie sich außerordentlich loyal und akribisch. Als ZFA und ZMV mit brillanter Sachkenntnis baute Frau Ammersdörfer die Praxisorganisation und Verwaltung perfekt auf. Inzwischen ist sie unsere Praxismanagerin. Frau Ammersdörfer betreut souverän die Praxisorganisation, Verwaltung, Abrechnung und das Qualitätsmanagement. Verbindlich und konsequent managt sie auch unser Team. Mit ihrem Engagement und ihrer fachlichen Qualifikation gelingt es Frau Ammersdörfer, ihre Kolleginnen zu motivieren. Unsere Auszubildenden begleitet sie mit Rat und Tat auf ihrem beruflichen Weg. Sie schätzen Frau Ammersdörfer als erfahrene und faire Ansprechpartnerin. Seit dem erfolgreichen Abschluss ihrer berufsbegleitenden Aufstiegsfortbildung Prophylaxe und Parodontologie betreut



Foto: Privat

Frau Ammersdörfer zudem seit vielen Jahren sehr fachkundig und empathisch Erwachsene und Kinder in der professionellen Prophylaxe. Ihre Stammpatienten aber auch neue Patienten fühlen sich dank ihres freundlichen Wesens und ihrer Sorgfalt bei Frau Ammersdörfer bestens aufgehoben.

Gut geschult, sehr belastbar und gelassen ist Frau Ammersdörfer unser Fels in der Brandung des Praxisalltags. Sie überzeugt durch ihre Professionalität auf allen Gebieten des täglichen Praxisablaufes. Mit Herzblut, Zuverlässigkeit und Umsicht trägt sie enorm zu unserem Praxiserfolg bei. Wir sind glücklich, so eine exzellente Mitarbeiterin in unserer Mitte zu haben und danken Frau Ammersdörfer von Herzen für ihren Einsatz zum Wohl der Praxis und zum Wohl unserer Patienten. Für die Zukunft wünschen wir ihr bleibende Freude im Beruf, Gesundheit und Glück und freuen uns auf eine weiterhin so wunderbare Zusammenarbeit. ■

\_\_\_\_\_ Praxisteam Dr. Klaus Karge, Braunschweig

## 30-JÄHRIGES JUBILÄUM

**D**as gesamte Praxisteam gratuliert Frau Stefanie Borchers zu ihrem dreißigjährigen Betriebsjubiläum. Frau Borchers begann am 01.02.1988 ein Praktikum in unserer Praxis. Dem schloss sich die Ausbildung zur Zahnarzhelferin an, die sie 1991 erfolgreich abschloss. Danach arbeitete Frau Borchers als Stuhlassistentin bis sie eigentlich vorübergehend die Schwangerschaftsvertretung der Verwaltungshelferin übernehmen sollte. Aus dieser anfangs von ihr ungewollten und wenig geliebten Tätigkeit entwickelte sie sich zur perfekten Praxismanagerin. Heute ist sie das Rückgrat der Praxis. Mit großer Loyalität, immenssem Fachwissen und dem Willen, Lösungen von Problemen zu finden, ist sie für uns unersetzlich. Immer



Foto: Privat

freundlich und bestimmt ist sie Ansprechpartnerin für Patienten und für ihre Kolleginnen. Wo immer es geht, entlastet sie uns Ärzte von dem unerträglich gewordenen Ballast der Bürokratie, den sie auch geduldig den Patienten erklärt. Phänomenal ist dabei ihre Multitasking-Fähigkeit. Wir bedanken uns für all die tollen Jahre und wünschen uns noch viele mehr. ■

\_\_\_\_\_ Dr. Axel Wille, ZÄ Kim Gehrke, ZÄ Carolin Behrens und alle Kolleginnen

# Neuzulassungen

## Vertragszahnärzte/-ärztinnen

### Verwaltungsstelle Braunschweig

Bad Harzburg	Regine Vilsmeier
Gifhorn	Ghaliah Sharfo
Gifhorn	MVZ 32-Zähne im Glück GmbH
Leiferde	Khatuni Tsertsvadze

### Verwaltungsstelle Göttingen

Delligsen	Niklas Strecker
Northeim	Tatjana Fischer

### Verwaltungsstelle Hannover

Gehrden	Dr. Christian Hauschild
Hameln	Masur-Implantatzentrum Hameln MVZ GbR
Hannover	Dr. Eleni Antoniou
Hannover	Timo Arokiasamy
Langenhagen	Felix Chemaitis
Winsen	Constantin Rating

### Verwaltungsstelle Hildesheim

Alfeld	Natalia Pirnau
Alfeld	Kiefer-Konzept MVZ Alfeld
Hildesheim	Christopher Black
Hildesheim	Yaroslav Glushko
Nordstemmen	Katharina Schmidt

### Verwaltungsstelle Lüneburg

Stelle	DDent MVZ GmbH
Neu Wulmstorf	Dr. Ulrike Jachmann

### Verwaltungsstelle Osnabrück

Bad Bentheim	Wasim Almohamad
Bad Rothenfelde	Andrea Koch
Melle	Kerstin Köpke

### Verwaltungsstelle Ostfriesland

Aurich	Eike Müller
Ihlow	Eike Vöhrs
Westoverledingen	Novak Minic

### Verwaltungsstelle Stade

Buxtehude	DDent MVZ GmbH
-----------	----------------

### Verwaltungsstelle Verden

Scheeßel	dr. med. dent (Univ. Semmelweis) Dierk Dreyer
Scheeßel	Fabian Dreyer
Stuhr	Zahnarztpraxis An der Wassermühle MVZ GmbH

## Fachzahnärzte/-ärztinnen für Kieferorthopädie

### Verwaltungsstelle Göttingen

Hann. Münden	Dr. Julia Saptschak
--------------	---------------------

### Verwaltungsstelle Lüneburg

Salzhausen	Dr.-medic stom./IMF Bukarest Sonnild Ufer
------------	--

### Verwaltungsstelle Oldenburg

Vechta	Andreas Dasy
--------	--------------

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

# Niederlassungshinweise

## AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

### § 18

- (1) Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Dem Antrag sind beizufügen
- Ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen,
  - Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten,
  - gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19 a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.
- (2) Ferner sind beizufügen:
- ein Lebenslauf,
  - ein polizeiliches Führungszeugnis,
  - Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
  - eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
  - eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.
- (3) An Stelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.
- (4) Können die in Absatz 1 Buchstabe b und in Absatz 2 Buchstabe c bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.

Kolleginnen und Kollegen, die sich in Niedersachsen niederlassen möchten, wenden sich bitte an die

---

**Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen, Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses Niedersachsen,  
Zeißstraße 11, 30519 Hannover,  
Tel. 0511 8405-323/-361,  
E-Mail: info@kzvn.de**

---

Antragsformulare können entweder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen angefordert oder unter [www.kzvn.de](http://www.kzvn.de) als PDF-Dokument heruntergeladen werden. Bitte achten Sie darauf, bei der Einreichung der Anträge zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit sämtliche in § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) aufgeführten Unterlagen beizufügen.

## GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig. Bitte achten Sie bei entsprechenden Anträgen darauf, den Gesellschaftsvertrag spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

## VERLEGUNGEN

Nach § 24 Abs. 7 ZV-Z ist im Falle einer Verlegung des Vertragszahnarztsitzes grundsätzlich ein entsprechender Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.



© diego cervo / iStockphoto.com

## SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	05.02.2018
Sitzungstermin	07.03.2018
Abgabe bis	11.05.2018
Sitzungstermin	13.06.2018
Abgabe bis	13.08.2018
Sitzungstermin	12.09.2018
Abgabe bis	22.10.2018
Sitzungstermin	21.11.2018

Alle Anträge an den Zulassungsausschuss Niedersachsen sind unter Beifügung sämtlicher erforderlicher Unterlagen rechtzeitig bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover, in Urschrift und eigenhändig unterschrieben einzureichen.

## HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

### a) Vertragszahnärzte

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf den Inseln Baltrum und Norderney vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel 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

### b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

#### Verwaltungsstelle Göttingen

- ▶ Planungsbereich Landkreis Holzminde: Der Planungsbereich Landkreis Holzminde mit 10.773 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1 % versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Göttingen der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jürgen Wenzel, Ludwig-Prandtl-Straße 28, 37077 Göttingen, Tel.: 0551 307140, Fax: 0551 3071420, E-Mail: goettingen@kzvn.de

#### Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.598 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,4 % versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN, Vorsitzende: Zahnärztin Silke Lange, Bloher Landstraße 24, 26160 Bad Zwischenahn, Tel.: 0441 6990288, Fax: 0441 691650, E-Mail: oldenburg@kzvn.de

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Aurich: Der Planungsbereich Landkreis Aurich mit 32.311 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 49,5 % versorgt.

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 15.01.2018

## ZKN AMTLICH

### UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Dietmar Neumann ..... Nr. 7914  
 Lisa Piecha ..... Nr. 9061  
 Dr. Eckard Lausecker ..... Nr. 2617  
 Dr. Imke Nanninga ..... Nr. 7298

wurden verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

\_\_\_\_\_ZKN

## STELLENMARKT

**Kieferorthopädische Praxis**  
sucht Zahnärztin/Zahnarzt mit Interesse am Fachgebiet KFO (Vorkenntnisse sind nicht erforderlich aber wünschenswert). (30 km südlich von Bremen)  
Tel.: 0172 4527024

**Region Hannover/Kreis Celle**  
Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams ab 1.4.2018 od. später für langfristige Zusammenarbeit gesucht!  
Bewerb./Infos: suche.ZA@gmx.de

**Göttingen u. Umgebung**  
ZA, Dr. übernehme nach Praxisabgabe Vertretung bzw. Teilzeitjob, Kompetenz in allen Bereichen d. ZMK außer KFO.  
Bei Interesse:  
kl\_prinz@gmx.de

**Teilzeit Raum Hannover/SHG**  
Suche Kollege/in mit dt. Examen und BE, für langfristige Anstellung. Spätere Sozietät möglich.  
Weitere Info/Bewerbung an:  
dr.pfingsten@t-online.de

**Müden/Aller Raum BS-CE-GF**  
Etablierte Praxis, 3 ZÄ, sucht ab 1.7.2018 oder später ZA/ZÄ, angestellt oder Partnerschaft.  
Gerne senden wir Ihnen weitere Informationen  
behnke-mueden@t-online.de

**Hameln/Nähe Zentrum**  
Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams zu sofort gesucht für langfristig.  
Bewerbung an:  
dr.h.verdi@mail.com

## VERKAUF

**KFO-Praxis Region Hannover**  
Etablierte KFO-Praxis in 2018/2019 abzugeben.  
Tel.: 01577 877 3928

**Praxis Hannover Zentrum**  
Moderne, gut geführte Praxis, 3 BHZ, hoher Privatanteil, moderate Miete, hochmotiviertes Team mit Übergabezeit zum Herbst 2018 abzugeben. Tel. 0511 1318265  
dr.m.fedder@gmail.com

**Friesland-Zetel (PLZ 26340)**  
Etablierte, digitalisierte Praxis abzugeben. 2 BHZ (auf drei erweiterbar), ca. 150 qm.  
Einarbeitung möglich.  
ewpk2@t-online.de

**Praxisabgabe in Delmenhorst**  
Existenzsich. Praxis, 3BHZ, Labor, erfahrenes Team, Implantologie, Innenstadt/eigene Parkplätze, für 2 Behandler geeignet.  
praxisuebergabe2018@hotmail.com

**Praxis in Nordseenähe**  
Hallo Kolleginnen und Kollegen rein in die Selbstständigkeit. Ich übergebe meine erfolgreiche Praxis in sorgfältige Hände. Man wird hier gebraucht.  
zukunft.im.norden@t-online.de

**ZA-Praxis in Helmstedt**  
Etablierte, umsatzstarke ZA-Praxis in 2018/2019 abzugeben.  
Tel.: 05351 8241

**Praxisauflösung**  
2xM1, Vacuclav 40B, Dürr XR24, Siemens OPG 10, Kleinröntgen Trophy, Rezeption, Dampfsoft-Programm, Kleinteile.  
Tel.: 0151 50975857 ab 20 Uhr.

## VERSCHIEDENES

**Praxisräume für KFO in Celle**  
160 oder 210 m<sup>2</sup> in Bestlage ab Juli 2018 zu vermieten.  
Dr. Günter Pütz  
Tel.: 0511 775207 oder  
dr.puetz@gmx.de

**Lassen Sie uns im Kontakt bleiben:**

## ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

Kennen und nutzen Sie schon den Newsletter Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen? Mit dem Newsletter bekommen Sie zeitnah die Informationen, die Ihnen in Ihrer Praxis nutzen. Und Ihre Zahnärztekammer hat damit die aktuell schnellste und zudem wirtschaftlichste Möglichkeit, um Sie und Ihre Praxisteams zu informieren.

Und zwar mit Informationen wie:

- ▶ Aktuelles aus Praxisbegehung & Co.
- ▶ Geldwerte Tipps und interessante Seiten im Internet
- ▶ Aktuelle Fortbildungs-/ Schulungsangebote
- ▶ Aktuelle Rechtsprechung mit sofortiger Praxisrelevanz
- ▶ Wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen u.v.m.

Ihre Anmeldung zum Newsletter ist ruck-zuck erledigt:

<https://zkn.de/publikationen/zkn-newsletter.html>

Wir sind gerne für Sie da und mit dem Newsletter so schnell wie möglich!





## *Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung Hannover 06./07. April 2018*

### *Tagungswochenende für zahnärztliche Berufseinsteiger in Niedersachsen mit den Themen:*

- Zulassungsrecht, Vor- und Nachteile von Kooperationsformen • Ausbildung und Arbeitsverträge für Mitarbeiter/-innen • Das Patientenrechtgesetz – Informationspflichten, Aufklärung und Dokumentation
- Beruf, Familie und Schwangerschaft • QM und Hygiene in der Zahnarztpraxis – was ist wichtig beim Neustart? • Notwendige Verträge rund um die Praxis Mietvertrag, Gesellschaftervertrag, Ehevertrag
- Tipps zur Finanzierung einer Praxis • Zahnarztpraxis betriebswirtschaftlich führen – Steuerliche Optimierung bei Praxisgründung/-übernahme • Der angestellte Zahnarzt – Chancen und Möglichkeiten
- Das Praxisteam zu Hochleistungen motivieren – Teamentwicklung und Mitarbeiterführung in der Zahnarztpraxis • Der Kaufpreis einer Zahnarztpraxis – Der ideelle und der materielle Wert
- Das Antikorruptionsgesetz – Tipps zu Strafbarkeitsrisiken in der Praxis



Weitere Informationen: KZVN-Fortbildungen | Telefon 0511 8405-233 | Telefax 0511 837267  
E-Mail: [info@kzvn.de](mailto:info@kzvn.de) | [www.kzvn.de](http://www.kzvn.de)