



Viele Vorhaben und mächtig Tempo

SPAHNS START IN DAS JAHR 2019 – S. 4 ff

8 Rechtsaufsicht für
die G-BA-
Methodenbewertung?



11 Konsequenzen für
Zahnärzte/-innen bei
„hartem“ Brexit



12 Gesundheitsdaten:
Digitalisierung weiter
denken als bis zum
„Kirchturm“



22 Effekt des zweimaligen
Zähneputzens auf die
dentale Plaqueentfernung
bei jungen Senioren



Veranstaltungstermine für Auszubildende

Prüfungsvorbereitungskurse
zur Sommerprüfung 2019



Bereich
Abrechnungswesen



Bereich
Behandlungsassistenz



Bereich Verwaltung
(Praxisorganisation und
-verwaltung, WiSo)

*Save the
Date*

ZKN

Onlineanmeldung unter www.zkn.de

Abgehängt?

Das Jahr hat wiederum mit einem Feuerwerk begonnen, die Neujahrsempfänge bleiben in Erinnerung, die schönen Worte und guten Gespräche begleiten unsere Gedanken noch eine Weile. Kaum eine Veranstaltung, kaum eine Rede klammert derzeit das Thema „Digitalisierung“ aus – es beherrscht die Szene und wird zum Synonym für Innovation und Fortschritt. Industrie, Gewerbe, Verkehr, Dienstleistungen und natürlich auch die Zahnmedizin befinden sich in einem Umbruch. In der technischen Umsetzung ist die Geschwindigkeit so hoch, dass die gesellschaftliche Auseinandersetzung über die dringend zu führende Diskussion und Wertedefinition zu Big Data, informationeller Selbstbestimmung usw. nicht mehr mithält.

Ungemach droht nun auch aus dem Ministerium des Mannes, den Sie auf der Titelseite abgebildet sehen: Viele Vorhaben und mächtig Tempo heißt seine Devise. Kaum sind die Pflöcke für die TI eingeschlagen, so werden im Omnibus-Verfahren über das TSVG Gesetzesvorhaben weitere strategisch geplante Vorhaben eingefordert, die auch ihren Praxisalltag verändern werden. Wer uns zum Digitalweltmeister machen möchte, schreckt eben nicht davor zurück, den Krankenkassen vorzuschreiben, ab Dezember dieses Jahres die sogenannten NFC-Chips in die eGK zu integrieren. Das Bundesministerium für Gesundheit wird zum Mehrheitsgesellschafter der gematik bestimmt und über alle Regeln der Selbstverwaltung hinweg wird eine „Verordnungsermächtigung“ für neue Leistungen der GKV eingefordert.

Die Einführung einer modernen Telematikinfrastruktur war der Wunsch vieler Politikergenerationen und auch der Krankenkassen. Auf Seiten der Leistungserbringer überwog in den zurückliegenden Jahren die Kritik bis hin zur völligen Inakzeptanz. Das gehört jetzt der Vergangenheit an, denn bis zur Jahresmitte muss jede Praxis angeschlossen sein.



*Dr. Jürgen Hadenfeldt
stellvertr. Vorsitzender der KZVN*

Was wird mit den Verweigerern passieren? Haben Sie sich dann vom Fortschritt abgehängt?

Wir als Ihre Ständesvertretung werden diese Praxen auf jeden Fall nicht abhängen, auch wenn wir die gesetzlichen Vorgaben wie z.B. die Sanktionierung mit Honorarkürzung umsetzen müssen.

Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen sich entscheiden, ob Sie sich dem Risiko aussetzen wollen, im zukünftigen Praxisalltag durch die Vorgaben der Politik abgehängt zu werden. Die Entscheidung für oder gegen die Telematik und die Digitalisierung in Ihren Praxen können wir Ihnen nicht abnehmen. ■

*Dr. Jürgen Hadenfeldt
stellvertr. Vorsitzender der KZVN*

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 54. 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

Redaktionsassistenz

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

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 04/19: 12. März 2019

Heft 05/19: 9. April 2019

Heft 06/19: 14. Mai 2019

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage bei:

► Fragebogen Zahnärztliche Behindertenhilfe

Wir bitten um freundliche Beachtung.



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





LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt: Abgehängt?

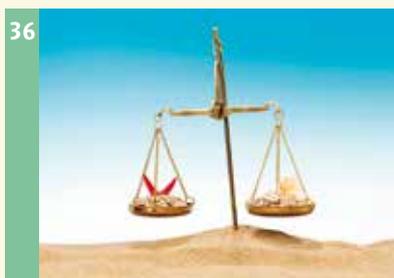
POLITISCHES

- 4 Viele Vorhaben und mächtig Tempo Bundesgesundheitsminister Spahns Start in das Jahr 2019
- 6 EuGH: grünes Licht für Anerkennung Doppelstudium Medizin und Zahnmedizin
- 8 Rechtsaufsicht für die G-BA-Methodenbewertung? Spahn will G-BA-Verfahren beschleunigen und „Leitplanken“ vorgeben
- 11 Konsequenzen für Zahnärzte/-innen bei „hartem“ Brexit
- 12 Gesundheitsdaten: Digitalisierung weiter denken als bis zum „Kirchturm“
- 14 Vertragszahnärztliche Zahl des Monats: 919.000
- 15 Jetzt bestellen Gespräch über den aktuellen Stand der Telematikinfrastruktur (TI)
- 18 Offener Brief



FACHLICHES

- 22 Effekt des zweimaligen Zähneputzens auf die dentale Plaqueentfernung bei jungen Senioren
- 32 Von der Zahn- zur Mundmedizin Die Zukunft der Prophylaxe
- 34 Wann sind Einwilligungserklärungen in der Zahnarztpraxis erforderlich? Weniger ist manchmal mehr!
- 35 Vorsicht Falle bei der Stellenausschreibung
- 36 Kein automatischer Verfall des Resturlaubs/Urlaubsanspruch ist vererblich
- 38 „Heimbetreuung von A-Z“ Bericht vom ZAN-Seminar mit Dr. Cornelius Haffner, München
- 39 40 Jahre „Klinische Demonstration der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der MHH“
- 40 Seniorennachmittag der Bezirksstelle Braunschweig



TERMINLICHES

- 41 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 42 ZAN-Seminarprogramm
- 43 Termine

PERSÖNLICHES

- 44 Unser Präsident Henner Bunke wurde 60 – herzlichen Glückwunsch!
- 44 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 44 Wir trauern um unsere Kollegin und unseren Kollegen

AMTLICHES

- 45 Neuzulassungen
- 46 Niederlassungshinweise
- 47 Ungültige Zahnarzteausweise

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen





Viele Vorhaben und mächtig Tempo

BUNDESGESUNDHEITSMINISTER SPAHNS START IN DAS JAHR 2019

gid Nr 1, 14.01.2019

Ab dem 14. Januar fährt die Arbeit der gesundheitspolitischen Akteure endgültig auf Betriebstemperatur. Mitten im Gesetzgebungsverfahren zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) (BT-Drs. 19/6337) und anderen wichtigen Vorhaben der Bundesregierung im Gesundheitsbereich hatten die Weihnachts- und Neujahrstage dem hektischen Treiben eine kurze Ruhepause vergönnt. Im Akut-Bearbeitungsmodus befinden sich neben dem TSVG das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, das noch im Vorbereitungsstadium für das Gesetzgebungsverfahren steht (Referentenentwurf) oder auch die geplante Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung. Nicht zu vergessen ist die Reform der Notfallversorgung, die Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (CDU) im Dezember vorgestellt hatte wie auch die Apothekenreform, deren Umriss Spahn noch kurz vor Weihnachten bekannt gab.

Daneben warten gesetzliche Krankenkassen händeringend auf die sogar gesetzgeberisch avisierte Reform des Risikostrukturausgleichs. Und wäre all das noch nicht genug, haben die emsig arbeitenden Mitarbeiter des Bundesgesundheitsministeriums, die schon in der Ägide des legendären Baumeisters des Sozialgesetzbuchs V, Staatssekretär Karl Jung, nicht nur ferien- und feiertags-antizyklisch, sondern durchgängig Höchstleistungen zeigen mussten, die Reform der Psychotherapeuten-Ausbildung für ihren Minister präsentationsfertig aufbereitet, der Referentenentwurf ist am 3. Januar an die Beteiligten versendet worden. Das muss mit Hochachtung gegenüber den BMG-Mitarbeitern erwähnt werden, unabhängig davon wie die gesundheitspolitische Bewertung der gesetzgeberischen Projekte ausfällt.

In gesundheitspolitischen Vorhaben wie dem TSVG stecken weitere im Omnibus mitfahrende Gesetzgebungen wie die Heilmittelreform oder auch die Hilfsmittelreform, kleine

und größere treten noch hinzu, die öffentliche Anhörung am 16. Januar und eine zweite Anhörung am 11. Februar zum TSVG, aufgrund der vielen weiteren auch fachfremden Änderungen sind anberaunt.

Und auch das Thema Pflege steht nach wie vor in Großbuchstaben auf der Agenda. Das fehlende Pflege-Personal bleibt ein Dauerthema, dem sich der Bundesgesundheitsminister, wie er aktuell angekündigt hat, durch weitere Maßnahmen Mitte dieses Jahres annehmen will. Das Versprechen der Pflegeversicherung als in der Geschichte der Sozialversicherung geschaffenen weiteren „Säule“, das Hab und Gut der Wenigerbetuchten zugriffssicher durch die „Teilkasko“ zu machen, befindet sich in Erosion. Und die große Welle der „Babyboomer“ rollt nun absehbar auf die Pflegeversicherungssysteme zu. Wertvolle Jahre sind außerdem verstrichen, weil die Unionsführung zu Regierungszeiten der Kleinen Koalition mit der FDP Initiativen der damaligen Bundesgesundheitsminister (Philipp Rösler und Daniel Bahr, Kabinett Merkel II, 2009 bis 2013) im Bereich Pflege wohl auch, wo es möglich war, stutzte, um den kleinen Koalitionspartner möglichst politisch auch klein zu halten.

Für Jens Spahn persönlich hat das neue Jahr durchaus hinsichtlich der eigenen politischen Karriere verheißungsvoll begonnen. Als Strategie, von dem manch alter Hase durchaus noch etwas lernen kann, hat er auch im letzten Jahr brilliert. Mit großem Engagement und Souveränität hat er den Präsentationsmarathon auf den Regionalkonferenzen der CDU in Konkurrenz zu Annegret Kramp-Karrenbauer und Friedrich Merz in Bewerbung um den CDU-Bundesvorsitz absolviert. Im Nachhinein kann man fast vermuten, die Bemühungen des schon frühzeitig weit abgeschlagenen Spahn hätten in Wahrheit auf einen sicheren Platz im CDU-Präsidium abgezielt. Immerhin hat Spahn mit seiner grandiosen Rede auf dem CDU-Parteitag, in der er die Rolle des Verlierers in die des unbeugsamen kraftvollen Kämpfers und Strategen ohne Fehl und Tadel für die Sache der CDU transformierte, die besten Abstimmungswerte für einen Sitz im obersten Machtgremium der CDU erzielt. Nur sieben Mitglieder können in das Präsidium gewählt werden, das für den CDU-Bundesvorstand die Geschäfte führt. Man erinnere sich: Auf dem letzten CDU-Parteitag, in dem die Wahl ins Präsidium anstand, hat Spahn den Ersteinzug ins Präsidium noch durch die Rolle des innerparteilichen Oppositionsführers so gerade geschafft, der bereit war, den Unzufriedenen seiner Partei eine Stimme zu verleihen und der Parteivorsitzenden Angela Merkel die Stirn zu bieten. Nun ist neben dem sicheren Platz im Präsidium Spahns Bekanntheitsgrad enorm gestiegen – welcher Bundesgesundheitsminister hat, noch in der Ausübung dieses Amtes, je so eine öffentliche Aufmerksamkeit besessen.

Der Bundesgesundheitsminister hat sich an die von ihm nicht verhandelten Vereinbarungen im Koalitionsvertrag gehalten, seine Vertragstreue hat der für Gesundheit zuständige stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Professor Karl Lauterbach MdB, schon mehrfach ausdrücklich gelobt. Lauterbach hat es auch während dieser Koalitionsverhandlungen meisterlich verstanden, tatsächlich „viel SPD“ in der Gesundheitspolitik unterzubringen. Die Bürgerversicherung ist für die SPD in der Gesundheitspolitik zu einem veritablen Verhandlungsschatz geworden, ihre Verhinderung verlangt der Union hohe Zugeständnisse ab. Auch wenn die Union manch inhaltliche Schwäche oder für sie unangenehme Politikmaßnahmen bequem hinter diesem argumentativen Schutzschild verbergen kann.

Auch Jens Spahn kann offensichtlich bedauerlicherweise der Versuchung nicht widerstehen, den Einfluss des Staates weiter auszudehnen und die Selbstverwaltung zu beschneiden, wenn auch vielleicht teils unter völlig anderem politischen Kalkül und nicht nur aus „Koalitionstreue“ (siehe dazu die weiteren Beiträge in dieser Ausgabe). Dazu passend werden ebenfalls die Länderrechte immer weiter ausgedehnt, demnächst werden die Länder wohl sogar, analog zu den Rechten der Patientenvertretung, im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberaten. Der Dambruch beim DRG-System dürfte kaum aufzuhalten sein – nun fordern nicht nur weitere Institute, um nicht in Richtung Krankenhäuser pflegerisch auszubluten, wie die REHA-Einrichtungen, sondern auch weitere Gesundheitsberufe in den Kliniken selbst zum Klinik-Pflegepersonal analoge Vergütungs-Regelungen. Auch scheut Spahn sich nicht, ähnlich wie sein Vorgänger Hermann Gröhe, der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhafte neue Ausgabenlasten aufzubürden.

Die Gemengelage der gesundheitspolitischen Gesetzgebung ist komplex. Es gibt Maßnahmen in der Kategorie des gesundheitspolitischen Notfalls wie Teile der Pflegegesetzgebung. Weitere, die aus gesundheitspolitischen Erblasten notwendig sind wie die Erhöhung des Pflegebeitrags. Welche, die der SPD zuzuschreiben sind wie die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Welche, die dem Ländereinfluss zuzuordnen sind wie Teile der Krankenhausgesetzgebung; welche die die Unions-Handschrift tragen wie beispielsweise ebenfalls Teile der Pflegegesetzgebung und welche, die offenbar zusätzlich erkennbar einen von Jens Spahn angestoßenen Kurswechsel einleiten sollen wie vielleicht der aktuelle Vorstoß in Sachen Ministerermächtigung, aber in jedem Fall die Forcierung der Digitalisierung.

Der 17. Januar ist ein Schicksalstag für die ABDA – wird sich doch dann entscheiden, ob die Eckpunkte des ►►

► Bundesgesundheitsministers, insbesondere die avisierten Maßnahmen hinsichtlich des Versandhandels grundsätzlich auf Ablehnung oder Zustimmung stoßen. Immer mehr ABDA-Mitglieder bestehen offenbar auf einem Versandhandelsverbot. Auch für Bundesgesundheitsminister Spahn ist dieses Ergebnis nicht nur fachlich relevant, organisierter Unmut bei den Apothekern dürfte gerade vor der anstehenden Europawahl und auch den weiteren Landtagswahlen in diesem Jahr sehr ungemütlich werden. Die Apotheken- und Arzneimittelgesetzgebung dürfte in den kommenden Monaten mit in das Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion vorrücken.

Zu guter Letzt sollte auch die Digitalisierung noch einmal Erwähnung finden. Als Querschnittsthema ist sie partiell in einzelnen Gesetzgebungen wie dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, hier vor allem im Rahmen der Regelungen zur elektronischen Patientenakte und Gesundheitsakte, enthalten. In Anbetracht der für das Hochtechnologie-land Deutschland für den Einzelnen erfahrbar teils desaströsen Lage ist es nicht verwunderlich, dass die in jüngster Zeit von Jens Spahn mitunter flammend in den Raum geworfene Vision, Deutschland müsse „Digitalwelt-

meister“ werden, eher Frustrationen erzeugt. In der Glasfaservernetzung liegt Deutschland laut dem Publizisten Sascha Lobo gleichauf mit Angola (in dem nur 40 Prozent der Bevölkerung Zugang zu sauberem Trinkwasser haben). Hinzu kommt auch personelles Ungemach. Die Weigerung der ehemaligen Staatssekretärin von Bundesverteidigungsministerin Ursula von der Leyen, Katrin Suder, im Gegensatz zur ihrer früheren Ministerin, dem Verteidigungsausschuss nicht in einer Berateraffäre persönlich Rede und Antwort stehen zu wollen, hat zur Einsetzung eines Untersuchungsausschusses geführt. Ob Katrin Suder damit als Vorsitzende des Digitalrats noch haltbar ist, wird derzeit öffentlich diskutiert. Die Sache selbst steht damit ungesund im Hintergrund.

In Betrachtung der skizzierten wie der vielen nicht angesprochenen Felder erweckt Spahns Gesundheitspolitik vom Tempo her den Eindruck, der Minister wolle bis zur Legislatur-Halbzeit den Koalitionsvertrag abgearbeitet haben. Bekanntlich wird die derzeit in den Umfragen am Boden liegende SPD (15 Prozent auf Bundesebene) dann in einer Grundsatzdebatte darüber beraten, ob eine Fortführung der GroKo opportun ist. ■

EuGH: grünes Licht für Anerkennung Doppelstudium Medizin und Zahnmedizin

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat im Dezember entschieden, dass jemand, der in einem EU-Land gleichzeitig Human- und Zahnmedizin studiert hat, europaweit mit beiden Abschlüssen tätig werden darf (Rechtssache C 675/17). Voraussetzung ist, dass Dauer, Niveau und Qualität der Studiengänge jeweils einer Vollzeitausbildung entsprechen.

Im Ausgangsfall hatte ein italienischer Staatsangehöriger ab 2004 in Innsbruck Zahnmedizin, ab 2006 dort auch Humanmedizin studiert und 2013 bzw. 2014 abgeschlossen. Dabei konnte er teilweise Studieninhalte für beide Fächer verwenden. 2013 wurde sein zahnmedizinischer Abschluss in Italien anerkannt, die

Anerkennung des medizinischen Abschlusses 2014 jedoch verweigert, da es die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie nicht vorsehe, dass eine Person gleichzeitig zwei Ausbildungen absolviere. Die EuGH-Richter teilten diese Ansicht nicht. Entscheidend seien die Mindestanforderungen.

Der Gerichtshof hob hervor, dass es dem EU-Mitgliedstaat, in dem das Studium erfolgt, und nicht dem Aufnahmemitgliedstaat obliege, sicherzustellen, dass Dauer, Niveau und Qualität den europäischen Vorgaben entsprechen: <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2018-12/cp180188de.pdf> ■

_____ BZÄK-Klartext 01, 30.01.2019

Einreichungs- und Zahlungstermine

2019

Februar / März / April / Mai

FEBRUAR	MÄRZ	APRIL	MAI
01 FR	01 FR	01 MO	01 MI <small>Tag der Arbeit</small>
02 SA	02 SA	02 DI	02 DO
03 SO	03 SO	03 MI	03 FR
04 MO	04 MO	04 DO	04 SA
05 DI	05 DI	05 FR	05 SO
06 MI	06 MI	06 SA	06 MO
07 DO	07 DO	07 SO	07 DI
08 FR	08 FR	08 MO	08 MI
09 SA	09 SA	09 DI	09 DO
10 SO	10 SO	10 MI	10 FR
11 MO	11 MO	11 DO	11 SA
12 DI	12 DI	12 FR	12 SO
13 MI	13 MI	13 SA	13 MO
14 DO	14 DO	14 SO	14 DI
15 FR	15 FR	15 MO	15 MI
16 SA	16 SA	16 DI	16 DO
17 SO	17 SO	17 MI	17 FR
18 MO	18 MO	18 DO	18 SA
19 DI	19 DI	19 FR <small>Karfreitag</small>	19 SO
20 MI	20 MI	20 SA	20 MO
21 DO	21 DO	21 SO <small>Ostersonntag</small>	21 DI
22 FR	22 FR	22 MO <small>Ostermontag</small>	22 MI
23 SA	23 SA	23 DI	23 DO
24 SO	24 SO	24 MI	24 FR
25 MO	25 MO	25 DO	25 SA
26 DI	26 DI	26 FR	26 SO
27 MI	27 MI	27 SA	27 MO
28 DO	28 DO	28 SO	28 DI
	29 FR	29 MO	29 MI
	30 SA	30 DI	30 DO <small>Christi Himmelfahrt</small>
	31 SO		31 FR



Fotos: © Boris Stroujko, Petair/Fotolia.com

Rechtsaufsicht für die G-BA-Methodenbewertung?

SPAHN WILL G-BA-VERFAHREN BESCHLEUNIGEN UND „LEITPLANKEN“ VORGEBEN

gid, 29.01.2019

Der Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) (BT-Drs. 19/6337) enthält einige weitere Gesetzgebungsverfahren, die im Omnibus dieses Gesetzes „mitfahren“ und, wenn sie nicht im Gesetzentwurf enthalten sind, durch so genannte Änderungsanträge in das Gesetzgebungsverfahren aufgenommen werden. Da das TSVG zusammen mit den fachfremden Änderungsanträgen erheblich angewachsen ist – es gibt jetzt teils von der Bedeutung her bedeutsame Gesetzgebungsverfahren im Rahmen des Gesetzgebungs-

verfahrens zum TSVG – findet am 13. Februar eine weitere öffentliche Anhörung durch den Bundestagsgesundheitsausschuss statt. Nichtsdestotrotz hört man mitunter schon Kritik auch aus den Reihen der Politik an diesem Vorgehen Spahns, denn ob der Fülle der laufenden weiteren Verfahren ist es kaum möglich, die Bedeutung wesentlicher Änderungen ausreichend zu beleuchten. Schließlich stehen dem im Verhältnis gewaltigen Apparat des Bundesgesundheitsministers nur wenige Mitarbeiter auf Seiten der Abgeordneten gegenüber. In diesem Zusammenhang stellt sich mitunter die Frage, wer hier eigentlich der „Gesetz-

Geber“ ist. Dieser Frage hat die Gesundheitspolitik aber auch schon in der Ära von SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt beschäftigt und dürfte wohl in den Zeiten offensiver Pragmatik eher eine akademische sein. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (CDU) hatte in einem Entwurf eines Änderungsantrags zum geplanten TSVG vorgeschlagen, dem Gesetzgeber in Ausnahmefällen zu erlauben, auch unabhängig vom Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses den Leistungskatalog zu bestimmen. Laut Bundesgesundheitsministerium wird dieser Plan zurückgezogen, er hatte hohe Wellen in der Gesundheitspolitik geschlagen.

Doch Jens Spahn macht sich offenbar weiterhin auf den Weg, der Gesundheitspolitik einen eigenen Stempel aufzudrücken und nicht rein administrativ die Vorgaben des Koalitionsvertrags von CDU, CSU und SPD in seinem Bereich umzusetzen. Der Bundesgesundheitsminister will nicht nur die Verfahren im G-BA künftig deutlich beschleunigen, das entspricht noch weitgehend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag. Er will darüber hinaus eine Verordnungsermächtigung zur Methodenbewertung bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden implementieren. Zusätzlich will der Bundesgesundheitsminister per Rechtsverordnung die Aufnahme der Liposuktion (Fettabsaugung) bei Lipodämie (Fettverteilungsstörung) in der Versorgung regeln. (Zu allen genannten Punkten gibt es detailliertere Informationen weiter unten in diesem Beitrag).

Insbesondere die Verordnungsermächtigung zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in einem Entwurf eines Änderungsantrags formuliert ist, bewirkt de facto eine Entmachtung des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. der Selbstverwaltung. Der Entwurf muss noch in den Arbeitsgruppen Gesundheit der Koalitionsparteien beraten werden, doch ist es durchaus möglich, dass er mit den zuständigen Spitzen der SPD-Bundestagsfraktion schon vereinbart wurde.

Die Beschleunigung der G-BA-Verfahren durch den Gesetzgeber könnte noch im Sinne des unparteiischen GBA-Vorsitzenden, Professor Josef Hecken, sein, der selbst schon auf einer Anhörung deren Notwendigkeit angesprochen hatte. Mit Spahns Weg zu diesem Ziel könnte er sich vielleicht arrangieren.

Die geplanten Rechtsverordnungen bedeuten aber einen erheblichen „fachlichen“ Eingriff des Bundesgesundheitsministers. Eine Verordnungsermächtigung für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den §§ 135 sowie 137c heißt übersetzt, dass der Bundesgesundheitsminister für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 135 SGB V) sowie die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der stationären Versorgung (§ 137c) künftig Vorgaben machen will, die derzeit der G-BA in seiner

Verfahrensordnung festlegt. (Zu den Details siehe weiter unten in diesem Beitrag.) „Dies betrifft insbesondere Vorgaben, mit denen die Maßstäbe der Bewertung nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin näher konkretisiert werden“, heißt es in der Begründung des Entwurfs. Der „Abwägungsprozess“ im G-BA werde damit „vorstrukturiert“, auch „durch konkrete Vorgaben an das jeweils angemessene Evidenzniveau“. „Durch entsprechende „Leitplanken“ in der Rechtsverordnung können die Entscheidungsprozesse des G-BA wesentlich beschleunigt werden, weil kontroverse und oftmals langwierige Beratungen im G-BA über die Frage der jeweils zu fordernden wissenschaftlichen Erkenntnisse damit künftig vermieden werden können“, fährt die Begründung fort. Die Rechtsverordnung könne außerdem Kriterien regeln, nach denen bestimmt werde, ob es sich bei einer medizinischen Vorgehensweise überhaupt um eine neue Methode handele. Davon hängt nämlich ab, ob sie gegebenenfalls ohne „Anerkennungsentscheidung“ in die vertragsärztliche Versorgung übernommen werden kann. Als Vorbild für diese Idee der Verordnungsermächtigung diene die Ermächtigung im Bereich der Nutzenbewertung für Arzneimittel nach § 35a SGB V, ist der Begründung außerdem zu entnehmen. Das will verdeutlichen: Spahn begibt sich in der Rolle der „Fachaufsicht“ also nicht auf unberührtes Gebiet, sondern das SGB V ist an einigen, wenn auch wenigen Stellen eben nicht mehr vom ausschließlichen Gedanken der „Rechtsaufsicht“ getragen.

Legitimation der Beschlüsse des G-BA durch vorgelagerte Rechtsverordnungen zu schaffen, sind Optionen, die im Rahmen der Fragestellungen der demokratischen Legitimation des G-BA diskutiert werden. Spahn geht es eben nicht nur um konkretes Ungemach wie bei der Frage der Liposuktion als Leistung der GKV, auf das er die öffentliche Diskussion fokussiert, sondern er beabsichtigt mehr Steuerung der Selbstverwaltung. Dafür könnte er durchaus eine Allianz der Zustimmung nicht nur mit der SPD, sondern auch mit den Grünen erreichen, wenn auch mit unterschiedlichen Motivationshintergründen. Während Grüne und SPD um die Patienten bzw. Patientenorganisationen und deren (manches Mal nach deren Auffassung im G-BA zu kurz kommende) Anliegen bemüht sind, dürfte Spahn eher strukturpolitische Ziele verfolgen.

Auch will Spahn vielleicht den wohl mit dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Professor Josef Hecken, vereinbarten Weg, eine schnelle durch den G-BA befristete Einführung der Leistung für die schweren Lipödem-Fälle (Stadium 3) nicht unbedingt so gehen. Er hatte zwar gegenüber der Funke-Mediengruppe einen entsprechenden Vorschlag Heckens begrüßt (weitere detaillierte Informationen dazu weiter unten in diesem Beitrag), doch wohl trotzdem den Entwurf für eine Änderung auf den Weg gebracht, der eine Aufnahme der Liposuktion ►►

► bei Lipödem in die GKV-Versorgung per Rechtsverordnung durch den Minister vorsieht. Der konkrete Fall mit all seinem erheblichen Leid birgt „gelöst durch eine Rechtsverordnung“ dennoch die Gefahr, dass demnächst weitere Patientengruppen im BMG den (moralischen) „Anspruch“ erheben könnten, ihr Krankheitsbild unmittelbar durch den Bundesgesundheitsminister per Rechtsverordnung geregelt sehen zu wollen. Schon hört man von weiteren Krankheitsbildern mit ähnlich gelagerter Problematik. Der Druck auf Politiker dürfte in dieser Hinsicht zunehmen, denen bislang der breite Rücken des G-BA solche Diskussionen ersparte, die in ihrer öffentlich geführten Dramatik im Zeitalter der schnellen Informationsverbreitung durchaus eskalieren können. Das könnte in eine „Rechtsverordnungs-Kasuistik“ münden.

Über kurz oder lang dürfte grundsätzlich wieder die Frage nach einer größeren Beteiligung der Patientenbank im G-BA im Raum stehen, die auch schon vorsichtig von der SPD und offensiv von den Grünen angesprochen wird. Im Rahmen der Diskussion um die Ministerermächtigung hinsichtlich der Liposuktion hatte Martin Danner, Geschäftsführer der BAG-Selbsthilfe, den Vorschlag in die Diskussion gebracht, dass „als Voraussetzung für eine Ersatzvornahme durch das Ministerium gesetzlich festgelegt werden sollte, dass das in Rede stehende Bewertungsverfahren ursprünglich durch einen Antrag der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V in Gang gesetzt wurde und dass eben diese Organisationen nach einer ablehnenden Entscheidung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss das Bundesministerium für Gesundheit durch einen einvernehmlichen Beschluss mit der Bitte um Entscheidung anrufen könnten“. (Der ausführliche Vorschlag liegt dem gid vor.)

Das Inkrafttreten des geplanten TSVG ist auf den 1. Mai verschoben, dieser Termin ist mittlerweile „amtlich“. Im weiteren parlamentarischen Verfahren des TSVG dürfte sich ein Schwerpunkt der Diskussion um die Rolle der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss und die Frage der Beschleunigung und der Bewertungsstruktur seiner Verfahren der Methodenbewertung im ambulanten und stationären Bereich drehen.

Zu einzelnen Punkten des geplanten Änderungsantrags:

- Die Methodenbewertungsverfahren für die vertrags(zahn)ärztliche (§135 SGB V) und stationäre Versorgung (§ 137c SGB V) sind laut der Begründung in dem Entwurf des Bundesgesundheitsministers jeweils innerhalb von zwei Jahren abzuschließen und nicht wie bislang innerhalb von drei Jahren. Ausnahmeregelungen entfallen vollständig. Fasst der G-BA in dieser Zeit keinen Beschluss, so kann das BMG im Wege der Rechtsverordnung auf Grundlage des (neuen) § 91b SGB V (siehe den nächsten Punkt in diesem Beitrag) über die Aufnahme der Methode in der vertrags(zahn)ärztlichen

Versorgung entscheiden und Vorgaben für die Erbringung der Leistung regeln (befristeter Zeitraum, Qualität, Vergütung). Dasselbe gilt analog für die Erbringbarkeit einer Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung. Das BMG kann Institute der Selbstverwaltung in Anspruch nehmen. Die Änderungen sollen der Beschleunigung der Bewertung und der Aufnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung oder Krankenhausbehandlung dienen, kann man dem Entwurf entnehmen. „Dies wird insbesondere solche Methoden betreffen, die nach Auffassung der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der Patientenorganisationen als unbedingt erforderlich eingeschätzt werden“, wird in der Begründung erläutert. Wird die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht abschließend durch das BMG geregelt (Abrechnung nach GOÄ), was auch möglich sein soll, sollen die Bundesmantelvertragspartner die Vergütung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung regeln, bis dahin erfolgt die Abrechnung über die GOÄ. Die Regelungen für die Erbringbarkeit der Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung werden analog geregelt (Inanspruchnahme des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, etc.), das führt ein entsprechender Passus in dem Entwurf ausführlich aus.

- Ein neuer § 91b SGB V soll eine „Verordnungsermächtigung zur Neuordnung des Verfahrens der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Krankenhausversorgung“ implementieren, die es „ähnlich schon bisher im Bereich der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen“ (§ 35a SGB V) gibt, wie es in der Begründung dazu heißt. Das Bundesministerium für Gesundheit soll dort insbesondere folgendes regeln: Kriterien zur Bestimmung, ob es sich bei einer medizinischen Vorgehensweise um eine neue Methode im Sinne von § 135 Absatz 1 SGB V handelt. Weiterhin Vorgaben für die Anerkennung des Nutzens einer Methode einschließlich der Bewertungsmaßstäbe und des jeweils angemessenen Evidenzniveaus der wissenschaftlichen Erkenntnisse; Vorgaben für die Feststellung des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative einschließlich der Bewertungsmaßstäbe und des jeweils angemessenen Evidenzniveaus der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss dann seine Verfahrensordnung jeweils innerhalb eines Monats nach Inkrafttreten einer solchen Rechtsverordnung an deren Vorgaben anpassen. ■

Konsequenzen für Zahnärzte/-innen bei „hartem“ Brexit

Angesichts der Ablehnung des ausgehandelten Brexit-Vertrages zwischen dem Vereinigten Königreich (GB) und der Europäischen Union (27 Länder) durch das britische Parlament wächst die Besorgnis eines „ungeregelten“ (harten) Austritts. Welche Auswirkungen hätte das für die deutsche Zahnärzteschaft?

Arbeitsbedingungen für EU-Zahn-Ärzte in GB bzw. britische Kollegen/-innen in der EU

Gemäß der bisher gültigen Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG gegenüber Großbritannien und Nordirland werden die Berufsqualifikationen der Gesundheitsberufe innerhalb der EU gegenseitig anerkannt. Der Nachweis von Sprachkenntnissen erfolgt separat. Diese Regelung wird nach einem harten Brexit nicht mehr angewendet werden können.

Die Anerkennung von Berufsqualifikationen für Bürger der EU in GB ist dann unklar. Wer bereits eine Anerkennung besitzt und bereits innerhalb der EU bzw. GB tätig ist, behält diese weiterhin in dem betreffenden Staat.

Ist ein Antrag bereits vor dem Austrittsdatum bei einer Behörde des jeweiligen Aufnahme-/Arbeitsstaates gestellt, wird dieser noch nach EU-Recht bearbeitet (Termin beachten!) Nach einem unregelmäßigem Brexit gelten für britische Kollegen/-innen die allgemeinen Anerkennungsrichtlinien wie für alle Nicht-EU-Länder (d.h. Anerkennung durch Gleichwertigkeitsprüfungen).

Absicherung im Krankheits- und Pflegefall

Nach einem unregelmäßigem Brexit gelten die EU-Sozialkoordinierungsverordnungen sowie die Patientenmobilitätsrichtlinien gegenüber GB nicht mehr. Für den Fall eines „harten“ Brexits hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf mit Regelungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit (Kranken-, Pflege-, Unfallversicherung) vorbereitet, damit Mitglieder der deutschen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in GB sowie eventuelle Rückkehrer nach Deutschland weiterhin im Krankheits- und Pflegefall abgesichert werden.



Foto: © peterschreiber.media/Fotolia.com

Dieses Gesetz tritt nur im Falle eines unregelmäßigem Brexits in Kraft. Ansonsten haben sich die Verhandlungspartner darauf verständigt, dass EU-Bürger, die in GB leben, arbeiten oder studieren (und umgekehrt) und ihre Familienangehörigen über eine Übergangsphase (bis Ende 2020, einmalig verlängerbar bis 2022) Anspruch auf soziale Sicherheit/Koordinierung von Sozialversicherungsleistungen haben sollen. Ähnliche Verträge gibt es auch zwischen den Trägern der Privaten Krankenversicherung und britischen Institutionen (im Zweifel sollte das bei dem Versicherungsunternehmen nachgefragt werden).

Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten

Für den unregelmäßigem Austritt bereiten sich Handel und Industrie intensiv vor, um Engpässe bei der Versorgung der Patienten mit Medikamenten bzw. Medizinprodukten zu vermeiden. Sollte es gelingen, im Austrittsabkommen eine Übergangsfrist zu vereinbaren, dürfte die Problematik erheblich entschärft werden können.

Durch den Wegfall des Arbeitsanteils der britischen Zulassungsbehörde bei den europäischen Zulassungsverfahren sowie bei Genehmigungsverfahren klinischer Prüfungen werden in Zukunft auf beiden Seiten deutlich mehr Aufgaben anfallen. ■

_____ Dr. Karl-Hermann Karstens
Mitglied im ZKN-Vorstand



Foto: © kentoh/Fotolia.com

Gesundheitsdaten: Digitalisierung weiter denken als bis zum „Kirchturm“

A+S aktuell, 21.12.2018

Der Magdeburger CDU-Parlamentarier Tino Sorge MdB (43) ist seit Jahren dafür bekannt, dass er auch einmal querdenkt. Nicht immer zur Freude seiner Unionskollegen im Bundestagsausschuss für Gesundheit. Die aktuellen, vornehmlich ethisch geführten Diskussionen um die Neuordnung der Organspende nahm der Berichterstatter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft zum Anlass ein „Positionspapier für eine fortschrittliche Gesundheitsdatenpolitik“ vorzulegen. Es stammt vom 10. Dezember 2018, sickerte aber nur nach und nach in den entsprechenden politischen Kreisen durch, weil es wohl noch nicht in der Arbeitsgruppe Gesundheit der Fraktion behandelt wurde.

In dem Papier spricht sich der Volljurist für ein „Umdenken beim Umgang mit Gesundheitsdaten“ aus. Statt Panik vor Big Data sei endlich Mut zur „Datenspende“ gefragt,

normiert er. Mit klaren Spielregeln und Sanktionen im Missbrauchsfall. Auch fordert er, die „Expertise der Wirtschaft“ künftig stärker „einzubinden“. Das hat ihm schon den Vorwurf der Industrienähe eingetragen. Andererseits, ohne die Hilfe der Industrie bei den Konsortien der Krankenkassen zur Entwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) würde man heute immer noch auf die „Erfolge“ der Berliner gematik GmbH warten. Sorge normiert sechs Handlungsfelder, in denen etwas „passieren“ müsse und fordert letztendlich die Akteure zu nichts anderem auf, als über den jeweiligen Tellerrand zu blicken. Ginge es wohl nach Sorge, dann würde man im bundesdeutschen Gesundheitswesen dem üblichen „Kirchturmsdenken“ den Laufpass geben.

Wir dokumentieren das Papier des Parlamentariers im vollen Wortlaut:

„DATENSPENDER KÖNNTEN DIE ORGANSPENDER DES 21. JAHRHUNDERTS WERDEN

Organspender verdienen hohe Anerkennung. Ein ähnlich wertvoller Dienst des Einzelnen an der Gesellschaft könnte in naher Zukunft die Spende von Gesundheitsdaten sein. Mithilfe von Daten wird medizinische Forschung betrieben, neue Arzneimittel werden entwickelt, präzisere Therapieansätze erarbeitet, Behandlungsergebnisse dokumentiert. Es ist überfällig, diese Potenziale moderner Datennutzung für die medizinische Versorgung sachlich und angstfrei zu erschließen. Dann nämlich könnten Datenspender für uns zu den „Organspendern des 21. Jahrhunderts“ werden. Diese Zeitenwende sollten wir in den folgenden sechs Handlungsfeldern begleiten:

I.) Keine Angst vor KI und Big Data

Die Sammlung und Auswertung großer Datenmengen – auch mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) – birgt im Gesundheitswesen ungeahnte Chancen. Besonders eindrücklich zeigt sich das bei Krebsregistern: Dort kann systematisch, national und international ausgewertet werden, welche Krebserkrankungen bei bestimmten Risikogruppen auftreten, oder bei welchen Patienten ein Krebsmedikament am besten anschlägt. Daten wirken hier lebensverlängernd. Solche großen Potenziale für Wissenschaft und Versorgungsalltag entfalten Daten vor allem dann, wenn sie sektorenübergreifend verfügbar sind und wenn frühzeitige Anonymisierung oder Pseudonymisierung die Privatsphäre der Datenspender schützen. Die Integration und Aufbereitung großer medizinischer Datenmengen sollten wir dort, wo der Nutzen erwiesen ist, in einem geordneten nationalen Rahmen vorantreiben.

In Australien ist das Alltag: Seit 2009 werden dort Gesundheitsdaten in einem staatlich geförderten, akteursübergreifenden Netzwerk zusammengeführt. Anonym und unter ethischen Vorgaben werden sie der Forschung zugänglich gemacht. Über den Vorbildcharakter, die Chancen und Risiken solcher zentralisierter Ansätze zur Datenverarbeitung im Gesundheitswesen sollten wir nun auch in Deutschland angstfrei und sachlich diskutieren. Historische Konzepte wie „Datensparsamkeit“ oder „Datenvermeidung“ müssen eine Modernisierung erfahren.

II.) Versicherte zur Datenspende befähigen

Viele Menschen in Deutschland, ob gesund oder krank, verfügen über ein starkes Bewusstsein für den Umgang mit ihren persönlichen Daten, und immer mehr Versicherte wären bereit, eigene Daten zum Nutzen des medizinischen Fortschritts zur Verfügung zu stellen. Als Gesetzgeber sollten wir ihnen die Mittel zu dieser eigenständigen

und informierten Entscheidung verschaffen. Dazu könnten ein „Datenspenderausweis“ und ein „digitales Testament“ zählen, beispielsweise hinterlegt bei der Krankenkasse. Dort könnten Einwilligung oder Ablehnung zur Nutzung persönlicher Daten zu Lebzeiten und für den Todesfall verbindlich festgehalten werden.

Ein zeitgemäßes Verfahren der Datenspende wird auch voraussetzen, die starre Zweckbindung bei der Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu überdenken. Schließlich können sich im Laufe der wissenschaftlichen Forschung durch neue Erkenntnisse laufend neue Verarbeitungszwecke ergeben – beispielsweise, wenn ein Arzneimittel unerwartet auch gegen andere Erkrankungen Wirkung zeigt und Studiendesigns geändert werden müssen. Darum regt die EU-DSGVO an, dass Betroffene der Verarbeitung ihrer Daten für die wissenschaftliche Forschung in einem erweiterten Maße zustimmen können sollten. Im Interesse moderner Gesundheitsforschung sollten wir das hierzulande zeitnah ermöglichen.

Zugleich dürfen länderübergreifende Forschungsvorhaben durch uneinheitliche Landesdatenschutzregelungen nicht ausgebremst werden. Föderalismus ist ein hohes Gut, doch medizinisch-technischer Fortschritt macht an Landesgrenzen nicht Halt.

III.) Klarstellen, wann Gesundheitsdaten personenbezogen sind – und wann nicht

Zentral für den Umgang mit Gesundheitsdaten ist die Differenzierung zwischen personenbezogenen, anonymisierten und pseudonymisierten Datensätzen. In Bezug auf die Umsetzung der DSGVO wird hierzulande Definitionssicherheit benötigt, in welcher Form Daten als „nicht personenbezogen“ gelten. Die US-Gesetzgebung (HIPPA) könnte ein Vorbild sein. Sie definiert präzise, wann ein Datensatz als „deidentified“ gilt.

Gelingt uns als Gesetzgeber diese Klarstellung, so können wir auch transparent festlegen, welche Daten gefahrlos zur Gesundheitsforschung genutzt werden dürfen – und bei welchen Datensätzen wir das einschränken wollen, weil z.B. das Risiko einer Rückverfolgung zu Einzelpersonen besteht. Diese Abgrenzung schafft Vertrauen für Versicherte und klare Regeln für Unternehmen.

IV.) Allen Akteuren Handlungssicherheit verschaffen

Schon heute verwalten die Krankenkassen große Mengen von Daten. Sie sind schützenswert, bergen – einen korrekten Umgang vorausgesetzt – aber auch große Chancen: Sie könnten die Grundlage von Versorgungsforschung, prädikativen Analysen künftiger Gesundheitsrisiken oder auch personalisierten Behandlungsansätzen sein. Darum sollte Krankenkassen die zusammengeführte Auswertung bislang getrennter Routinedaten in Zukunft erlaubt werden. Ebenso sollten die bisher zu kurzen ►►

► Daten-Löschfristen mindestens auf die volle Lebenszeit des Versicherten ausgeweitet werden. Gerade bei chronisch Kranken sind Langzeitanalysen besonders aufschlussreich. Künftige Generationen werden von den Resultaten profitieren.

Zugleich müssen die klaren Grenzen für den Datenumgang im Verhältnis zwischen Kassen und ärztlichen oder nicht-ärztlichen Leistungserbringern fortbestehen. So dürfen Krankenkassen von Praxen oder Sanitätshäusern keinesfalls Daten anfordern, die den im SGB V definierten Rahmen überschreiten. Auch Unternehmen der Gesundheitswirtschaft können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die medizinische Praxis zu verbessern, indem sie Daten aus eigener Erhebung oder von benachbarten Akteuren in die Versorgung einfließen lassen. Das sollten wir nicht kategorisch unterbinden, sondern konstruktiv begleiten.

V.) Die Akteure disziplinieren und Datenmissbrauch hart sanktionieren

Zu einer zeitgemäßen Gesundheitsdatenpolitik werden in Zukunft auch verschärfte sanktionsrechtliche (z.B. zivil- und strafrechtliche) Vorschriften für Fälle von Datenmissbrauch gehören müssen.

Der Zugriff auf die individuellen Daten muss für jeden einzelnen Versicherten in Echtzeit transparent nachvollziehbar sein, beispielsweise mittels Log-Funktion bei der elektronischen Gesundheitsakte. Verdachtsfälle auf ungerechtfertigten Zugriff müssen unkompliziert gemeldet, Beweise gesichert und nötigenfalls eine rasche Strafverfolgung eingeleitet werden können – mit harten Sanktionen für die Verursacher.

VI.) Unsere Standortattraktivität für Gesundheitswirtschaft und -forschung bewahren

Die Wirtschaft ist das Rückgrat unserer weltweit führenden, modernen Gesundheitsversorgung. Das gilt für kleine und mittelständische Unternehmen gleichermaßen wie für Großkonzerne. In Deutschland sichert die Gesundheitswirtschaft über 7 Millionen Arbeitsplätze, jeder sechste Erwerbstätige arbeitet in diesem Bereich. Mit einer Bruttowertschöpfung von 350 Milliarden Euro jährlich trägt die Gesundheitswirtschaft rund 12 Prozent zum deutschen BIP bei. In vielen Regionen unseres Landes stellt die Gesundheitswirtschaft den wichtigsten Wirtschaftsfaktor überhaupt dar. Damit das auch in Zukunft so bleibt, werden wir die Wirtschaft bei politischen Entscheidungsprozessen enger mit einbinden müssen, als das in vergangenen Jahren der Fall war. Dass wegweisende Fragen wie die Ausgestaltung einer Datenautobahn oder einer Gesundheitsakte von oben herab politisch entschieden werden – an der technischen Expertise der Wirtschaft und den Realitäten des Marktes vorbei – darf sich nicht wiederholen. Spitzenforschung ist teuer und riskant. Sie wird zu einem

erheblichen Teil privatwirtschaftlich finanziert. Über einen sinnvoll geregelten Zugang forschender Unternehmen zu Gesundheits- und Sozialdaten, auch in Kooperation mit Krankenkassen, werden wir sprechen müssen. Dann nämlich wird sich das Potenzial von Daten für die Erforschung schwerer Krankheiten, die Entwicklung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte und für die Verbesserung der Patientenversorgung schneller erschließen lassen als bisher. ■

Aktuell können mindestens zehn Groß- und Finanzinvestoren im deutschen Dentalmarkt identifiziert werden, darunter auch weltweit operierende Kapitalgesellschaften mit Milliardensummen als Investitionsmittel. Versorgungsfremde Fremdinvestoren werden von Zahnärzteschaft und Dachverband europäischer Zahnärzte als Bedrohung für eine gesicherte Patientenversorgung gesehen. Befürchtet wird eine Gefahr für die Sicherstellung der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung durch rein zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ) in Investorenhand. Die Gründungsberechtigung für Z-MVZ sollte daher auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge beschränkt werden. ■

_____ KZBV, 02.01.2019

Vertragszahnärztliche Zahl des Monats 919.000

Rund 919.000 Besuche von Zahnärztinnen und Zahnärzten wurden im Jahr 2017 in der aufsuchenden Versorgung geleistet. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um rund 2,4 Prozent. Die Abrechnungsdaten der aufsuchenden Betreuung verdeutlichen, dass die neuen Leistungen im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes und des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes hohe Akzeptanz erfahren und die Angebote schwerpunktmäßig bei den Patienten ankommen, die im zahnärztlichen Konzept der Alters- und Behindertenzahnheilkunde Zielgruppe der Bemühungen sind. ■

_____ Quelle: KZBV-Statistik – Dezember 2018



Foto: Philipp KZVN

Jörg Hemmen
Projektmanagement der KZVN,
Projektleiter TI

Jetzt bestellen

GESPRÄCH ÜBER DEN AKTUELLEN STAND DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR (TI)

NZB-Redaktion: Lange hat es nur einen Konnektor auf dem Markt gegeben und die KZVN hat ihren Mitgliedern empfohlen, bei der Anschaffung nichts zu überstürzen.

Wie viele Anbieter sind jetzt auf dem Markt?

Hemmen: Im Dezember hat die gematik den vierten Konnektor zugelassen. Wir fühlen uns durch die Entwicklung bestätigt: Es herrscht jetzt mehr Wettbewerb und alle Praxen können nun für ihr Praxisverwaltungssystem passende Konnektoren bestellen. Zudem sollte nun gewährleistet sein, dass die von der KZBV ausgehandelten Pauschalen auch wirklich kostendeckend sind.

Sie empfehlen also nun, sich an die TI anzuschließen?

Ja, denn wenn die Praxen nicht bis 30. Juni dieses Jahres angeschlossen sind, ist die KZVN gesetzlich verpflichtet, ein Prozent des Honorars zum Stichtag 1. Januar 2019 einzubehalten.

Wie viele niedersächsische Praxen sind inzwischen angeschlossen?

Aktuell sind es 1.605 Praxen. Das ist ein Ausstattungsgrad von etwa 43 Prozent. Bundesweit sind es etwas weniger, nämlich 30 Prozent (Stand: 31.12.2018).

Monatlich veröffentlichen wir im NZB aktuelle Zahlen zum Ausstattungsgrad im Bereich der KZVN.

Bis wann haben die Praxen denn noch Zeit?

Bis zum 31. März 2019 müssen die einzelnen Komponenten bestellt und bis 30. Juni 2019 installiert und in Betrieb genommen sein.

Wichtig: Zahnarztpraxen müssen der KZVN mitteilen, dass die Bestellung bis zum 31.03.2019 erfolgt ist. Dies geht ab sofort online unter dem neuen Menüunterpunkt Telematik/TI-Bestellmeldung im Zahnarztportal der KZVN-Website (www.kzvn.de).

Grundsätzlich sind alle relevanten Informationen rund um das Thema TI gebündelt unter dem Menüpunkt Telematik im Zahnarztportal unserer Website zu finden. Zahnärzte können dort zum Beispiel ihren Praxisausweis, die sogenannte SMC-B, bestellen.

Auch können unter dem vorgenannten Menüpunkt (Unterpunkt Finanzierung/Installationsbestätigung) nach Inbetriebnahme komfortabel die Erstausstattungs- bzw. Betriebskostenpauschale bei uns beantragt werden. ►►

► Ende letzten Jahres hat die gematik verkündet, dass ab 1. Januar 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten (eGK) der „zweiten Generation“ gültig sind. Was hat es damit auf sich?

Seit Anfang des Jahres sollten nur noch Karten mit dem Aufdruck „G2“ oder „G2.1“ unterwegs sein. Diese zweite Generation unterstützt neuere kryptographische Verfahren und medizinische Fachanwendungen wie das Notfalldaten-Management oder den elektronischen Medikationsplan. Der Aufdruck ist übrigens auf der Vorderseite der Karte oben rechts zu finden. Nach Auskunft der gesetzlichen Krankenkassen sind alle Versicherten mit den neuen Karten ausgestattet. Es sollte in den Praxen also eigentlich kein Thema sein. Falls doch noch ein Patient mit einer alten ungültigen eGK in der Praxis vorstellig wird, sollte dieser gebeten werden, seine neuere Gesundheitskarte umgehend nachzureichen bzw. bei seiner Kasse eine aktuelle anzufordern.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

Haben Sie Fragen zum Thema TI?

Dann wenden Sie sich gerne an das Team

Online-Support der KZVN:

Tel.: 0511 8405-395

Fax: 0511 59097063

E-Mail: abrechnung@kzvn.de

Es kann nur eine geben.



Immer die zuletzt zugeschickte ist die gültige.

Viele von uns haben zwei, manche sogar drei. Doch mehr ist nicht immer auch besser. Denn für Ihre Gesundheitskarte gilt das Gleiche wie für Kreditkarten: Gültig ist nur die zuletzt zugeschickte. Daher sollten Sie nach Erhalt einer neuen Karte nur noch diese verwenden. Fragen? Ihre Krankenkasse hilft Ihnen gern weiter.

www.deine-gesundheitskarte.de



Mit einer neuen Kampagne versucht die gematik, die Versicherten dafür zu sensibilisieren, immer die aktuelle eGK zu verwenden. Mehr unter www.deine-gesundheitskarte.de



Foto: tospphoto/Fotolia.com

AUSSTATTUNGSZAHLEN ZUR TELEMATIKINFRASTRUKTUR (TI)

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN FÜR DEN BEREICH DER KZVN:

Stand 31.12.2018:

TI-Bestätigungen: 1.605 entsprechen 42,6% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 3.767 Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

Praxisausweise: 2.975 entsprechen 79,0% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 3.767 Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN BUND:

Grundlage ist die Meldung der KZBV vom 07.12.2018 (Stand 30.11.18) aus den KZBV Rundschreiben:

TI-Bestätigungen: 13.186 entsprechen 30% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 43.767 Zahnarztpraxen.

Praxisausweise: 30.268 entsprechen 69,1% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 43.767 Zahnarztpraxen.



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Zahnärztekammer Niedersachsen

Presseinformation

Hannover, 8. Januar 2019

Kieferorthopädische Behandlung ist sinnvoll und unverzichtbar

IGES-Gutachten auf Basis unzureichender Studienlage

In den letzten Tagen berichten die Medien über ein vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenes Gutachten des IGES-Instituts. Dieses kommt zu dem Schluss, dass es aufgrund einer nicht ausreichenden Datenlage keine ausreichende Evidenz für den Erfolg kieferorthopädischer Behandlungen gebe. Eine abschließende Aussage zum Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen lässt sich dem IGES-Gutachten allerdings nicht entnehmen. Die Interpretation des Gutachtens, dass kieferorthopädische Behandlungen unter Gesundheitsaspekten unnötig seien, hat in der Öffentlichkeit und bei Patienten für Irritationen gesorgt und bedarf einer Ergänzung durch die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN):

Aus einer fehlenden Datenlage/Evidenz zu schließen, dass kieferorthopädische Behandlungen keinen medizinischen Nutzen haben, ist eine Fehleinschätzung und widerspricht der Lebenswirklichkeit und den belegbaren Behandlungserfolgen.

Kein behandelnder Zahnarzt zweifelt aufgrund seines Erfahrungswissens an einer Behandlungsnotwendigkeit, wenn es darum geht, das Sprechen, Schlucken, Kauen und die Funktion des Gebisses sicherzustellen. Und bei der Verbesserung der Ästhetik geht es nicht nur um ein besseres Aussehen und Erhöhung der Lebensqualität, sondern auch um Prävention, weil Fehlstellungen mit Nischenbildungen die Entstehung von Karies begünstigen und durch fehlerhafte Kaufunktion Spätfolgen in Form von Kiefergelenksbeschwerden und Parodontitis entstehen, die letztlich zum vorzeitigen Zahnverlust führen können.

Insofern stellt auch das Bundesgesundheitsministerium in seiner Richtigstellung ausdrücklich fest, dass es nicht an der Notwendigkeit kieferorthopädischer Leistungen zweifelt.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
Zeißstr. 11 / 30519 Hannover
Elke Steenblock-Dralle (Referat Öffentlichkeitsarbeit)
Tel. 0511 8405-430
E-Mail: info@kzvn.de / Internet: www.kzvn.de

Pressekontakt:
Dr. Michael Loewener, Pressesprecher
Tel.: 05130 953035 / E-Mail: m.loewener@gmx.de

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Zeißstr. 11a / 30519 Hannover
Kirsten Eigner (Pressestelle)
Tel. 0511 83391-301
E-Mail: presse@zkn.de / Internet: www.zkn.de

Pressekontakt:
Dr. Lutz Riefenstahl, Pressesprecher
Tel.: 0511 83391-301 / E-Mail: lriefenstahl@zkn.de

Holger Berens, Benjamin Bolzmann, Carl Dietzel, Lucia Ferrigno, Joachim Jakobs,
Guido Johannes Lorc, Sascha Rösgen, Nikolaus Stapels

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Herr Minister Jens Spahn
Friedrichstraße 108,
10117 Berlin

22. Januar 2019

Offener Brief

Sehr geehrter Herr Spahn,

die Unterzeichner dieses Briefs sorgen sich um die Sicherheit unseres Gesundheitswesens – und die der Patienten. Daher fordern wir eine Bildungsinitiative.

Unsere Sorge gründet auf diesen Entwicklungen:

Zwei Dutzend Kliniken in Nordrhein-Westfalen wurden 2016 von Cyberkriminellen nach der Verschlüsselung ihrer Kommunikationstechnik erpresst. Nicht einmal die Krankenhäuser selbst scheinen die notwendigen Konsequenzen daraus gezogen zu haben: Im November 2018 fiel die Klinik in Fürstenfeldbruck einem Verschlüsselungstrojaner zum Opfer – mit der Folge, dass zeitweise kein Computer zu gebrauchen war. Der Bayerische Datenschutzbeauftragte Professor Thomas Petry vermutet, dass die Klinik nur zufällig verseucht wurde, da kein Lösegeld gefordert wurde. Dieser Zufall wäre auch deshalb bemerkenswert, weil der Geschäftsführer der Klinik bis zu diesem Zeitpunkt eigenem Bekunden zufolge „gedacht“ hatte, dass sein Haus bezüglich Cybersicherheit „gut aufgestellt“ sei. Wie der Geschäftsführer zu diesem Gedanken kam, ist nicht bekannt; weitere Presseanfragen beantwortet die Klinik nicht. Es wirkt, als ob der Geschäftsführer einer Klinik mit 40.000 Patienten jährlich auf ein Risikomanagement verzichtet und sich stattdessen auf seinen Glauben verlässt.

Wenn eine ganze Klinik auf diese Weise „zufällig“ lahmgelegt werden kann, wird das Problem durch die Digitalisierung nicht kleiner: Das Internet der medizinischen Dinge einschließlich „intelligenter“ (Krankenhaus-)Gebäude und (Kranken-)Wagen, Computertomographen, Insulin- und Infusionspumpen künden davon. Nicht einmal Zahnbürsten bleiben davon verschont. Ganz nach dem Wunsch von Telekom-Chef Timotheus Höttges: „Alles wird vernetzt“. So werden viele Daten gewonnen und per künstlicher

Intelligenz (kl) erschlossen; das ermöglicht nicht nur eine personalisierte Medizin, sondern womöglich demnächst auch das personalisierte 3D-Drucken Menschlicher Organe, Nanoroboter in der Blutbahn, Chips im Gehirn und das Behandeln von Erbkrankheiten beim Facharzt für Human-genetik.

Die Stanford University School of Medicine glaubt gar an ein „Internet der Gene“: Jede Erbinformation eines jeden Menschen ließe sich dann einzeln verändern. Ähnlich engagiert ist die „Hamburg Brain School“ unterwegs; die hat sich die Vernetzung der „neurowissenschaftlichen Aktivitäten“ im Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) „von der molekularen Ebene bis zur klinischen Forschung“ als Ziel gesetzt „und bietet zahlreiche Schnittstellen mit neuro-wissenschaftlich aktiven Instituten der Universität Hamburg (insbesondere dem Psychologischen Institut). Es vereint aktuell mehr als 400 Wissenschaftler und Doktoranden aus 18 Instituten und Kliniken des UKE.“ Die Begeisterung über die Technik trübt den Beteiligten offenbar den Blick auf die Risiken und die eigenen Fähigkeiten, damit umzugehen.

Der denkbare Diebstahl von Patientendaten ist das Eine: Sie lassen sich zum Beispiel an Kreditinstitute oder Versicherungen verkaufen. Und: In den „falschen Händen“ seien Patientendaten „grundsätzlich wertvoll“ – so eine Studie aus der Schweiz. In der Telekommunikationswirtschaft sollen Mitarbeiter bereits mit kompromittierendem Material erpresst werden; das Ziel: Die Herausgabe von Unternehmensinformationen. Alternativ könnten die Betroffenen womöglich als Saboteur angeworben werden.

Viel bedrohlicher ist jedoch, dass Patientendaten auch manipulationsanfällig sein könnten: Der Sicherheitsdienstleister Kaspersky will weltweit „mehr als tausend“ medizinische Geräte gefunden haben, auf die übers Internet



zugriffen werden kann. Wissenschaftler behaupten, sie könnten über die Infrastruktur von Herzschrittmacher-Herstellern Schadsoftware auf implantierte Geräte einschleusen. Dann könnte der Herzschrittmacher angeregt werden, seinem Träger 830 Volt Schläge mit tödlichen Konsequenzen zu verpassen. 2017 erhielten Herzschrittmacher-Patienten von Abbott ein Update aufs Herz; nach Angaben der Firma allein 12.000 in Deutschland. Ursache dafür waren wohl drei Software-Fehler; einem davon hat die US-Bundesregierung einen „hohen“ Schweregrad verpasst. Eine amerikanische Kongressabgeordnete befürchtet jedoch, dass „Millionen“ solcher verwundbarer Geräte „in unseren Körpern implantiert“ sein könnten.

Die Leistungsfähigkeit der Informationstechnik ist also Segen und Fluch gleichermaßen: „Automatisierung schafft neue Angriffsflächen“, warnt die Computerwoche. Außerdem senkt die wachsende Leistungsfähigkeit die Kosten für die Angreifer. Umgekehrt explodieren die Gewinne: Zwischen 2015 und 2021 sollen sie sich weltweit von 3 auf 6 Billionen (!) US-Dollar verdoppeln.

Unklar ist dabei nur, ob dabei auch schon die künftig verfügbare Leistungsfähigkeit berücksichtigt ist: Das ZDF befürchtet „Angriffe mit Künstlicher Intelligenz“. Der Russische Präsident Wladimir Putin ist gar der Ansicht, wer bei künstlicher Intelligenz in Führung gehe, „wird die Welt beherrschen“. Vermutlich ist keine künstliche Intelligenz notwendig, um eine Zielperson gefügig zu machen, wenn der Angreifer Zugang zu seinen medizinischen Daten oder seinen implantierten Geräten haben sollte. Schädlich wäre sie aber auch nicht.

Das Dänische Centre For Cyber Security hat sich mit den Angreifertypen beschäftigt: Die Bedrohung des Gesundheitswesens durch Geheimdienste sei „sehr hoch“. Sehr hoch sei auch die durch die Datenkriminalität. Klingt plausibel: Eine einzelne Patientenakte bringt auf dem Markt bereits 300 bis 500 US-Dollar. Die Blutgruppe lässt sich eben nicht so leicht austauschen wie die Kreditkarte. Und viele Mitarbeiter sollen bereit sein, Patientendaten für 500,- bis 1000,- US-Dollar zu verkaufen. Je nachdem wieviel tausend Patientenakten in einer solchen Datenbank enthalten

sind, winkt eine stolze Gewinnspanne. Die Bedrohung durch Cyberterroristen halten die dänischen Forscher für gering; interessant ist die Begründung: Terroristen hätten wohl Interesse an Patientendaten, es mangle ihnen jedoch am Wissen, diese für ihre Zwecke zu verwenden. Wobei – so viel Wissen ist nicht einmal erforderlich, um Terror zu verbreiten: Vor zwei Jahren wurde eine Liste mit 8700 Personen veröffentlicht und gefordert: „Tötet sie, wo immer ihr sie findet!“

Andere „Innentäter“ wollen einfach nur gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens protestieren – Daten von 300 Kliniken des Krankenhauszweckverbands Rheinland sollen deshalb ins Netz geraten sein. Noch eine Ursache: Gedankenlosigkeit! Ein Klinik-Mitarbeiter aus der EDV-Abteilung soll bei einer Raucherpause ein Datensicherungsband vergessen haben. Es soll mehr als hunderttausend Patientendatensätze enthalten haben.

Seit Mai 2018 haftet der Verantwortliche/Auftragsverarbeiter nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) für Schäden, wenn er nicht nachweisen kann „dass er in keinerlei Hinsicht für den Umstand, durch den der Schaden eingetreten ist, verantwortlich ist“. Dabei ist es der Verordnung zufolge unerheblich, ob diese Schäden „unbeabsichtigt“ oder „unrechtmäßig“ entstanden sind. Der Verantwortliche soll dazu die Risiken systematisch erfassen, bewerten und entsprechende Maßnahmen ergreifen, um seine Datenverarbeitung nach dem „Stand der Technik“ zu schützen.

Das Justizministerium definiert den Begriff so: „Stand der Technik ist der Entwicklungsstand fortschrittlicher Verfahren, Einrichtungen und Betriebsweisen, der nach herrschender Auffassung führender Fachleute das Erreichen des gesetzlich vorgegebenen Zieles gesichert erscheinen lässt. Verfahren, Einrichtungen und Betriebsweisen [...] müssen sich in der Praxis bewährt haben oder sollten – wenn dies noch nicht der Fall ist – möglichst im Betrieb mit Erfolg erprobt worden sein“. Der Regierung ist also das Beste grade gut genug, was der Markt an technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOM) hergibt.

Doch das ist noch lang nicht alles: Die Verordnung brummt dem Verantwortlichen eine „Rechenschaftspflicht“ auf; ►►

► er muss nicht nur für Sicherheit sorgen, sondern auch noch nachweisen können, dass er Datensicherheit und Datenschutz gewährleistet. De facto bedeutet das „Sicherheit 4.0“ fürs vernetzte Gesundheitswesen – dazu sind technische, organisatorische und Bildungsmaßnahmen notwendig: Wir müssen – flächendeckend, systematisch, proaktiv! – investieren in Sicherheits-/Notfallkonzepte, physikalischen Einbruchschutz, elektronische Signaturen, kryptographische Verschlüsselungen, IAM-/SIEM-Systeme, rollenspezifische Bildung für Alle, herstellerunabhängige, (nach Möglichkeit dynamische) Gütesiegel für die Wolke sowie Produkte/Dienstleistungen/„Apps“ und Penetrationstests. Dabei bitte den Stand der Technik nicht vergessen – vielfach ist das künstliche Intelligenz, denn KI soll auch Wege finden, die dem Menschen auf den „ersten Blick“ verborgen bleiben.

Das gilt – der Vernetzung sei Dank! – nicht nur für die Heilberufe, einschließlich Apotheken, medizinischen Laboren, die „Physiotherapie 4.0“ und skypende (!) Logopäden, sondern auch für die Entwickler von (Branchen-)Software, Krankenversicherer (und ihren Außendienst!), Krankenhausbetreiber, die Betreiber von Krankenwagen-Flotten (und ihren Werkstätten), die Hersteller medizinischer Geräte sowie Anbieter „personalisierter“ Medikamente, Lebens- und Nahrungsergänzungsmittel.

Vielfach ist dabei mit „hohen Risiken“ zu rechnen – die verlangen dann nach einer Datenschutzfolgenabschätzung (DSFA). Diese enthält dem Gesetzgeber zufolge „zumindest Folgendes:

1. „eine systematische Beschreibung der geplanten Verarbeitungsvorgänge und der Zwecke der Verarbeitung, gegebenenfalls einschließlich der von dem Verantwortlichen verfolgten berechtigten Interessen;
2. eine Bewertung der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit der Verarbeitungsvorgänge in Bezug auf den Zweck;
3. eine Bewertung der Risiken für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen [...] und
4. die zur Bewältigung der Risiken geplanten Abhilfemaßnahmen, einschließlich Garantien, Sicherheitsvorkehrungen und Verfahren, durch die der Schutz personenbezogener Daten sichergestellt und der Nachweis dafür erbracht wird, dass diese Verordnung eingehalten wird, wobei den Rechten und berechtigten Interessen der betroffenen Personen und sonstiger Betroffener Rechnung getragen wird.“

Der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA) fordert eine solche DSFA „vor der umfangreichen Verarbeitung aller Gesundheitsdaten“. Davon wären dann wohl alle 190.000 Arztpraxen in Deutschland betroffen. Wer meint,

dass sie/er nicht zum Kreis der Verpflichteten gehört, sollte sich eine gute Begründung dafür überlegen. Soweit zum SOLL. Tatsächlich sollen 90 Prozent der kleinen Unternehmen keinerlei Datensicherungsmaßnahmen ergriffen haben – berichtet Healthcare Informatics im Januar 2019 unter Berufung auf eine Studie der US-Bundesregierung.

Datensicherungsmaßnahmen müssten sich allein schon auf die Personalauswahl auswirken – dass das nicht der Fall ist, beweist eine Facharztpraxis für Humangenetik in einer Stellenanzeige; die geforderte Qualifikation: „Kompetenzen in NGS, MLPA, Bioinformatik, EDV, und mit guten Englischkenntnissen“. Von Kenntnissen über „Risikomanagement“ oder gar „Datenschutzfolgenabschätzung“ ist da keine Rede. Das bedeutet: Dieser Praxisinhaber legt Wert darauf, die Leistungsfähigkeit der Technik bis zum Anschlag zu nutzen. Womöglich hängt der scheinbare Bewusstseinsmangel des Arztes mit einer mangelhaften Weiterbildung zusammen. Die Bayerische Landesärztekammer verlangt in ihrer 79-seitigen Weiterbildungsordnung im Oktober 2017 kurz und bündig: „Datensicherheit und Datenschutz in der Medizin: Rechtliche Vorschriften; Prinzipien und Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes“. Risiken? Datenschutzfolgenabschätzung?

Seit Oktober 2018 prüft die Aufsichtsbehörde in Ansbach acht Bayerische Arztpraxen, wie sie sich vor Erpressungstrojanern schützen. In ihrem zweiseitigen Fragebogen wollen die Datenschützer vom Amt wissen: „Führen Sie regelmäßige automatisierte Backups Ihrer Patientendaten durch?“, „Ist das Praxisverwaltungssystem (PVS) an das Internet angeschlossen?“ und „Ist bekannt, dass bei einem erfolgreichen Angriff durch einen Verschlüsselungstrojaner eine Meldung beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht durchgeführt werden muss?“ Die Erwartungen der Behörde sind offenbar so bescheiden, dass sie sich dezidierte Fragen zum Risikomanagement gleich geschenkt hat.

Erlauben sich Praxisinhaber, Geschäftsleitung und andere Verantwortliche hier Patzer, riskieren sie Geldbußen und Schadenersatzforderungen seitens der Betroffenen: 400.000 Euro soll eine Klinik in Portugal berappen, weil ihr Berechtigungsmanagement mangelhaft gewesen sein soll.

Das kann die Bonität des Unternehmens belasten. Die Verantwortlichen müssen schließlich damit rechnen, dass sie vom Arbeitgeber persönlich für den Schaden haftbar gemacht werden. Eine Erfahrung, die kürzlich frühere Vorstandsmitglieder einer Österreichischen Aktiengesellschaft machen mussten: Für einen Schaden in Höhe von 54 Millionen Euro sollten sie 10 Millionen Euro zurückzahlen. Der Vorwurf: Die Beklagten hätten „in ihren Funktionen die

Einrichtung eines angemessenen internen Kontrollsystems (IKS) verabsäumt und die Pflicht zur kollegialen Zusammenarbeit und Überwachung verletzt“. Unbekannt ist, ob die früheren Vorstandsmitglieder grade flüssig sind. Interessant ist da ein Blogbeitrag der Anwaltskanzlei Flick Gocke Schaumburg: „Aufsichtsräte müssen Schadensersatzansprüche gegen Vorstandsmitglieder auch dann verfolgen, wenn dadurch zugleich ihre eigene Pflichtverletzung offenkundig wird und damit auch eine Aufsichtsratshaftung droht“.

Und nicht zuletzt sinkt der Börsenkurs am Tag des Bekanntwerdens einer Datenpanne um durchschnittlich 5 Prozent. Umgekehrt profitieren Unternehmen davon, wenn sie in ein Datenschutzmanagement-System investieren. Das kann man sich dann noch dazu zertifizieren lassen. Vor Jahren veröffentlichte der Bitkom eine Broschüre über „Betriebs-sichere Rechenzentren“ – darin wird behauptet, eine Zertifizierung brächte auch eine „Verbesserung des Rankings und der Kreditwürdigkeit“ mit sich. Das gilt wohl nicht nur für Rechenzentren.

Schließlich müssen wir unser Bildungswesen aktualisieren: Die künftig im Gesundheitswesen tätigen verantwortlichen Ärzte, Ingenieurinnen, Informatiker, Psychologinnen und Kauffleute werden vielfach hohe Risiken eingehen (müssen). Diese Menschen sollten wohl bereits während ihres Studiums lernen, wie mit Risiken umzugehen ist, wie DSFA durchzuführen sind, wie Institutionen und Prozesse verantwortungsbewusst organisiert werden können, sodass ihr jeweiliges (nichtakademisches) Personal in die Lage versetzt wird, Patienten/Versicherte samt ihren Daten angemessen

zu schützen. Unklar ist jedoch, woher wir viele Tausend Menschen nehmen wollen, die dieses Wissen vermitteln. Wir müssen jetzt darüber reden, wie wir diesen Zustand verbessern! ■

Gesundheit für 2019 wünschen Ihnen

Holger Berens
Vorstandsvorsitzender Bundesverband für den Schutz Kritischer Infrastrukturen (BSKI e.V.)

Benjamin Bolzmann
Betrieblicher Datenschutzbeauftragter, TRUECARE IT- und Projektmanagement GmbH

Carl Dietzel
Sachverständiger für Datenschutz und Datensicherheit

Lucia Ferrigno
Wirtschaftsjuristin, Datenschutzauditorin und externe Datenschutzbeauftragte

Joachim Jakobs
Freier Journalist

Guido Johannes Lorc
Production Manager Gateway Service Platform (Smartmetering) T-Systems International GmbH

Sascha Rösgen
Datenschutz- & IT-Sicherheitsbeauftragter

Nikolaus Stapels
VdS Fachberater für Cyber Security (Norm 3473)

Quelle: Kniffologie-Mailingliste,
Absender Dr. W. Forschner, 22.01.2019

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: dschmoe@zkn.de

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



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



Effekt des zweimaligen Zähneputzens auf die dentale Plaqueentfernung bei jungen Senioren



HÜSAMETTIN GÜNAY¹, KAREN MEYER-WÜBBOLD¹

Einführung: Bei der Prävention von Karies und Parodontitis spielt die effiziente Entfernung des Biofilms eine große Rolle, welche neben professionellen zahnärztlichen Maßnahmen durch eine effektive häusliche Mundhygiene erfolgen sollte. Die Qualität der häuslichen Plaqueentfernung ist jedoch in weiten Teilen der Bevölkerung unzureichend. Das Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es zu untersuchen, ob eine einfache Modifikation bei der häuslichen Mundhygiene (zweimaliges Zähneputzen) unter Einhaltung einer Systematik effizient bezüglich der Plaqueentfernung bei älteren Menschen mit parodontal saniertem Gebiss ist.

Methode: Es wurden insgesamt 36 Teilnehmer unseres Recall-Systems (unterstützende Parodontistherapie) in die Studie einbezogen und diese wurden in 2 Gruppen (Gruppe 1: 24 Teilnehmer; 13 männlich, 11 weiblich; durchschnittliches Alter: 69,67 ± 5,58 Jahre; Gruppe 2: 12 Teilnehmer; 10 männlich, 2 weiblich; durchschnittliches Alter: 71,17 ± 5,81 Jahre) aufgeteilt. Bei den Patienten wurde zu Beginn der Untersuchung (t0) der Approximalkraumplaqueindex (API) und der modifizierte Quigley-Hein-Plaqueindex (QHI) erhoben. Anschließend wurden die Teilnehmer gebeten, mit ihren eigenen mitgebrachten Mundhygieneartikeln ihre übliche häusliche Mundhygiene nach einer speziellen Systematik (KIAZZ) durchzuführen. Daraufhin wurde erneut bei allen Teilnehmern der API und QHI erhoben (t1). Danach wurden die Teilnehmer beider Gruppen instruiert, sich noch einmal gesondert mit einer erbsengroßen Menge fluoridierter Zahnpasta mindestens eine Minute lang die bereits gereinigten Zahnoberflächen und das Zahnfleisch systematisch in kleinen kreisenden Bewegungen zu putzen (KIAZZPlus). Die Teilnehmer der

Gruppe 2 sollten zusätzlich nach diesem Vorgang die Zahnzwischenräume nach vorheriger Instruktion mit einer elastischen, metallfreien Interdentalbürste mit Gummiborsten reinigen. Danach wurde wiederum bei allen Teilnehmern der API und QHI erhoben (t2).

Ergebnisse: In beiden Gruppen reduzierte sich der durchschnittliche API und QHI nach dem ersten Putzdurchgang im Vergleich zum Ausgangswert, was sich jedoch als nicht statistisch signifikant herausstellte (Gruppe 1 API_{t0-t1}: 3,95 ± 7,63%; QHI_{t0-t1}: 22,64%; Gruppe 2 API_{t0-t1}: 7,32 ± 9,47%; QHI_{t0-t1}: 25,00%). Nach dem zweiten Putzvorgang (t2) wurde der API und QHI in beiden Gruppen weiter verringert, was sich im Vergleich zum Zeitpunkt t1 als statistisch signifikant herausstellte (Gruppe 1 API_{t1-t2}: 24,69 ± 20,26%; QHI_{t1-t2}: 54,72%; Gruppe 2 API_{t1-t2}: 32,67 ± 19,57%; QHI_{t1-t2}: 48,57%). In Gruppe 2 konnte zu t2 im Vergleich zu Gruppe 1 eine höhere Reduktion des API erreicht werden, was sich jedoch nicht statistisch signifikant darstellte.

Schlussfolgerung: Durch eine Modifikation der häuslichen Mundhygiene in Form eines zweimaligen Zähneputzens unter Einhaltung einer Systematik wird im Vergleich zum einmaligen Zähneputzen eine höhere Reduktion der Plaqueindexwerte erreicht.

1. Einleitung

Karies und Parodontitis sind Infektionserkrankungen mit multifaktoriellen Ursachen. Bei der Prävention dieser Erkrankungen spielt neben dem regelmäßigen Zahnarztbesuch und einer Ernährungslenkung die effiziente

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, Hannover

Entfernung des oralen Biofilms eine große Rolle, da dieser ein Hauptfaktor für die Entstehung oraler Erkrankungen ist. Die Entfernung des Biofilms obliegt dabei nicht nur dem Zahnarzt, sondern sollte in erster Linie regelmäßig über häusliche Mundhygienemaßnahmen durch den Patienten erfolgen [6]. Studien konnten zeigen, dass man sowohl mit manuellen als auch mit elektrischen Zahnbürsten bei korrekter Anwendung eine zuverlässige Glattflächenreinigung erzielen kann, wobei es Hinweise darauf gibt, dass die elektrischen Zahnbürsten mit einem oszillierenden Bewegungsmuster den Handzahnbürsten in der Reinigungseffizienz überlegen zu sein scheinen [29]. Nach wie vor zählen jedoch Karies und entzündliche Parodontalerkrankungen zu den „Volkskrankheiten“, was vermuten lässt, dass die Qualität der häuslichen Plaqueentfernung in weiten Teilen der Bevölkerung unzureichend ist. Gerade ältere Patienten weisen im Vergleich zu jüngeren einen höheren Plaquebefall auf [16]. In der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) wurde festgestellt, dass mehr als ein Drittel der untersuchten Senioren deutlich klinisch erkennbare Plaque und mehr als ein Drittel Plaque in großer Menge aufwies [16]. Zur mechanischen Plaqueentfernung mit der Zahnbürste werden in der Literatur zahlreiche Zahnputztechniken beschrieben, allerdings konnte noch kein Konsens über die Überlegenheit der einen oder anderen Technik gefunden werden [9, 17, 27]. Wichtiger als die Technik scheint sowohl bei Hand- als auch bei elektrischen Zahnbürsten das Einhalten einer regelmäßigen Systematik zu sein [9]. Auch ist man sich in der Literatur einig, dass durch eine verlängerte Putzdauer eine bessere Plaquereduktion erreicht werden kann [23]. Allerdings erreicht man mit einer Zahnbürste allein nicht alle Zahnflächen. Eine vollständige Penetration in den Interdentalraum und somit eine Reinigung desselben findet weder bei der Anwendung einer Hand-, noch bei einer elektrischen Zahnbürste statt. Eine effektive Reinigung des Interdentalraums spielt jedoch eine bedeutende Rolle in der Gingivitis- und Kariesprophylaxe [18]. Lässt sich mit der Zahnbürste allein der Biofilm nicht ausreichend entfernen, werden deshalb Hilfsmittel wie Zahnseide und Interdentalbürsten zur Reinigung der approximalen Zahnflächen empfohlen [10, 22]. Gerade bei älteren Patienten spielt die Reinigung dieser Bereiche eine große Rolle, denn aufgrund der eventuell durch parodontale Erkrankungen verursachten Rezessionen und der möglicherweise teilweise umfangreichen und vielfältigen vorhandenen prothetischen Restaurationen kann in diesem Bereich bei diesen Patienten die Gefahr einer Wurzeloberflächen- oder Kronenrandkaries erhöht sein [14]. Allerdings verlangt die Benutzung dieser Hilfsmittel ein gewisses Maß an Geschicklichkeit und Motivation, wodurch eine geringe Anwenderakzeptanz resultiert [24]. Den Patienten scheint nicht nur die Benutzung von Interdentalbürsten leichter zu

fallen, es konnte sogar gezeigt werden, dass Interdentalbürsten in Bezug auf die approximale Reinigungsleistung effektiver zu sein scheinen als Zahnseide [4]. Trotzdem gibt es bei der Verwendung von Interdentalbürsten auch Probleme. Der Großteil der auf dem Markt befindlichen Interdentalbürsten besteht aus einem Drahtkern, um welchen herum in einem 90° Winkel Nylonborsten angeordnet sind. Dieser Draht kann nicht nur leicht verbiegen, was die Haltbarkeitsdauer der Bürsten stark reduziert, sondern birgt bei falscher Anwendung auch ein hohes Traumatisierungspotenzial für das interdental Weichgewebe [6]. Viele Patienten berichten zudem über eine elektrisierende Schmerzsensation, wenn der Drahtkern mit der Zahnoberfläche in Kontakt kommt [6]. Auch wurde über iatrogene Zahnhartsubstanzschädigungen nach nicht sachgemäßer Anwendung von Interdentalbürsten berichtet [3]. Im Alter lässt die manuelle Geschicklichkeit häufig nach, weshalb gerade ältere Patienten oft manuell nicht mehr in der Lage sind, die schwer zugänglichen approximalen Bereiche selbst mit einer geeigneten Interdentalbürste adäquat zu reinigen [2]. Seit einiger Zeit gibt es elastische, metallfreie Interdentalbürsten mit Gummiborsten auf dem Markt, die einerseits die Anwenderfreundlichkeit erhöhen und andererseits die Nachteile der Interdentalbürsten mit Metallkern reduzieren sollen. In Bezug auf die Effektivität der Plaqueentfernung scheinen die metallfreien Interdentalbürsten mit Gummiborsten ähnlich effektiv und komfortabler in der Anwendung zu sein als die Interdentalbürsten mit Metallkern und Nylonborsten [1, 30]. Primäres Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es zu untersuchen, ob eine einfache Modifikation bei der häuslichen Mundhygiene (zweimaliges Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta) unter Einhaltung einer Putzsystematik effizient bezüglich der Plaqueentfernung bei älteren Menschen mit parodontal saniertem Gebiss ist. Zusätzlich sollte evaluiert werden, ob bei dieser Patientengruppe ►

→ Vita

PROF. DR. HÜSAMETTIN GÜNAY

studierte Zahnheilkunde und ist Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde im Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine Hauptarbeitsgebiete sind die Präventive Zahnheilkunde, insbesondere zahnärztliche Gesundheitsförderung interdisziplinär (Präventionskonzepte für Mutter/Kind und Senioren/pflegebedürftige Menschen) und Parodontologie/(Peri-)Implantologie.



Foto: Karin Kaiser/01111

- ▶▶ eine proximale Reinigung mit einer kleinen elastischen, metallfreien Interdentalbürste mit Gummiborsten einen zusätzlichen Nutzen bei der Plaqueentfernung bringt.

2. Material und Methode

2.1 Teilnehmer

Bei den Teilnehmern handelte es sich um zufällig ausgewählte Patienten des Recall-Systems (unterstützende Parodontitis­therapie – UPT) der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover. Alle Patienten befanden sich bereits in einer langjährigen, regelmäßigen halb- bis viertel­jährigen parodontalen Nachsorge. Diese Nachsorge wurde immer von denselben Personen und unter den gleichen Bedingungen durchgeführt und beinhaltete wie allgemein empfohlen immer neben einer professionellen Zahnreinigung und Kontrolle des parodontalen Zustands auch eine individuelle Information, Motivation und Instruktion (iIMI) bezüglich Mundhygienemaßnahmen (z.B. Einhalten einer Putzsystematik, individuelle Schulung in die Interdentalraumreinigung mittels Zahnseide oder

durchmesserangepassten Interdentalbürsten).

Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt war eine Restbe­zahnung von 20 Zähnen, ein Mindestalter von 60 Jahren und ein PSI von höchstens Grad 3. Alle Teilnehmer wiesen stabile parodontale Verhältnisse auf. Als Ausschlusskriterien wurden körperliche Einschränkungen, die eine adäquate Mundhygiene erschweren, eine Radiatio im Kopf-/ Halsbereich in der Vergangenheit und Medikamenteneinnahmen, die klinische Werte verfälschen könnten (z.B. Antikoagulanzen), festgelegt.

Die Projektteilnahme war freiwillig und konnte jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Für das Projekt liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover vor (Votum-Nr. 1054–2011).

2.2 Studiendesign und erhobene Parameter

Um das Primärziel der Studie zu evaluieren (Effizienz des zweimaligen Zähneputzens auf die Plaqueentfernung) wurden zunächst 24 Probanden ausgewählt. Um das Nebenziel der Studie (zusätzliche proximale Reinigung



Abb. 1a und 1b: 68-jähriger Patient vor Visualisierung der Plaque (1a) und Zustand nach dem Anfärben der Plaque (QHI = 3,33 und API = 100%) (1b).



Abb. 1c und 1d: Zustand nach dem ersten Mal Zähneputzen mit einer Handzahn­bürste ohne erneutes Anfärben der Plaque (1c) und Zustand nach dem ersten Mal Zähneputzen mit einer Handzahn­bürste und erneutem Anfärben der Plaque (QHI = 2,81 und API = 100%) (1d).



Abb 1e und 1f: Zustand nach dem zweiten Mal Zähneputzen mit einer Handbürste ohne erneutes Anfärben der Plaque (1e) und Zustand nach dem zweiten Mal Zähneputzen mit einer Handzahnbürste und erneutem Anfärben der Plaque (QHI = 1,76 und API = 81,03%) (1f).

mit einer metallfreien Interdentalbürste mit Gummiborsten) zu untersuchen, wurden nochmals 12 Probanden ausgewählt. Es entstanden somit 2 Gruppen (Gruppe 1 = 24 Teilnehmer; Gruppe 2 = 12 Teilnehmer).

Alle Patienten wurden instruiert, am Abend und am Morgen vor dem Untersuchungstermin keine häuslichen Mundhygienemaßnahmen durchzuführen. An dem Untersuchungstermin wurden bei allen Patienten eine eingehende Untersuchung und eine allgemeine Anamnese durchgeführt. Anschließend wurde die dentale Plaque mithilfe eines Plaquerevelators (Mira-2-Ton, Hager & Werken, Duisburg-D.) sichtbar gemacht und daraufhin unter Zuhilfenahme einer Lupenbrille (2,5-fach, Orasoptic, Fa. Sigma Dental) der Approximalraumplaqueindex (API) [13] und der modifizierte Quigley-Hein-Plaqueindex (QHI) nach Turesky [25] erhoben (t0) (Abb. 1a und 1b). Bei dem API erfolgt die Beurteilung im ersten und dritten Quadranten von oral und im zweiten und vierten Quadranten vestibulär. In der vorliegenden Studie wurden jedoch in allen Quadranten die oralen und vestibulären Bereiche beurteilt. Bei Gruppe 2 erfolgte zusätzlich die Bestimmung eines modifizierten Plaqueindex zur Beurteilung der Ausdehnung der Plaque im approximalen Bereich in Anlehnung an den Quigley-Hein-Plaqueindex (= modifizierter QH-API) (Abb. 2). Anschließend wurden die Teilnehmer gebeten, mit ihren eigenen mitgebrachten Mundhygieneartikeln ihre übliche häusliche Mundhygiene durchzuführen. Dabei wurden sie gebeten, nach einer speziellen Systematik vorzugehen (zunächst die Kauflächen, dann die Zahninnenflächen und zum Schluss die Zahnaußenflächen; ggf. im Anschluss die Zahnzwischenräume und den Zungenrücken – Systematik: KIAZZ). Im Anschluss an diese erste Reinigung wurde die Plaque erneut mithilfe des Plaquerevelator angefärbt (Abb. 1c und 1d) und bei allen Teilnehmern der API und QHI, sowie bei Gruppe 2 zusätzlich der QH-API erhoben (t1). Danach wurden die Teilnehmer beider Gruppen inst-

ruiert, sich noch einmal gesondert mit einer erbsengroßen Menge fluoridierter Zahnpasta mindestens eine Minute lang die bereits gereinigten Zahnoberflächen und das Zahnfleisch systematisch in kleinen kreisenden Bewegungen zu putzen (Systematik KIAZZPlus). Die Teilnehmer der Gruppe 2 sollten zusätzlich nach diesem Vorgang die Zahnzwischenräume nach vorheriger Instruktion mit einer elastischen, metallfreien Interdentalbürste mit Gummiborsten (Soft-Picks Advanced, Fa. Gum Sunstar) reinigen. Nach diesem zweiten Putzvorgang wurde wiederum nach vorherigem Anfärben mit dem Plaquerevelator bei allen Teilnehmern (Abb. 1e und 1f) der API und QHI, sowie bei Gruppe 2 zusätzlich der QH-API erhoben (t2). ▶▶

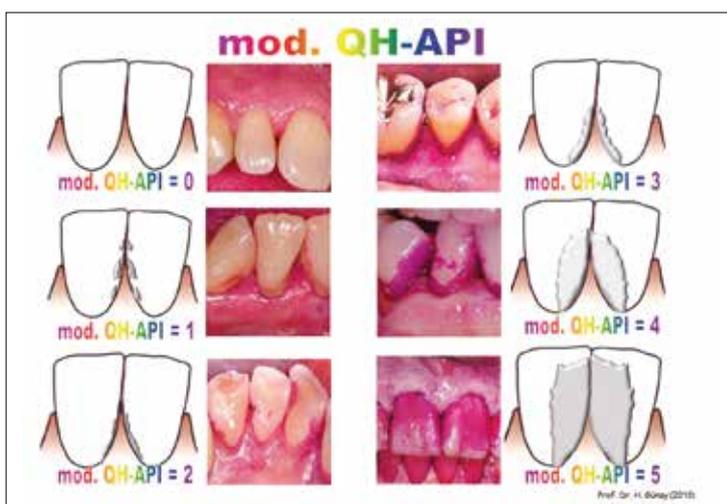


Abb 2: Modifizierter QH-Approximalplaque-Index (mod. QH-API, anlehnend an den Plaqueindex nach Quigley & Hein, 1962); 0 = keine Plaque, 1 = vereinzelte Plaqueinseln im zervikalen Drittel oder im Bereich der approximalen Flächen, 2 = durchgehender Plaquesaum entlang der Gingiva, 3 = Plaque bedeckt das zervikale Drittel, 4 = Plaque bedeckt das zervikale und mittlere Drittel, 5 = Plaque bedeckt die gesamte Approximalfläche (und auch die gesamte Glattfläche).

	API (%)		QHI	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
t0	100 ± 0,0	95,89 ± 7,98	2,65 ± 0,4	2,80 ± 0,47
t1	96,05 ± 7,63	88,57 ± 16,39	2,05 ± 0,58	2,1 ± 0,64
t2	75,31 ± 20,26	63,22 ± 24,48	1,2 ± 0,45	1,44 ± 0,43
t0-t1	3,95 ± 7,63	7,32 ± 9,47	0,60 ± 0,32 (22,64%)	0,70 ± 0,29 (25,00%)
t0-t2	24,69 ± 20,26	32,67 ± 19,57	1,45 ± 0,31 (54,72%)	1,36 ± 0,65 (48,58%)

Tab. 1: Durchschnittlicher API und QHI der Gruppe 1 (n = 24) und Gruppe 2 (n = 12) zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2, sowie die Reduktion der Plaqueindizes zu den Zeitpunkten t1 und t2 bezogen auf den Ausgangswert (t0).

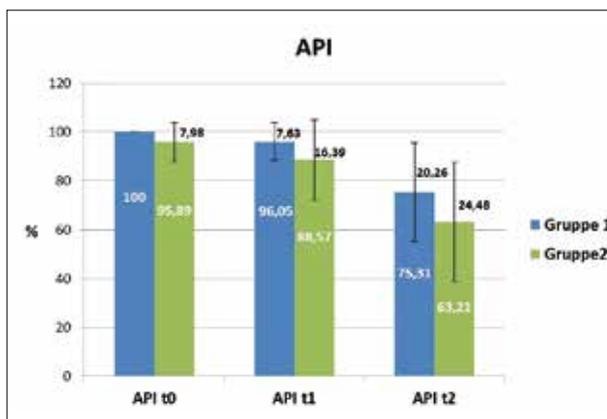


Abb. 3: API der Gruppe 1 und Gruppe 2 zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2

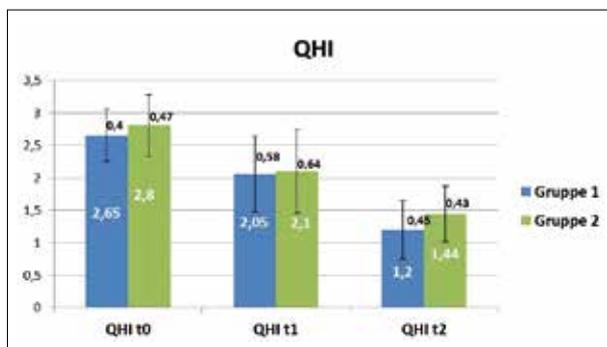


Abb. 4: QHI von Gruppe 1 und Gruppe 2 zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2

► 2.3 Statistische Auswertung

Die Analyse der Daten erfolgte mit dem statistischen Auswertungsprogramm SPSS/PC Version 23.0 für Windows (SPSS Incorporation, Chicago, IL, USA). Alle erhobenen Daten wurden pseudoanonymisiert ausgewertet. Für die klinischen Parameter wurden Mittelwerte mit Standardabweichung berechnet. Die errechneten Mittelwerte wurden zunächst mittels Kolmogorow-Smirnow-Test (KS-Test) auf Normalverteilung geprüft. Da die getesteten Variablen

(QHI-, API-Werte beider Gruppen) > 0,05 waren, konnte von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Der Mittelwertvergleich zwischen den Zeitpunkten erfolgte mittels t-Test für gepaarte Stichproben. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0,05$ festgelegt.

3. Ergebnisse

Es wurden insgesamt 36 Probanden (23 männlich; 13 weiblich) mit einem durchschnittlichen Alter von 70,17 ± 5,62 Jahren in die Studie einbezogen. Gruppe 1 bestand aus 24 Teilnehmern (13 männlich; 11 weiblich; durchschnittliches Alter: 69,67 ± 5,58 Jahre) und Gruppe 2 aus 12 Teilnehmern (10 männlich; 2 weiblich; durchschnittliches Alter: 71,17 ± 5,81 Jahre).

Vor dem ersten Putzvorgang zeigte sich bei den Teilnehmern der Gruppe 1 (n = 24) ein durchschnittlicher API von 100 ± 0,0% und ein durchschnittlicher QHI von 2,65 ± 0,40. Nach dem ersten Putzvorgang (t1) verringerte sich sowohl der API als auch der QHI nicht statistisch signifikant (API: 96,05 ± 7,63%; QHI: 2,05 ± 0,58). Nach dem zweiten Putzvorgang (t2) wurde der API und QHI weiter verringert, was sich im Vergleich zum Zeitpunkt t1 als statistisch signifikant herausstellte (API: 75,31 ± 20,26%; QHI: 1,20 ± 0,45) (Tab. 1; Abb. 3 und 4). In Tabelle 2 und Abbildung 5 sind die Ergebnisse des QHI und API (Tab. 5, Abb. 8) unterteilt in die vestibulären und oralen Zahnflächen vom Ober- und Unterkiefer zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 dargestellt.

Bei den Teilnehmern der Gruppe 2 zeigte sich ein ähnliches Bild. Vor dem ersten Putzvorgang wiesen die Teilnehmer der Gruppe 2 (n = 12) einen durchschnittlichen API von 95,90 ± 7,98% und einen durchschnittlichen QHI von 2,80 ± 0,47 auf. Nach dem ersten Putzvorgang (t1) verringerte sich sowohl der API als auch der QHI nicht statistisch signifikant (API: 88,57 ± 16,39%; QHI: 2,10 ± 0,64). Die Teilnehmer der Gruppe 2 wurden gebeten, nach dem zweiten Putzvorgang zusätzlich die Zahnzwischenräume mit einem speziellen Mundhygienehilfsmittel zu reinigen. Nach diesem Putzvorgang (t2) wurde der API und QHI weiter verringert, was sich im Vergleich zum Zeitpunkt t1 als statistisch signifikant herausstellte (API: 63,22 ± 24,48%; QHI: 1,44 ± 0,43) (Tab. 1 und 3; Abb. 3 und 4). Vergleicht man die Reduktion des Plaqueindexwertes bezogen auf den Ausgangswert (t0) zum Zeitpunkt t2, so zeigt sich in der Gruppe 2 im approximalen Bereich eine nicht statistisch signifikante höhere Reduktion als in Gruppe 1 (Gruppe 1 API-Differenz t0-t2: 24,69 ± 20,26%; Gruppe 2 API-Differenz t0-t2: 32,67 ± 19,57%). In Bezug auf die Glattflächen gab es zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede. In Abbildung 6 sind die Ergebnisse des QHI und API (Tab. 4, Abb. 7) unterteilt in die vestibulären und oralen Zahnflächen vom Ober- und Unterkiefer zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 dargestellt.

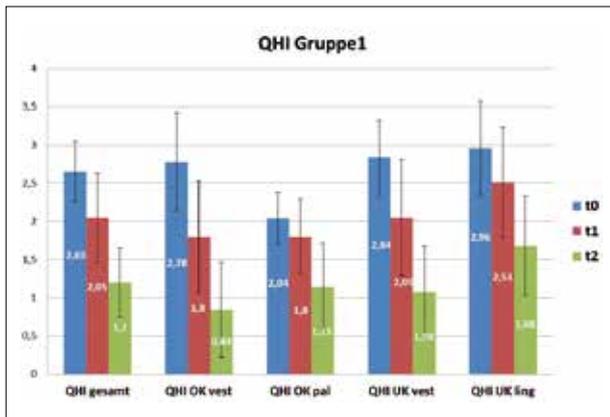


Abb. 5: QHI von Gruppe 1 zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 als Gesamtwert, sowie unterteilt in die Glattflächen von Ober- und Unterkiefer; OK = Oberkiefer, UK = Unterkiefer, vest = vestibulär, pal = palatinal, ling = lingual

Bei Gruppe 2 wurde zu allen Zeitpunkten zusätzlich ein modifizierter QH-API erhoben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 und in Abbildung 7 dargestellt.

4. Diskussion

In der vorliegenden Studie sollte die Effektivität des zweimaligen Zähneputzens unter Einhaltung einer Systematik bezüglich der Plaquereduktion bei jüngeren Senioren mit parodontal saniertem Gebiss evaluiert werden. Für die Glattflächen wurde hierfür die Reduktion des QHI betrachtet. Der QHI dient der quantitativen Beurteilung des Plaquerbefalls der koronalen Glattflächen. Hierbei wird den vestibulären und oralen Zahnflächen jeweils ein Wert zwischen 0 (keine Plaque) und 5 (Plaque bedeckt 2/3 der Zahnkrone oder mehr) zugeordnet [25]. Da der Plaquerbefall im Bereich der approximalen Zahnflächen bei diesem Index jedoch nur unzureichend beurteilt werden kann, wurde als zusätzlicher Index der API nach Lange herangezogen. Bei diesem Index erfolgt aber lediglich eine Ja-/Nein-Entscheidung auf das Vorhandensein von Plaque im Approximalraum. Die Ausdehnung der Plaque wird dabei nicht berücksichtigt. Zur Beurteilung einer Reinigungseffizienz und zur Patientenmotivation wäre nicht nur eine Aussage zur kompletten Belagsentfernung, sondern auch eine Aussage zur Reduktion der Plaqueausdehnung von Interesse. Um die Sensitivität zu erhöhen, wurde in der vorliegenden Studie deshalb eine Modifikation des Index vorgenommen (QH-API; s. Abb. 2). Der approximale Bereich wurde analog zum QHI bewertet. Um Unterschiede zum API aufzuzeigen und die klinische Umsetzbarkeit des Index zu evaluieren, wurde dieser aber nur in Gruppe 2 zusätzlich zum API erhoben. Zimmer et al. (2005) haben zur Erhöhung der Sensitivität bezüglich der Plaquereduktion im approximalen Bereich eine ähnliche Modifikation des API vorgenommen [31]. Die Autoren verwendeten für

Gruppe 1	QHI OK		QHI UK	
	vestibulär	palatinal	vestibulär	lingual
t0	2,78 ± 0,64	2,04 ± 0,34	2,84 ± 0,49	2,96 ± 0,61
t1	1,80 ± 0,73	1,80 ± 0,49	2,05 ± 0,76	2,51 ± 0,72
t2	0,84 ± 0,62	1,15 ± 0,56	1,08 ± 0,60	1,68 ± 0,65
t0-t1	0,98 ± 0,49 (35,25%)	0,24 ± 0,27 (11,76%)	0,79 ± 0,57 (27,82%)	0,45 ± 0,37 (15,20%)
t0-t2	1,94 ± 0,68 (69,78%)	0,89 ± 0,38 (43,63%)	1,76 ± 0,48 (61,97%)	1,28 ± 0,41 (43,24%)

Tab. 2: QHI der Gruppe 1 (n = 24) zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 unterteilt in die vestibulären und oralen Flächen von Ober- (OK) und Unterkiefer (UK), sowie die Reduktion der Plaqueindices zu den Zeitpunkten t1 und t2 bezogen auf den Ausgangswert (t0)

den approximalen Bereich das Plaqueindexsystem nach Silness und Loe (1964) [21] mit der Gradeinteilung von 0 (keine Plaque) bis 3 (gesamter Interdentalraum plaquebehaftet). Die Modifikation des API in der vorliegenden Studie dagegen ist etwas differenzierter bezüglich der Plaqueausdehnung. So wird analog zum QHI der approximale Bereich in Drittel eingeteilt. Die Beurteilung der Plaqueausdehnung erfolgt in 6 Grade (s. Abb. 2). Bei Grad 0 liegt keine Plaque vor. Grad 1 beschreibt vereinzelte Plaqueinseln im zervikalen Drittel der approximalen Flächen und Grad 2 einen durchgehenden Plaquesaum entlang der Gingiva approximal. Bei Grad 3 bedeckt die Plaque das gesamte zervikale Drittel des approximalen Bereichs, bei Grad 4 sind sowohl das zervikale und mittlere approximale Drittel betroffen und bei Grad 5 ist die gesamte Approximalfläche plaquebehaftet. Bei Gruppe 2 wurden zu jedem Untersuchungszeitpunkt sowohl der API als auch der QH-API erhoben. Nach dem zweiten Zähneputzen wurde eine Reduktion des API bezogen auf den Ausgangswert um 32,67% ermittelt. Betrachtet man jedoch in dieser Gruppe den QH-API, so beträgt die Reduktion dagegen 41,52%. Die Modifikation des API scheint somit geeigneter zur Beschreibung bzw. Evaluation einer Reduktion der Plaqueausdehnung als der ursprüngliche API.

Um die Plaqueindices zu erheben, wurde die Plaque vor und nach dem Zähneputzen mit einem Plaquerevelator (Mira-2-Ton, Hager & Werken, Duisburg, D.) sichtbar gemacht. Die klinischen Bilder (Abb. 1a-f) zeigten, dass nach dem ersten Zähneputzen und vor dem erneuten Anfärben weniger Plaque visualisiert werden konnte als bei einem erneuten Anfärben. Eventuell wurde der Plaquerevelator zum Teil durch den Putzvorgang und Inhaltsstoffe der Zahnpasta (z.B. Tenside) aus noch vorhandenen Belägen herausgewaschen oder entfärbt. Bei bisherigen Studien, welche ebenfalls den Plaquerevelator der vorliegenden Studie verwendeten und auf ein zweites Anfärben verzich-

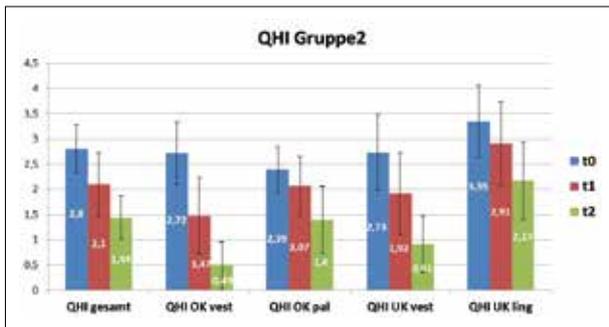


Abb. 6: QHI von Gruppe 2 zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 als Gesamtwert, sowie unterteilt in die Glattflächen von Ober- und Unterkiefer; OK = Oberkiefer, UK = Unterkiefer, vest = vestibulär, pal = palatinal, ling = lingual.

Gruppe 2	QHI OK		QHI UK	
	vestibulär	palatinal	vestibulär	lingual
t0	2,72 ± 0,62	2,39 ± 0,45	2,73 ± 0,75	3,35 ± 0,72
t1	1,47 ± 0,76	2,07 ± 0,59	1,92 ± 0,82	2,91 ± 0,83
t2	0,49 ± 0,47	1,40 ± 0,66	0,91 ± 0,56	2,17 ± 0,77
t0-t1	1,25 ± 0,58 (45,96%)	0,32 ± 0,39 (13,39%)	0,81 ± 0,46 (29,67%)	0,44 ± 0,33 (13,13%)
t0-t2	2,23 ± 0,59 (81,99%)	0,99 ± 0,54 (41,42%)	1,82 ± 0,67 (66,67%)	1,18 ± 0,58 (35,22%)

Tab. 3: QHI der Gruppe 2 (n = 12) zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 unterteilt in die vestibulären und oralen Flächen von Ober- (OK) und Unterkiefer (UK), sowie die Reduktion der Plaqueindices zu den Zeitpunkten t1 und t2 bezogen auf den Ausgangswert (t0).

► teten, könnten unter Umständen größere Reduktionen der Plaqueindices ermittelt worden sein, weil noch eventuell vorhandene Plaque entfärbt wurde und ohne Vergrößerungshilfe nicht mehr sichtbar war. In der Literatur finden sich diesbezüglich jedoch noch keine Untersuchungen, weshalb dieser Aspekt in zukünftigen Studien untersucht werden sollte. Auch in Hinblick auf die Patientenmotivation sollte dieser Aspekt eingehender evaluiert werden, denn die Plaque-revelatoren werden standardmäßig auch bei der Individual- und Gruppenprophylaxe zur Demonstration der Effektivität der Mundhygiene eingesetzt. Ohne ein zweites Anfärben könnte die Effektivität der Mundhygiene von den Patienten somit eventuell falsch eingeschätzt werden. Die Teilnehmer beider Gruppen sollten nach dem ersten Putzvorgang ihre Zähne nochmals mit einer erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Zahnpasta reinigen. Der Einfluss der Zahnpasta auf die mechanische Plaqueentfernung wird in der Literatur kontrovers diskutiert [5]. Eine Unterstützung der Plaqueentfernung konnte bisher nicht konstant nachgewiesen werden. Trotzdem hat die Verwendung von Zahnpasta durchaus ihre Berechtigung, da ihr weitere

Aufgaben, wie beispielsweise als Fluoridträger für die Kariesprävention, zugeschrieben werden. In der vorliegenden Studie wurde nicht der Einfluss der verwendeten Zahnpasta auf die Plaqueentfernung untersucht. Die Mehrheit der Bevölkerung verwendet zur mechanischen Plaqueentfernung zusätzlich Zahnpasta. Um also reale Alltagsbedingungen herzustellen, wurde von allen Probanden Zahnpasta verwendet. Die Patienten haben hierfür ihre eigene Zahnpasta verwendet. Es wurde lediglich darauf geachtet, dass es sich bei der verwendeten Zahnpasta um eine Erwachsenen-zahnpasta (Fluoridgehalt 1450 ppm) mit einem mittleren RDA-Wert [40–80]) handelte. Da für den ersten und zweiten Putzvorgang die gleiche Zahnpasta verwendet wurde, dürfte die Art der verwendeten Zahnpasta keinen Einfluss auf das Reinigungsergebnis gehabt haben.

Im Unterschied zu Gruppe 1 wurden die Teilnehmer der Gruppe 2 gebeten, nach dem zweiten Putzvorgang die Zahnzwischenräume mit einer elastischen, metallfreien Interdentalbürste mit Gummiborsten (Soft-Picks Advanced, Fa. Gum Sunstar) zu reinigen. Diese Hilfsmittel zur Zahnzwischenraumreinigung scheinen gerade für ältere Patienten geeignet zu sein, da im Alter die manuellen Fähigkeiten und die Geschicklichkeit oftmals nachlassen und diese Hilfsmittel, anders als die Zahnzwischenraumbürsten mit Metallkern, nicht verbiegen, einfacher in den Zahnzwischenraum einführbar und auch für einen ungeübten Patienten leicht anwendbar sind [1]. Betrachtet man die Reduktion des API bezogen auf den Ausgangswert, so scheint sich diese zusätzliche Reinigung jedoch nur marginal bemerkbar zu machen. Gruppe 1 wies eine Reduktion des API bezogen auf den Ausgangswert um 24,69% und Gruppe 2 um 32,67% auf. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Pilotstudie mit einer geringen Probandenzahl handelt. Außerdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei dem untersuchten Klientel auch zum Teil schwierig zu reinigende proximale Bereiche vorlagen. Zudem bestand eine Ungleichverteilung des Geschlechts in Gruppe 2. Der männliche Anteil in Gruppe 2 betrug mehr als 80%. Studien zeigen, dass das Mundhygieniveau bei Frauen häufig höher ist und dass eine Gingivitis beispielsweise vorzugsweise bei Männern auftritt [7]. Einen Erklärungsansatz dieses geschlechterspezifischen Unterschieds erklären Furuta et al. (2011) mit der zumeist positiveren Haltung gegenüber oraler Hygiene, den breiteren Kenntnissen und dem somit insgesamt besseren Mundhygieneverhalten von Frauen [8]. Die Ungleichverteilung der Geschlechter in Gruppe 2 hat somit eventuell das Ergebnis der zusätzlichen proximalen Reinigung negativ beeinflusst. In zukünftigen Studien sollte auf eine gleichmäßige Anzahl männlicher und weiblicher Studienteilnehmer geachtet werden. Zusätzlich sollte allerdings auch hier berücksichtigt werden, dass der API bezüglich

der Beurteilung einer Reinigungseffizienz nicht unbedingt geeignet ist. Es sollten weitere Untersuchungen erfolgen, in denen anstelle des API ein modifizierter approximaler Plaqueindex, welcher die Plaqueausdehnung mit berücksichtigt (z.B. der QH-API), zur Anwendung kommt. Auch sollten weitere Studien erfolgen, die den klinischen Nutzen der Interdentalraumreinigung bezogen auf die Entstehung von Karies untersuchen, da es bisher diesbezüglich keine aussagekräftigen Studien gibt [19].

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass der Plaqueindex durch das zweimalige Zähneputzen unter Einhaltung einer Systematik bei instruierten und motivierten Patienten signifikant mehr reduziert werden kann als durch einen einzigen Putzvorgang. In beiden Gruppen wurde der Plaqueindex bezogen auf die Glattflächen nach dem ersten Putzvorgang um etwas weniger als ein Drittel (Differenz QHI t0–t1 Gruppe 1 22,64%, Differenz QHI t0–t1 Gruppe 2 25,00%) und bezogen auf die Approximalflächen nur marginal (Differenz API t0–t1 Gruppe 1 3,95%, Differenz API t0–t1 Gruppe 2 7,32%) reduziert. Ähnliche Ergebnisse werden auch in dem Übersichtsartikel von Slot et al. dargestellt [23]. Der Artikel gibt einen Überblick über Studien, die die Effektivität der Handzahnbürste in Hinblick auf die Plaqueentfernung evaluiert haben. Hier wird über eine Reduktion des QHI um durchschnittlich 30% berichtet [23]. Nach dem zweiten Putzvorgang konnte bezogen auf die Glattflächen in der vorliegenden Studie in beiden Gruppen annähernd eine Reduktion um die Hälfte erreicht werden (Differenz QHI t0–t2 Gruppe 1 54,72%, Differenz QHI t0–t2 Gruppe 2 48,57%). In Hinblick auf den Approximalbereich zeigte sich eine Reduktion des Plaqueindexwertes um etwa ein Drittel (Differenz API t0–t2 Gruppe 1 24,69%, Differenz API t0–t2 Gruppe 2 32,67%). Durch das zweimalige Zähneputzen wird die Putzdauer insgesamt erhöht. Studien belegen, dass durch eine Er-

höhung der Putzdauer sowohl bei der Verwendung von manuellen wie auch bei elektrischen Zahnbürsten mehr Plaque reduziert werden kann [15, 26, 28]. So konnte ermittelt werden, dass durch einminütiges Zähneputzen durchschnittlich eine Plaquereduktion von 27% und durch zweiminütiges Zähneputzen von 41% erreicht wird [23]. Allerdings scheint es zielführender zu sein, den Patienten zu empfehlen zweimalig nach einer bestimmten Systematik (z.B. KIAZZPlus) zu putzen und so indirekt die Putzdauer zu erhöhen, als die reine Empfehlung zu einer Erhöhung der Putzdauer zu geben, denn Untersuchungen konnten zeigen, dass ein Missverhältnis zwischen geschätzter und tatsächlicher Putzdauer besteht [20]. Die tatsächliche Putzdauer von durchschnittlich 68,8 sec wurde von Probanden mehr als doppelt so lang (148,1 sec) empfunden [20]. Die Putzzeiten der Probanden der vorliegenden Studie wurden nicht erhoben. Es wurde bei der Durchführung lediglich darauf geachtet, dass die Putzdauer nicht unter 2 min betrug. Bei den Probanden der vorliegenden Studie handelt es sich um Patienten, die regelmäßig an einem Recall-System teilnehmen. Zudem war die Teilnahme an der Studie freiwillig. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss also berücksichtigt werden, dass es sich bei den Teilnehmern sicherlich um motivierte Patienten handelt, welche zudem auch sensibilisiert sind bezüglich häuslicher Mundhygienemaßnahmen (z.B. Einhalten einer Putzsystematik, Durchführung von Zahnzwischenraumreinigung) und dies Probandenkollektiv nicht den Bevölkerungsdurchschnitt widerspiegelt. Allerdings sollte bei der vorliegenden Pilotstudie zunächst auch nur primär abgeschätzt werden, ob die einfache Modifikation in Form des zweimaligen Zähneputzens einen positiven Effekt auf die Plaquereduktion hat. Es sollten also weitere Studien mit einem Probandenkollektiv durchgeführt werden, welche den Bevölkerungsdurchschnitt widerspiegelt. ►►

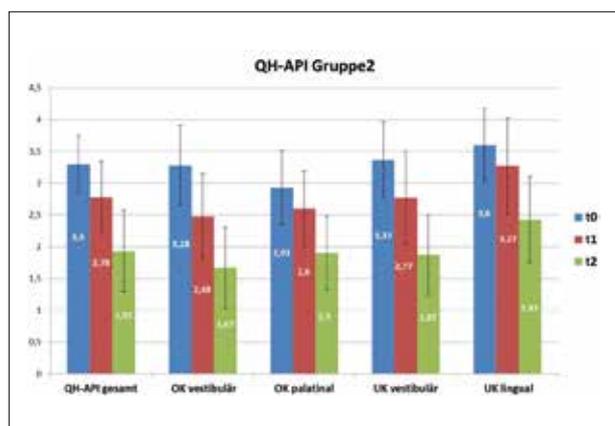


Abb. 7: QH-API von Gruppe 2 zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 als Gesamtwert, sowie unterteilt in den vestibulären und oralen approximalen Bereich von Ober- (OK) und Unterkiefer (UK).

Gruppe 2	QH-API	QH-API	QH-API	QH-API	QH-API
	gesamt	OK vestibulär	OK palatinal	UK vestibulär	UK lingual
t0	3,30 ± 0,45	3,28 ± 0,62	2,93 ± 0,59	3,37 ± 0,60	3,60 ± 0,58
t1	2,78 ± 0,57	2,48 ± 0,67	2,60 ± 0,59	2,77 ± 0,73	3,27 ± 0,76
t2	1,93 ± 0,64	1,67 ± 0,64	1,90 ± 0,58	1,87 ± 0,63	2,43 ± 0,68
t0-t1	0,52 ± 0,19 (15,76%)	0,80 ± 0,37 (24,39%)	0,34 ± 0,28 (11,60%)	0,61 ± 0,32 (18,10%)	0,33 ± 0,43 (9,17%)
t0-t2	1,37 ± 0,41 (41,52%)	1,60 ± 0,68 (48,78%)	1,04 ± 0,47 (35,49%)	1,50 ± 0,51 (44,51%)	1,17 ± 0,54 (32,50%)

Tab. 4: QH-API der Gruppe 2 (n = 12) zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 als Gesamtwert, sowie unterteilt in die vestibulären und oralen Flächen von Ober- (OK) und Unterkiefer (UK), sowie die Reduktion der Plaqueindices zu den Zeitpunkten t1 und t2 bezogen auf den Ausgangswert (t0).



Gruppe 1	API OK (%)		API UK (%)	
	vestibulär	palatinal	vestibulär	lingual
t0	100 ± 0,00	100 ± 0,00	100 ± 0,00	100 ± 0,00
t1	91,81 ± 11,76	95,46 ± 8,11	96,12 ± 8,25	95,73 ± 0,92
t2	68,51 ± 23,17	68,45 ± 27,29	78,03 ± 21,99	82,15 ± 19,73
t0-t1	8,19 ± 11,76	4,54 ± 8,11	3,88 ± 8,25	4,27 ± 10,92
t0-t2	31,49 ± 23,17	31,55 ± 27,29	21,97 ± 21,99	17,85 ± 19,73

Tab. 5: API der Gruppe 1 (n = 24) zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 unterteilt in die vestibulären und oralen Flächen von Ober- (OK) und Unterkiefer (UK), sowie die Reduktion der Plaqueindices zu den Zeitpunkten t1 und t2 bezogen auf den Ausgangswert (t0).

Die Teilnehmer der vorliegenden Studie wurden gebeten, die Zahnreinigung nach einer bestimmten Systematik durchzuführen. Das Einhalten einer Systematik soll sicherstellen, dass auch alle Zähne und Zahnflächen gereinigt werden. Die von den Autoren empfohlene Systematik ist die KIAZZ-Systematik, bei welcher zunächst die Kauflächen, danach die Zahninnenseiten, gefolgt von den Zahnaußenflächen, den Zahnzwischenräumen und dem Zungenrücken gereinigt werden. Erfahrungen mit den Patienten unseres Recall-Systems haben gezeigt, dass gerade ältere Patienten diese Systematik gut umsetzen können. Bei der vorliegenden Studie wurde darauf geachtet, dass die Patienten systematisch beim Zähneputzen vorgehen, allerdings wurde nicht explizit auf dem Einhalten der KIAZZ-Systematik bestanden. Die Patienten konnten auch nach einer anderen Systematik vorgehen. Das primäre Ziel der Pilotstudie war auch nicht die Untersuchung der Effektivität einer bestimmten Systematik, sondern es sollte eruiert werden, ob durch ein zweimaliges Zähneputzen eine höhere Plaquereduktion erreicht werden kann. In der vorliegenden Studie wurden auch nach dem zweiten Putzvorgang die Oralfächen von allen Probanden weniger gut als die vestibulären Flächen gereinigt. Ähnliche Ergebnisse werden auch durch andere Studien belegt, in denen ermittelt wurde, dass die vestibulären Flächen besser als die Oralfächen und die Oralfächen des Oberkiefers besser als die des Unterkiefers gereinigt werden [11, 12]. Bei der Motivation und Instruktion des Patienten muss dieser Aspekt stärker in den Vordergrund gerückt werden.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass man bei älteren Patienten mit parodontal sanierten Gebissen durch eine einfache Modifikation der häuslichen Mundhygiene in Form eines zweimaligen Putzens unter Einhaltung einer Systematik eine Erhöhung der Plaqueentfernung erreichen kann.

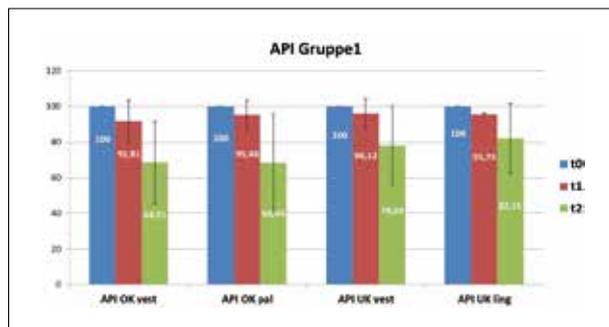


Abb. 8: API von Gruppe 1 zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 unterteilt in den vestibulären und oralen approximalen Bereich von Ober- (OK) und Unterkiefer (UK); vest = vestibulär, pal = palatinal, ling = lingual.

Durch die zusätzliche Interdentalraumreinigung mit kleinen elastischen, metallfreien Interdentalbürsten mit Gummiborsten konnte in der vorliegenden Studie nur eine geringe zusätzliche Reduktion der approximalen Plaqueindexwerte erreicht werden. Unter Berücksichtigung der Limitation der vorliegenden Pilotstudie sollten jedoch weitere Untersuchungen erfolgen, in denen die Effektivität des zweimaligen Zähneputzens in Kombination mit der Zahnzwischenraumreinigung evaluiert wird. Um eine Effizienz bezüglich der Plaquereduktion im Approximalraum besser zu beurteilen, wäre es wünschenswert, anstelle einer reinen Ja-/Nein-Entscheidung auf das Vorhandensein von Plaque die Plaqueausdehnung mit zu beurteilen. Hier scheint die Verwendung eines Index in Form des in der vorliegenden Studie vorgestellten modifizierten API eine einfache Möglichkeit zu sein.

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

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hüsamettin Günay
Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
E-Mail: Guenay.H@mh-hannover.de

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Deutschen Ärzte-Verlags, Erstveröffentlichung DZZ 2018; 73: 153-163

Das Literaturverzeichnis können Sie unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten> herunterladen oder unter nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.



Foto: © melita/Fotolia.com

Wolfenbütteler Gespräch 2019

Zum Wolfenbütteler Gespräch 2019 am Samstag, den 09. März 2019 laden wir Sie herzlich in die Ostfalia-Hochschule für angewandte Wissenschaften, Salzdahlumer Straße 46, Wolfenbüttel, ein.

Eine Anfahrtsbeschreibung finden Sie unter www.ostfalia.de.

*Dr. Karl-Heinz Zunk, stellv. Vorsitzender der Bezirksstelle Braunschweig der ZKN
Dr. Jörg Thomas, Vorsitzender der Bezirksstelle Braunschweig der ZKN*

- 09:00 Uhr **Begrüßung**
„Aus aktuellem Anlass“
Dr. Jürgen Hadenfeldt, stellv. Vorsitzender der KZV Niedersachsen
- 09:30 Uhr Referent: Prof. Dr. Michael Naumann, Stahnsdorf
Mit freundlicher Unterstützung der Firma Dentsply Sirona
Endo vs. Implantate – wann sollte die Entscheidung für was fallen?
- 10:30 Uhr **Frühstücksbuffet**
Mit freundlicher Unterstützung der Firma Pluradent
- 11:15 Uhr **Post Endo – mit und ohne Stiftverankerung**
- ca. 13:00 Uhr **Ende**



Diesen Abschnitt bitte als Fax, bis spätestens zum 04.03.19, an die Bezirksstelle Braunschweig der ZKN: 0531 2403901 zurücksenden.

Am Wolfenbütteler Gespräch am 09.03.2019 nehme ich mit ____ Personen teil.

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____ Stempel: _____

Die Zukunft der Prophylaxe

Die Bedeutung der Prävention in der Zahnmedizin wird zunehmen. Vor allem auch aufgrund ihrer positiven Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit. Schon heute wird der Zahnarzt mehr und mehr zum Mund-Arzt.

Prognosen sind schwierig – vor allem wenn sie die Zukunft betreffen. Dies gilt selbstverständlich auch für die Zahnmedizin. Dennoch: grundlegende Trends für das nächste Jahrzehnt sind bereits heute absehbar. Der Berufsstand wird mittelfristig ganz entscheidend von folgenden Faktoren geprägt sein: der demografischen Entwicklung (die Menschen werden älter werden), dem enormen Kostendruck im Gesundheitswesen, dem Mangel an qualifizierten Fachkräften und der Feminisierung des Berufsstandes. Fachlich scheint ebenfalls die grundlegende Richtung vorgegeben: Durch effektive präventive Strategien für alle Altersgruppen lässt sich ein Großteil der Hart- und Weichgewebserkrankungen der Mundhöhle vermeiden. Abweichungen vom „Gesunden“ werden durch neue Diagnoseverfahren frühzeitiger als bisher erkannt. Therapeutische Eingriffe erfolgen in einem Stadium, das eine weitgehende Restitutio ad integrum ermöglicht und mit Materialien/Strategien, die die Rezidivrate minimieren. Eine verstärkte „Digitalisierung der Zahnmedizin“ ist zu erwarten. Außerdem entwickelt sich der Zahnarzt zum Mund-Arzt weiter. Der Stellenwert der Prävention wird in jedem Fall wachsen.

Wichtige Grundlagen

Zahnmedizinische Prophylaxe „von der Wiege bis zur Bahre“ ist sinnvoll und funktioniert: Karies, Gingivitis und Parodontitis, die häufigsten Krankheiten der Mundhöhle, sind vermeidbar. Das ist keine Theorie, sondern seit Jahrzehnten erfahrene Realität.

Die zentrale Strategie hat sich – aufgrund erwiesener Wirksamkeit – in den vergangenen 25 Jahren nicht geändert. Die regelmäßige mechanische Entfernung von Zahnbelägen durch häusliche und professionelle Maßnahmen (das mechanische Biofilmmangement) steht nach wie vor im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Zähne und des Zahnhalteapparates. Der Volksmund hat dies allgemeinverständlich formuliert im Satz: „Ein sauberer Zahn bleibt gesund.“



Prof. Dr. Johannes Einwag
Direktor des Zahnmedizinischen Fortbildungszentrums Stuttgart,
Vorsitzender der Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde

Das verstehen nicht nur Kinder, das verstehen sogar Erwachsene. Ist eigentlich ganz einfach. Wo liegt dann das Problem? Wieso gibt es nach wie vor Löcher in den Zähnen (Karies), wieso gibt es Zahnfleischbluten und wackelnde Zähne (Gingivitis/Parodontitis)?

Das Problem

Es gibt nichts Gutes, außer man tut es. Auch diese Erkenntnis ist einfach. Die Bildung der Beläge geschieht lebenslang – also müssen die Maßnahmen zur Belagentfernung ebenfalls lebenslang erfolgen. Und dazu bedarf es lebenslanger Motivation.

Und – was gelegentlich vergessen wird – nicht nur die Regelmäßigkeit, sondern auch die Qualität der Belagentfernung ist von Bedeutung. Ein „sauberer Zahn“ bedeutet: 100 Prozent sauber. Und beim „Säubern der Zähne“ (Hartgewebe) und des umgebenden Zahnfleisches (Weichgewebe) gelten grundsätzlich die gleichen Regeln, wie sie auch für die Reinigung anderer harter oder weicher Oberflächen (Auto, Teller, Kleid, Hose) selbstverständlich vorausgesetzt werden: Nutzen stiften (säubern), ohne Schaden anzurichten (die Oberfläche zu beschädigen). Vereinfacht ausgedrückt: Der Belag muss weg – aber schonend. Dieses Ziel ist trotz intensiver Instruktion durch geschulte Prophylaxeassistentinnen oder Dentalhygienikerinnen und Zuhilfenahme der modernsten Hilfsmittel im Rahmen häuslicher Maßnahmen allein selbst bei bestem Willen nur für die wenigsten Menschen umzusetzen – zusätzliche professionelle Hilfe zur Vor- oder Nachsorge von Erkrankungen ist erforderlich.

Gute Nachricht

Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Geändert haben sich in den vergangenen Jahren allerdings sowohl die Motivation der Bürger als auch die praktischen Möglichkeiten, mit denen Prophylaxe im Alltag des Einzelnen – unabhängig von seinen individuellen Erkrankungsrisiken – umgesetzt werden kann. Verantwortlich ist das vermehrte Angebot gruppen- und individualprophylaktischer Maßnahmen durch entsprechend qualifiziertes Personal, sowohl im pädagogischen als auch im fachlichen Bereich. Durch die Gruppenprophylaxe wurde innerhalb einer Generation eine neue soziale Norm eingeführt. „Eine Person in Deutschland putzt sich täglich mindestens einmal die Zähne!“ Die Frage



Abb. 1: Biofilm. Die Entfernung des oralen Biofilms steht nach wie vor im Zentrum der präventiven Maßnahmen.



Abb. 2: Qualifikation. Für die Aufstiegsfortbildung am ZFZ Stuttgart stehen eine moderne Infrastruktur und qualifizierte Ausbilder zur Verfügung.

„Warum Prophylaxe?“ stellt sich nicht mehr. Insbesondere Menschen unter 30, aber nicht nur sie, haben die Vorteile der Prophylaxe am eigenen Leib erfahren – und registriert, dass die Folgen zahnärztlicher Prophylaxe deutlich über die Gesunderhaltung der Mundhöhle hinausgehen und ganzheitliche Aspekte wie Ästhetik, Attraktivität, Selbstsicherheit, Allgemeingesundheit, Lebensfreude und Lebensqualität positiv beeinflussen.

Individualprophylaxe

Erfolgreiche Individualprophylaxe baut auf diesem Grundkonsens auf. Sie beantwortet – basierend auf der Diagnose des individuellen Erkrankungsrisikos – die Fragen nach dem „Wie und womit Prophylaxe?“. Und hier haben sich in den vergangenen Jahren enorme Entwicklungen vollzogen, sowohl was die Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Strukturen und Organisationen der Zahnarztpraxen (eigene Prophylaxezimmer mit separater Terminvergabe), die Hilfsmittel zur häuslichen Prophylaxe (Zahnbürsten, Zahnpasten ...) als auch zur professionellen Prävention (Handinstrumente, Schall- und Ultraschallgeräte, Pulverstrahlgeräte ...) betrifft. Das Ergebnis kann sich sehen lassen! Bei etwa 90 Prozent aller Personen führt die Prophylaxe zu einer deutlichen Verbesserung der Zahngesundheit und der Lebensqualität, eine Entwicklung, auf die wir durchaus stolz sein können.

Herausforderungen

Grund zur Euphorie gibt es dennoch nicht. Gleichzeitig formuliert diese Zahl indirekt die Herausforderung für die Zukunft: Programme, Konzepte, Strategien zu entwickeln, mit denen auch die restlichen zehn Prozent erreicht werden können – in allen Altersgruppen. Hier gibt es eine Reihe interessanter Ansätze, insbesondere zur Motivation und Remotivation, zum Beispiel zielgruppengerechte Gesundheitsapps. Gleichzeitig muss dafür Sorge getragen werden, dass die Generation der jungen Eltern, die die Vorteile der Prophylaxe erfahren hat, dies nicht als selbstverständlich ansieht und damit das Problembewusstsein für die täglichen Prophylaxeroutinen nicht nur bei sich selbst, sondern auch den Kindern verliert. Schließlich muss es gelingen, die Erfolge der Prävention in den ersten Lebensjahrzehnten auch in die höheren Altersgruppen zu transportieren. Wir sind also noch lange nicht am Ziel, aber auf einem guten Weg.

Handlungsbedarf

Angesichts unterschiedlicher individueller Erkrankungsrisiken ist zur Umsetzung präventiver Maßnahmen ein kombiniertes Vorgehen sinnvoll.

- Maßnahmen der Kollektiv- und Gruppenprophylaxe zur Etablierung eines Mundgesundheitsbewusstseins bzw. einer sozialen Norm: „Die Durchführung von Mundhygienemaßnahmen in allen Altersgruppen ist eine Selbstverständlichkeit“.
Durch geeignete Information über die Massenmedien sowie Zahngesundheitserziehung in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen ... werden sowohl die grundsätzliche Frage nach dem „Warum Mundhygiene?“ beantwortet als auch die Eltern, Kinder und Betreuer (von der Kindertagesstätte bis zum Seniorenheim) zur regelmäßigen Durchführung von Mundhygienemaßnahmen motiviert.
- Maßnahmen der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis. Sie klären das „Wie“ und „Womit“, Fragestellungen, die nur individuell – und im Laufe des Lebens immer wieder unterschiedlich beantwortet werden.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Mitarbeiter in den Zahnarztpraxen sowie der Gesundheitserzieher müssen angepasst werden, um die Möglichkeiten der Prävention flächendeckend umsetzen zu können.

Prophylaxe funktioniert bereits heute

Realistisches Ziel bis 2020 ist eine Optimierung bestehender Strukturen und Prozesse in den relevanten Bereichen (von der Zahngesundheitserziehung in den Kindertagesstätten über die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Zahnarztpraxen bis hin zu einer entsprechend attraktiven Gestaltung der Gebührenordnung), um die bestehenden fachlichen Möglichkeiten möglichst effizient auszunutzen. ■

Prof. Dr. Johannes Einwag
Direktor des Zahnmedizinischen Fortbildungszentrums
Stuttgart, Vorsitzender der Gesellschaft für Präventive
Zahnheilkunde

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung Zahnärzteblatt
Baden-Württemberg.

Wann sind Einwilligungserklärungen in der Zahnarztpraxis erforderlich?

WENIGER IST MANCHMAL MEHR!

Uns erreichen vermehrt Anfragen zur Notwendigkeit von Einwilligungserklärungen im Zusammenhang mit den Regelungen des Datenschutzes.

Muss jeder Patient, der Ihre Zahnarztpraxis betritt, Einwilligungserklärungen für die Erhebung bzw. Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten abgeben?
Eindeutige Antwort: Nein.

Die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten ist zwar grundsätzlich verboten.

Aber: Kein Grundsatz ohne Ausnahme. Eine solche besteht dann, wenn ein sogenannter Erlaubnistatbestand existiert.

Eine Erlaubnis kann sich ergeben aus:

- ✓ Der eindeutigen und ausdrücklichen Einwilligung des Patienten,
- ✓ einem gesetzlichen Tatbestand.

In einer Zahnarztpraxis kommt in den weit überwiegenden Fällen gerade dieser gesetzliche Tatbestand zum Tragen. Zum einen geschieht dies in Form des zwischen dem behandelnden Zahnarzt und dem Patienten – meist durch schlüssiges Handeln – abgeschlossenen Behandlungsvertrags (Art. 9 Abs. 2 lit. h) i V.m. Art. 6 lit. b) DSGVO, § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG).

Zum anderen ergeben sich beispielsweise aus dem Patientenrechtegesetz (§§ 630 f. BGB) oder der Berufsordnung Dokumentationspflichten. Darüber hinaus erlauben verschiedenste Rechtsnormen die Übermittlung personenbezogener Daten.

Dies hat zur Folge, dass alle personenbezogenen Daten (Gesundheits- und Personaldaten), soweit diese für die Erfüllung der Rechte und Pflichten eines gegenseitigen Vertrages erforderlich sind, ohne Einwilligung erhoben und verarbeitet werden dürfen und sogar sollten.

Dies beinhaltet Präventionsmaßnahmen, Diagnostik, Therapie und auch die Nachsorge.

Die Weitergabe der Daten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZVN) erfolgt ebenfalls auf Basis einer gesetzlichen Grundlage (§ 295 SGB V). Eine ausdrückliche,

gesondert abverlangte Einwilligung ist nur in den Fällen erforderlich, in denen die Datenverarbeitung über die Patientenversorgung hinausgeht.

Die wichtigsten Fälle dieser Art sind:

- ▶ Nutzung der Patientendaten als Informationsservice (sog. Recallsystem),
- ▶ Weitergabe der Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde Ärzte,
- ▶ Nutzung einer externen privaten Abrechnungsstelle.

Wichtig:

Die Einwilligungserklärungen dürfen keinesfalls mit der Patienteninformation verwechselt werden. In dieser sind Sie gemäß Art 13 DSGVO dazu verpflichtet, Ihre Patienten darüber zu informieren, was mit ihren Daten passiert. Um dieser Pflicht nachzukommen genügt es, wenn die Information gut sichtbar in Ihrer Praxis ausliegt. Es empfiehlt sich, einige Exemplare vorrätig zu haben, falls ein Patient gerne die Datenschutzinformation mitnehmen möchte. ■

____ Ass. jur. Sabrina Pfütze
Sachbearbeitung ZKN

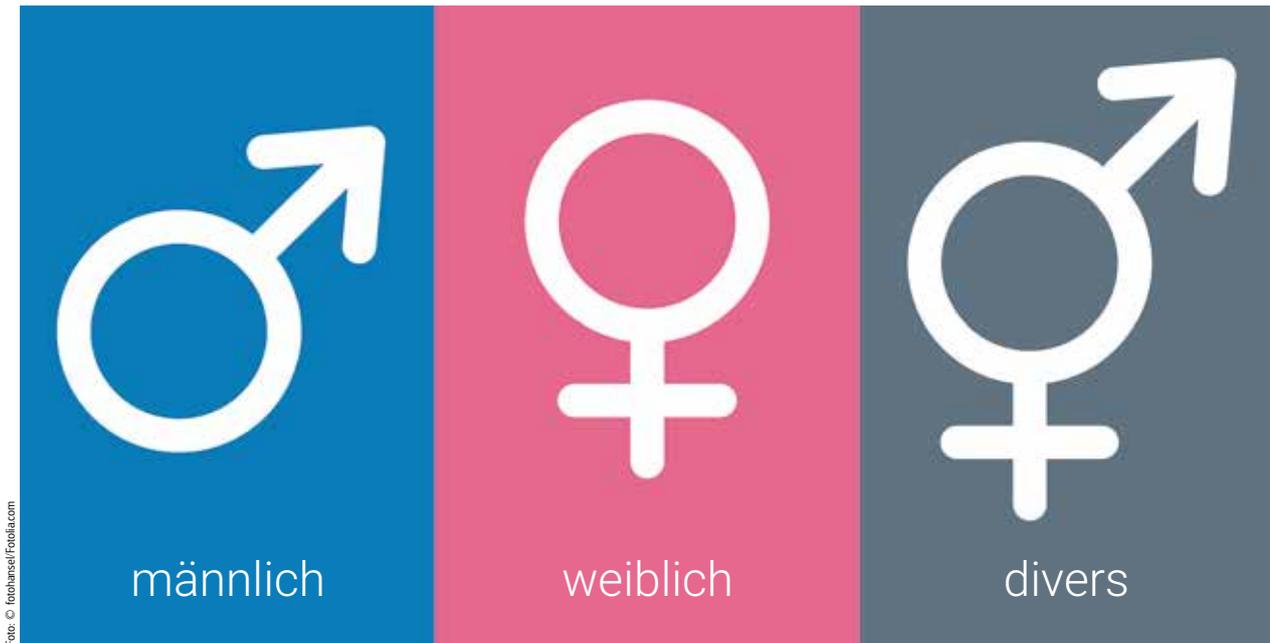


Ass. jur. Sabrina Pfütze
Sachbearbeitung ZKN

Weiterführende Informationsquellen:

Zu den Voraussetzungen einer rechtswirksamen Einwilligung lesen Sie bitte auch:

- ▶ NZB Ausgabe Juli/August 2018:
„Der Umgang mit Patientendaten im Hinblick auf die DSGVO – State of the Art 2018“
- ▶ Die Informationen zum Datenschutz auf der Homepage der ZKN:
<https://zkn.de/praxis-team/datenschutz0.html>
- ▶ Oder als ZQMS-Anwender die Informationen beim Durcharbeiten des Sektors „Datenschutz“ im ZQMS-Kreissegment „Strukturqualität“ sowie die Informationen und Hilfen im Service-Portal unter „Datenschutz“.



Vorsicht Falle bei der Stellenausschreibung

Mitte Dezember 2018 haben Bundestag und Bundesrat das Gesetz zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben beschlossen. Dieses Gesetz sieht neben männlich und weiblich auch ein drittes Geschlecht mit der Bezeichnung divers vor.

Mit dieser Rechtsänderung hat die Bundesregierung auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2017 (Urteil vom 10.10.2017, Az. 1 BvR 2019/16) reagiert. Die Verfassungsrichter hatten seiner Zeit entschieden, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch die geschlechtliche Identität umfasst. Es schützt somit auch die geschlechtliche Identität derjenigen, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen. Bisher wurden Intersexuelle entweder als männlich oder weiblich im Personenstandsregister eingetragen, was die Richter als unzulässige Diskriminierung (Art. 3 Abs. 3 S. 1 GG) einstufen.

Für Zahnarztpraxen ist diese Rechtsänderung besonders im Rahmen der Stellenausschreibung von Bedeutung. Hierbei sind bekanntermaßen die Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) zu beachten.

Dieses Gesetz stellt neben der Religion, der Weltanschauung, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Behinderung, dem Alter und der sexuellen Identität auch das Geschlecht unter einem besonderen Schutz. Bezogen auf diese Rechtsgüter besteht ein klares Benachteiligungsverbot (§ 7 AGG). Da das AGG lange vor der obigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes erlassen wurde, greift es das dritte Geschlecht nicht ausdrücklich auf und differenziert in seinen Formulierungen nur zwischen Männern und Frauen (z.B. § 6 AGG). Dennoch ist davon auszugehen, dass die Rechtsprechung dieses Gesetz (notwendigerweise) verfassungskonform auslegen wird und das dritte Geschlecht in den Schutzbereich der Norm einbezieht.

Um eine mögliche Diskriminierung zu verhindern, sollten sich Stellenanzeigen künftig nicht mehr nur an Männer und Frauen richten, sondern auch das dritte Geschlecht einbeziehen. Dies könnte z.B. wie folgt aussehen: Zahnmedizinische Fachangestellte (m/w/d). Falls möglich, kann auch eine geschlechtsneutrale Formulierung wie Behandlungsassistentin gewählt werden. ■

_____ Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer Zahnärztekammer Niedersachsen

Kein automatischer Verfall des Resturlaubs/ Urlaubsanspruch ist vererblich



Der 6. November 2018 war ein Schicksalstag für das deutsche Arbeitsrecht. Mit mehreren Entscheidungen fegte der Europäische Gerichtshof die teilweise jahrzehntelang geübte Spruchpraxis deutscher Gerichte vom Tisch.

Verfall von Resturlaub

Zwei Entscheidungen befassten sich mit dem Verfall nicht wahrgenommener Urlaubsansprüche (EuGH, Entscheidungen vom 06.11.2018: Az: C-684/16 und C -619/16).

Grundsätzlich soll der Erholungsurlaub im Kalenderjahr des Entstehens genommen werden. Eine Übertragung des Urlaubs auf das nächste Kalenderjahr ist nur statthaft, wenn dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe (z.B. Krankheit) dies rechtfertigen. Im Fall der Übertragung muss der Urlaub in den ersten drei Monaten des folgenden Kalenderjahrs gewährt und genommen werden, so bestimmt es eigentlich der § 7 Abs. 3 des Bundesurlaubsgesetzes (BurlG). Wurde der Urlaub bisher nicht genommen, verfiel er automatisch mit Ablauf des März.

Diese Praxis dürfte nunmehr der Vergangenheit angehören. Mit seinen Entscheidungen hat der EuGH klargestellt, dass Arbeitnehmer den ihnen nach Unionsrecht zustehenden Urlaub (d.h. den gesetzlichen Mindesturlaub) nicht automatisch verlieren, wenn sie zuvor keinen Urlaubsantrag

gestellt haben. Urlaubsansprüche sollen nach Auffassung der Richter nur dann automatisch verfallen, wenn der Arbeitnehmer tatsächlich in der Lage war, seinen bezahlten Jahresurlaub zu nehmen. Dies sei aber nur dann der Fall, wenn der Arbeitgeber den Arbeitnehmer erforderlichenfalls sogar dazu auffordert, den Urlaub zu nehmen und ihm mitteilt, dass der nicht genommene Urlaub am Ende des zulässigen Übertragungszeitraums oder am Ende des Arbeitsverhältnisses verfallen wird. Der bisherige Verfallautomatismus kraft Gesetzes gehört daher der Vergangenheit an. Arbeitgebern ist daher anzuraten, ihre Arbeitnehmer in die Lage zu versetzen, ihren bezahlten Jahresurlaub zu nehmen. Welche Verhaltensweisen bzw. Hinweise hierzu konkret notwendig sind, wird im Einzelnen noch durch die Rechtsprechung zu klären sein. Es empfiehlt sich jedoch, die Mitarbeiter am Jahresanfang ausdrücklich über die Höhe des Resturlaubs zu informieren. Ferner sollten die Mitarbeiter unter Hinweis auf den Urlaubsverfall am 31.03. aufgefordert werden, ihren Urlaub bis dahin zu beanspruchen. Um einen Nachweis über die Unterrichtung zu haben, sollten die obigen Hinweise schriftlich erfolgen. Dieser schriftliche Hinweis sollte vom/von der Mitarbeiter/in quittiert werden.

Die obigen Entscheidungen bezogen sich auf den gesetzlichen Mindesturlaubsanspruch (20 Arbeitstage bei einer 5-Tage-Woche). Häufig erhalten Mitarbeiter/innen im Arbeitsvertrag einen höheren Urlaubsanspruch zugestanden. Es

bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen die Entscheidungen auf einen vertraglich vereinbarten Zusatzurlaubsanspruch haben werden. Es empfiehlt sich jedoch, im Arbeitsvertrag ausdrücklich zwischen dem Mindesturlaub und einem vertraglichen Zusatzurlaub zu differenzieren.

Geschieht dies nicht, dürften für den Verfall des vertraglichen Zusatzurlaubs die Verfallsregeln des Mindesturlaubs gelten. Bisher hat die deutsche Rechtsprechung eine Differenzierung zwischen dem Mindesturlaubsanspruch und einem vertraglich gewährten Zusatzurlaub gestattet (z.B. BAG v. 12.11.2013, Az. 9 AZR 51/12). So scheint es auch weiterhin möglich, für den vertraglichen Zusatzurlaub einen automatischen Verfall zum 31.03. zu vereinbaren. Gleiches gilt für eine vertragliche Regel, dass bei einer Inanspruchnahme des Urlaubs zunächst der gesetzliche Mindesturlaub gewährt wird und erst nach dessen Verbrauch der vertragliche Zusatzurlaub beansprucht wird.

Urlaubsansprüche sind vererblich!

Leider kommt es gelegentlich vor, dass Arbeitsverhältnisse durch den Tod des Arbeitnehmers beendet werden. In solchen Fällen ist es denkbar, dass der Verstorbene im Todeszeitpunkt seinen Jahresurlaub noch nicht (komplett) beansprucht hat. Bisher vertrat die deutsche Rechtsprechung die Auffassung, dass in diesen Fällen der Urlaubsanspruch nicht vererblich ist (z.B. BAG, Urteil vom 20.09.2011, AZ: 9 AZR 416/10). Diese Auffassung dürfte nach zwei Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes vom 06.11.2018 nicht mehr zu halten sein (EuGH, 06.11.2018, AZ: C-569/16 und C-570/16).

Die Luxemburger Richter urteilten, dass der Anspruch eines Arbeitnehmers auf bezahlten Jahresurlaub auch durch seinen Tod im laufenden Arbeitsverhältnis nicht untergeht. Gegenteiliges nationales Recht sei nicht anwendbar. Die Erben des Arbeitnehmers könnten daher vom Arbeitgeber eine finanzielle Abgeltung des Urlaubsanspruches verlangen. Nach Auffassung des EuGH haben Arbeitnehmer unstrittig Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub. Dieser Anspruch stellt einen wesentlichen Grundsatz des Sozialrechts der Union dar und ist in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union ausdrücklich als Grundrecht verankert. Damit verbunden ist der Anspruch auf finanzielle Vergütung für den nicht genommenen Jahresurlaub bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Hierbei handelt es sich um eine finanzielle Komponente, die in das Vermögen des Arbeitnehmers übergeht. Daher geht der Anspruch im Wege der Erbfolge auch auf die Erben über und darf ihnen nicht rückwirkend entzogen werden. Sollte eine nationale Regelung diesen Grundsätzen widersprechen, so ist sie von den mit der Sache befassten nationalen Gerichten nicht anzuwenden. ■

Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer ZKN

fit 4 Praxis

Kooperationsveranstaltung von



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



deutsche apotheker-
und ärztebank

Wir müssen reden Personalführung für Anfänger und Fortgeschrittene

Ihr Team bereichert den Kern Ihres beruflichen Wirkens um Charakter und Menschlichkeit. Schließlich prägt die Persönlichkeit am Empfang maßgeblich das Bild, mit dem Ihre Praxis von Patienten wahrgenommen wird. Und damit stellen Ihre Mitarbeiter einen entscheidenden Faktor für Ihr individuelles Entwicklungspotenzial dar.

Hier ist Ihre Führung gefragt:

- Wie aber gelingt Führung heute?
- Welche Anforderungen stellen Vertreter der Generation „Y“?
- Wie begegnen Sie steigendem Fachkräftemangel?

Erfahren Sie die Grundsätze wirksamer Führung und Möglichkeiten, wie Sie langfristig Perspektiven schaffen, Mitarbeiter binden und nachhaltig Erfolg erzielen. Lernen Sie Konzepte und Instrumente kennen, die geeignet sind, das Engagement und die Motivation Ihrer Mitarbeiter bestmöglich zu fördern und als Team zusammenzuführen.

Termin > Mi | 24.04.2019 | 15:00 – 19:00 Uhr
KZV Niedersachsen
Zeißstraße 11 | 30519 Hannover

Referent > Stephan F. Kock | Kock + Voeste,
Existenzsicherung für die Heilberufe GmbH

BZÄK-Punkte > 5

Teilnahmegebühr > 25,00 Euro | pro Person

Weitere Informationen und das Anmeldeformular erhalten Sie auf telefonische Anforderung unter 0511 8405-420 oder auf unserer Website unter www.kzvn.de



„Heimbetreuung von A-Z“

BERICHT VOM ZAN-SEMINAR MIT DR. CORNELIUS HAFFNER, MÜNCHEN

Am 30.11.2018 fand in der Zahnärztlichen Akademie Niedersachsen (ZAN) der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) ein ganztägiges Seminar für das gesamte Praxisteam statt.

Sowohl Kolleginnen und Kollegen, die bereits Erfahrungen in der aufsuchenden Betreuung gesammelt haben, als auch Einsteiger und Interessenten füllten den großen Hörsaal der ZKN.

Dr. Cornelius Haffner, u.a. engagiertes, langjähriges Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und schon viele Jahre selbst mit der aufsuchenden Betreuung befasst, unternahm mit den Teilnehmern eine „Tour“ durch nahezu alle Facetten der Seniorenzahnheilkunde. Anhand eines Patientenfalls erläuterte er ausführlich die Anforderungen an die Dokumentation und die Anamnese



Der Referent Dr. Cornelius Haffner mit Silke Lange, Referentin für Seniorenzahnmedizin im ZKN-Vorstand (links) und Gisela Gode-Troch, Vorsitzende des ZKN-Ausschusses für Seniorenzahnmedizin



Silke Lange
Referentin im ZKN-Vorstand
für Seniorenzahnmedizin

bei der Betreuung von Pflegeeinrichtungen genauso wie bei – angeforderten – häuslichen Besuchen und stellte alle notwendigen Voraussetzungen bei der mobilen Behandlung oder Prophylaxe dar.

Dabei ging es natürlich auch um die Physiologie des Alter(n)s, sozioökonomische Einflüsse, Allgemeinerkrankungen, Medikationspläne und deren Auswirkung auf unser Therapiespektrum.

Die Organisation der Versorgung von Pflegeheimen mit und ohne einen Kooperationsvertrag sowie die seit dem letzten Jahr geltenden BEMA-Abrechnungspositionen nach SGB V § 22a, die für die Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit Eingliederungshilfe im stationären sowie ambulanten Bereich gelten, also auch in den Praxen, wurden anschaulich und praxisnah erläutert. Die Teilnehmer erhielten dazu auch ein ausführliches Skript vom Referenten.

Einen wichtigen Part nahm der Teil „Mundpflege in der Pflege“ ein, wissen wir doch, dass all unsere Bemühungen für die Patienten und deren Mundgesundheit nicht zum Ziel führen, wenn wir das Pflegepersonal bzw. die Angehörigen nicht mit ins Boot holen und entsprechend mit theoretischem Wissen und praktischer Ausbildung in die Lage versetzen, die regelmäßige, tägliche Pflege der eigenen (Rest-)Zähne bzw. des Zahnersatzes bei den Patienten durchzuführen.

Ein prall gefülltes Programm, die wie immer ausgezeichnete Stärkung in den Pausen in der Cafeteria der ZKN sowie kollegiale Gespräche machten den Tag rund und führen sicherlich dazu, dass sich die Teilnehmer bei ihren Aufgaben in der aufsuchenden Betreuung trotz aller Widrigkeiten, die es hier noch zu überwinden gilt, gestärkt fühlen. ■

— Silke Lange
Referentin im ZKN-Vorstand für Seniorenzahnmedizin

40 Jahre „Klinische Demonstration der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der MHH“



Fotos: MKG-Chirurgie MHH

PD Dr. Dr. Rüdiger Zimmerer (der wissenschaftliche Organisator und Referent) vor dem Auditorium

Am 19. Januar 2019 fand zum 40. Mal die „Klinische Demonstration“ als Gemeinschaftsveranstaltung zwischen der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) statt. Diese Veranstaltung war, wie traditionell üblich, sehr gut besucht, d.h. 362 Teilnehmer fanden ihren Weg zu diesem Jubiläum. Ehemalige Lehrstuhlinhaber der Zahn-, Mund- und Kieferklinik bereicherten diese Veranstaltung durch ihre Anwesenheit, wie zum Beispiel Prof. Dr. Dr. Jarg-Erich Hausamen sowie Prof. Dr. Albrecht Roßbach; für die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) war in Vertretung des Präsidenten Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, das Vorstandsmitglied Dr. Lutz Riefenstahl gekommen.

Im Vordergrund standen Themen der zahnärztlichen Chirurgie. Hierfür konnte für die immer wichtiger werdende Beachtung von leitliniengerechten Therapien Herr Prof. Dr. Dr. Martin



Von links nach rechts: Prof. Dr. Albrecht Roßbach (ehemaliger Direktor der Zahnärztlichen Prothetik der MHH), Prof. Dr. Dr. Friedrich Schmid (ehemaliger Direktor der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie DIAKOVERE Henriettenstift Hannover und ehemaliger kommissarischer Leiter der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der MHH), Univ.-Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich (Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der MHH), Prof. Dr. Dr. Jarg-Erich Hausamen (ehemaliger Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der MHH), Prof. Dr. Richard Pott (Direktor des Instituts für Geobotanik an der Leibniz Universität Hannover)

Kunkel (Direktor der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Ruhr-Universität Bochum) gewonnen werden. Als besonders faszinierenden Jubiläumsvortrag referierte Herr Prof. Dr. Richard Pott (Direktor des Instituts für Geobotanik an der Leibniz Universität Hannover) über das Thema Mikro- und Nanopartikel in der Umwelt. Die große Anzahl der Teilnehmer, das Interesse an den Vorträgen und die lange Tradition dieser Veranstaltung verpflichten und ermutigen uns, dieses Erfolgskonzept gemeinsam mit der ZKN in die Zukunft zu tragen. ■

____ Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich, MHH

Seniorenachmittag der Bezirksstelle Braunschweig

Am 05.12.2018 trafen sich vor der malerischen Kulisse des Braunschweiger Weihnachtsmarktes mehr als 30 Seniorinnen und Senioren aus der Bezirksstelle Braunschweig zum traditionellen Weihnachtskaffee.

Auf Einladung des Vorsitzenden der Bezirksstelle, Dr. Jörg Thomas, und seines Stellvertreters, Dr. Karl-Heinz Zunk, hörten sie bei Kaffee und weihnachtlichem Gebäck aufmerksam und auch teilweise angespannt dem Vortrag von Professor Dr. Matthias Steinbach zu. Professor Steinbach trug zu folgendem Thema vor: „Der linke Arm des Kaisers – Über Behinderungen und Politik am Beispiel Wilhelm des Zweiten.“

Bei der Geburt Wilhelm des Zweiten gab es bekannterweise Komplikationen, aus denen eine linksseitige Armplexus-Lähmung resultierte. Der Arm blieb fortan in seiner Entwicklung deutlich zurück und war im Erwachsenenalter wesentlich kürzer als der rechte Arm und nur eingeschränkt beweglich. Wie der Kaiser trotzdem sein Leben mit dieser Behinderung meisterte, darüber berichtete



Professor Steinbach ausgiebig. Es schloss sich eine rege Diskussion nach dem Vortrag an. Danach las Heike Löffler, Mitarbeiterin der Bezirksstelle Braunschweig, eine kurze Weihnachtsgeschichte vor, um die vorweihnachtliche Stimmung zu verstärken.

An dieser Stelle möchte ich Frau Löffler herzlich für die wieder perfekte Organisation der Veranstaltung danken.

Mit den besten Wünschen für das Weihnachtsfest und das Neue Jahr 2019 verabschiedete Dr. Thomas die anwesenden Kolleginnen und Kollegen. ■

Dr. Jörg Thomas
Vorsitzender der Bezirksstelle Braunschweig

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

Zahnmedizinische Akademie
Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

ZAN

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, Salzdahlumer Str. 46, 38302 Wolfenbüttel, Fortbildungsreferent: NN,
E-Mail: bezbraunschweig@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
09.03.2019, 09:00 Uhr – ca. 13:30 Uhr	Endo vs. Implantate – wann sollte die Entscheidung für was fallen und Post Endo – mit und ohne Stiftverankerung, <i>Prof. Dr. Michael Naumann</i>
15.05.2019, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Diagnose und Therapie von Mundschleimhauterkrankungen, <i>Prof. Dr. Andrea Maria Schmidt-Westhausen</i>

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, E-Mail: info@mkg-im-carre.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
27.02.2019, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Update Kopf- und Gesichtsschmerz, <i>Dr. med. Andreas Böger</i>
03.04.2019, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Ergonomie in der zahnärztlichen Praxis, <i>Ina Budde, Physiotherapeutin, Stressmanagement, PHYSICON Betriebliche Gesundheitsförderung</i>

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

Ort: Uni Hildesheim, Hörsaal 2, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim
Fortbildungsreferent: Dr. Ulrich Niemann, Almsstr. 1, 31134 Hildesheim, Tel.: 05121 37676, E-Mail: zahnarzt@dr-niemann-hildesheim.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
13.03.2019, 16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Minimal Intervention Dentistry – Neue Wege in der Zahnerhaltung, <i>Dr. Gerd Göstemeyer, Berlin</i>

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 1671, E-Mail: FortbildunginOldenburg@gmx.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
30.03.2019, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Adhäsive Zahnmedizin – rundherum an einem Tag, <i>Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg</i>
24.04.2019, 16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Keramikimplantate, <i>PD Dr. Benedikt Spies, Berlin</i>

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natruper-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück
Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstr. 1, 49134 Wallenhorst, Tel.: 05407 8575355, E-Mail: info@zahnarzt-witte.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
20.02.2019, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Naturheilkundliche Therapieverfahren bei akuter und chronischer Parodontitis durch z.B. den Einsatz von Autonosoden, <i>Dr. Oliver Ploss, Ibbenbüren</i>
23.03.2019, 09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Wenn meine Gedanken auf Reisen gehen – Hypnose in der Zahnarztpraxis, <i>Dr. Christian Bittner, Salzgitter</i>

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden, Fortbildungsreferent: N.N.
E-Mail: bezverden@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
20.03.2019, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Die Therapie der apikalen Läsion: WSR vs. Revision, <i>Dr. Gabriel Magnucki, Bassum</i>
27.04.2019, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	3D-Druck – Was ist möglich? Was ist schon sinnvoll? <i>Dr. Andreas Keßler & Dr. Marcel Reymus, München</i>

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

13.03.2019 Z/F 1914 7 Fortbildungspunkte

Die Geheimnisse der Körpersprache

Herbert Prange, Mallorca
Mittwoch, 13.03.2019 von 15:00 bis 20:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 176,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 181,- €

28.03.2019 Z/F 1918 5 Fortbildungspunkte

Blickdiagnostik an Zunge und Mundschleimhaut

Dr. Rudolf Meierhöfer, Schwabach
Donnerstag, 28.03.2019 von 15:00 bis 19:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 170,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 175,- €

29.03.2019 Z/F 1919 10 Fortbildungspunkte

Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept

Dr. Michael Maak, Lemförde
Freitag, 29.03.2019 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 330,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 335,- €

30.03.2019 Z 1920 8 Fortbildungspunkte

Ganzheitliche statt symptomatische Parodontitistherapie Einfluss von Ernährung, Vitaminen und Spurenelementen auf das Parodontium

Dr. Rudolf Meierhöfer, Schwabach
Samstag, 30.03.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 249,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 254,- €

Moderne Methoden zur Bisshebung des stark abradieren Gebisses mit direkter Adhäsivtechnik – ein praktischer Übungskurs

Die Erfolge der Prävention haben zur Folge, dass ein zunehmend größerer Anteil der Patienten zwar eine höhere Anzahl an Zähnen aufweist, die aber oftmals starke Abnutzungserscheinungen (Erosionen, Abrasionen etc.) zeigen. Aber auch bei jungen Menschen sind diese Phänomene durch den übermäßigen Genuss von Softdrinks vermehrt festzustellen. Damit einher kommt es i. d. R. zu einer Absenkung des Bisses mit Verlust der Kieferrelation. Um die verloren gegangene Vertikaldimension wieder herzustellen, ist es u. a. auch möglich, unter Anwendung der Adhäsivtechnik die neue Bisslage mit direkt appliziertem Komposit wiederherzustellen. Die Adhäsivtechnik ist aus der modernen Zahnmedizin nicht mehr wegzudenken. Verschiedene wissenschaftliche Studien zeigen, dass eine effektive Vorbehandlung der Substratoberflächen und die korrekte Anwendung der Adhäsivsysteme entscheidenden Einfluss auf den Erfolg dieser Technik haben. Daher werden in diesem Kurs die sichersten Vorbehandlungstechniken der Substratoberflächen von Schmelz, Dentin, Komposit, Keramik und Metall und die Grundlagen für eine korrekte Anwendung der verschiedenen Primer- und Adhäsivsysteme vorgestellt und rekapituliert.



Dr. Uwe Blunck

Die Techniken des direkten Aufbaus der Kauflächen im Seitenzahnbereich und der Inzisalkanten im Frontzahnbereich mit Komposit werden von den Teilnehmern an Modellen geübt, so dass sie in der Praxis umgesetzt werden können.

Gliederung des Kurses:

- ▶ Ätiologie und Prävention von Zahnerosionen
- ▶ Funktionsbezogene Voraussetzungen zur Bisshebung
- ▶ Umsetzung der Bisshebung mit direkter Adhäsivtechnik im Seitenzahnbereich
- ▶ Haftung an Zahnhartsubstanz und an vorhandenen Restaurationen
- ▶ Vorbehandlung von Schmelz, Dentin, Metall, Amalgam, Komposit, Keramik
- ▶ Übersicht Adhäsivsysteme, Wertung und Handhabung
- ▶ Komposite für den Front- und Seitenzahnbereich
- ▶ Übersicht, Klassifikationen und Einteilungen
- ▶ Praktische Übung: temporäre Bisshebung im Seitenzahnbereich mit Kompositen
- ▶ Fallbeispiele zur Bisshebung mit direkter Adhäsivtechnik
- ▶ Umsetzung der Bisshebung mit direkter Adhäsivtechnik im Frontzahnbereich
- ▶ Merkregel für die Frontzahnästhetik
- ▶ Praktische Übung: Aufbau der Inzisalkanten von Frontzähnen

Referenten: Dr. Uwe Blunck, Berlin

Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich

Samstag, 30.03.2019 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr: bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 693,- €; bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 698,- €
Max. 16 Teilnehmer, Kurs-Nr.: Z 1924
9 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Kann man Parodontitis „GESUND ESSEN“? Ernährungseinflüsse auf das Parodontium

Obwohl sich nach den Auswertungen der neuesten Mundgesundheitsstudie die allgemeine Zahnpflege deutlich verbessert hat und die Karies rückläufig ist, nehmen die Entzündungen am Zahnhalteapparat immer mehr zu. Aus den Forschungen der letzten Jahre wird immer klarer, dass das Voranschreiten der Parodontitis auch von der individuellen Immunabwehr des Patienten abhängig ist. Eine funktionierende Immunabwehr braucht jedoch einen optimalen Vitamin- und Mineralhaushalt. Dieser wiederum ist abhängig von einer ausgeglichenen Ernährung. In diesem Kurs wird für Dentalhygienikerinnen und interessierte Prophylaxefachkräfte aufgezeigt, welchen Einfluss eine Mangelernährung und das Fehlen von wichtigen Mineralien und Vitaminen auf das Parodontium hat.



Dr. Rudolf
Meierhöfer

Kursinhalt:

- ▶ Volkskrankheit Parodontitis
- ▶ Gibt es Ernährungsmängel bei unseren Parodontitis-Patienten?
- ▶ Parodontitisursachen aus ganzheitlicher Sicht
- ▶ Grundlagen der Zungendiagnostik
- ▶ Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes
- ▶ Störungen des Säure-Basen-Haushaltes als Ursache für Knochenabbau
- ▶ Freie Radikale und ihre Auswirkungen auf den Zahnhalteapparat
- ▶ Wichtige orthomolekulare Substanzen bei Parodontitis
- ▶ Neue Komplexpräparate zur orthomolekularen Substitution
- ▶ Moderne Ernährungsberatung
- ▶ Lokale Parodontitis und Zahn-Organ-Beziehung

Referent: Dr. Rudolf Meierhöfer, Schwabach

Freitag, 29.03.2019 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 236,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 241,- €

Max. 26 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 1928

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

13.03.2019 F 1924

Wirtschaftliche Materialbestellung und -haltung

Ann-Kathrin Grieße

Mittwoch, 13.03.2019 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 109,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 114,- €

16.03.2019 F 1925

Gekonnte Psychologie in der Prophylaxe

Wie Sie noch eleganter und raffinierter kommunizieren

Herbert Prange, Mallorca

Samstag, 16.03.2019 von 09:00 bis 15:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 241,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 246,- €

20.03.2019 F 1927

Prophylaxepower Special – ein Update

Solveyg Hesse, Selent

Mittwoch, 20.03.2019 von 13:30 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 118,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 123,- €

20.03.2019 Z/F 1916

Implantat-Abrechnung KOMPAKT ZWEI IN EINS

Implantatchirurgie und Suprakonstruktion

Marion Borchers, Rastede-Loy

Mittwoch, 20.03.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 176,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 181,- €

27.03.2019 Z/F 1917

Zahntechnische Reparaturen nach BEL II 2014 und BEB 97

Reparaturen in der Zahntechnik

Stefan Sander, Hannover

Mittwoch, 27.03.2019 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 131,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 136,- €

Termine

20.02.2019 Hannover
Ordentliche Mitgliederversammlung der Vereinigung unabhängiger Vertragszahnärzte (VuV),
Infos: www.vuv-nds.de

02. – 16.03.2019 Köln
IDS, Infos: www.ids-cologne.de

30.03.2019 Neumünster/Holstenhallen
26. Schleswig-Holsteiner-Zahnärztetag,
Infos: www.kzv-sh.de

30.03.2019 Norden-Norddeich
3. Ostfriesischer Zahnärztetag, Infos: www.g-o-z.de

17. – 18.05.2019 Rostock
68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V.,
Infos: www.dgpro.de

22. – 29.06.2019 Montenegro
40. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit,
Infos: www.sportweltspiele.de

UNSER PRÄSIDENT HENNER BUNKE WURDE 60 – HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH!



Foto: NZB

Am 30. Januar feierte Henner Bunke seinen 60. Geburtstag. Geboren in Wietze, verlebte er seine Kindheit und Schulzeit dort. Aufgewachsen neben der Zahnarztpraxis seines niedersachsenweit berufspolitisch engagierten und bekannten Vaters Dr. Erich Bunke, waren

die Berufswahl sowie die berufspolitische Karriere quasi mit in die Wiege gelegt.

Sein Studium absolvierte Henner an der University of Florida und beendete es mit dem akademischen Grad „Doctor of Dental Medicine“ (DMD). Seine deutsche Approbation erhielt er zwei Wochen nach seinem 26. Geburtstag.

Kurz nach seinem 28. Geburtstag ließ sich Henner Bunke in der väterlichen Praxis nieder, wo er bis heute erfolgreich praktiziert. Henner Bunke begann sein ehrenamtliches Engagement für die Kollegenschaft in der Selbstverwaltung als Mitglied und späterer Vorsitzender des damaligen ZMF-Prüfungsausschusses der Zahnärztekammer. Seine berufspolitische Vita füllt mehrere Seiten.

Dass er seit vielen Jahren von der Kollegenschaft sowohl seit 1993 durchgängig in die Vertreterversammlung der KZVN als auch ab 2001 in die Kammerversammlung der ZKN gewählt wurde, ist Ausdruck seiner großen Beliebtheit, die ihren bisher größten Widerhall in der Wahl zum Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen im Juni 2015 fand (nebenbei: sein Vater Erich Bunke übte das Amt von 1977-1993 aus – eine sicherlich seltene Vater-Sohn-Geschichte in der zahnärztlichen Berufspolitik).

Anfangs Mitglied und zuletzt Vorsitzender der Bezirksgruppe Hannover des FVDZ, gründete Henner gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen gegen Ende der 90er Jahre den Berufsverband ZfN, dessen Vorsitzender er seit vielen Jahren ist. Ich selbst habe Henner Bunke in seinen Ämtern bei KZVN, ZKN und vor allem ZfN kennen und schätzen gelernt und bin ihm dankbar für vieles, was ich von ihm lernen durfte.

Alles Gute, Gesundheit, Glück und weiterhin viel Erfolg im Beruf und in der Berufspolitik! ■

_____ Dr. Lutz Riefenstahl, Gronau



Foto: © stockwerk.de/istock.com

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

27.12.2018 Dr. Hans-Georg Frank (86), Diekholzen

13.01.2019 Gert Hilko Caesar Knol (70), Emden

17.01.2019 Herbert Hellweger (70), Neuenkirchen

18.01.2019 Reinhard Laab (75), Wolfsburg

18.01.2019 Dr. Wolfgang Schlotter (70), Hannover

20.01.2019 Dr. Wilfried Oestreich (80), Hildesheim

25.01.2019 Dr. Fritz Karl Werner (70), Oldenburg

26.01.2019 Dr. Gerd Bahrke (70), Hildesheim

28.01.2019 Dr. Gerd Laufenberg (70),
Nörten-Hardenberg

01.02.2019 Dr. Wolfgang Lohse (70), Buxtehude

05.02.2019 Dr. Bertram Schultke (70), Uslar

11.02.2019 Dr. Hans-Gerhard Tiddens (87), Rinteln

12.02.2019 Dr. Uvo Hölscher (75), Goslar

13.02.2019 Günther Abich (93), Bremervörde

13.02.2019 Dr. Hans-Jürgen Klatt (87), Adelheidsdorf

15.02.2019 Wilhelm Eppens (92), Springe



Foto: © iStockphoto.com

Wir trauern um unsere Kollegin und unseren Kollegen

Dr. Karl-Christian Lüdtko, Bassum
geboren am 20.12.1942, verstorben am 16.11.2018

Marion Schosland, Stadthagen
geboren am 15.11.1968, verstorben am 14.01.2019

Die Vorstände
der Zahnärztekammer Niedersachsen und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Braunschweig	Philipp Parusel
Salzgitter	Dr. Christoph Schubert
Wesendorf	Alan Imberg
Wolfsburg	Johanna Runge
Wittingen	Alan Imberg

Verwaltungsstelle Göttingen

Göttingen	Dr. Dr. Jan Hilbert
Hannoversch Münden	Daniela Papenhagen
Walkenried	Doreen Beck MSc

Verwaltungsstelle Hannover

Barsinghausen	Patryk Simka
Garbsen	Richard Petereit
Hannover	Danil Chudin
Laatzen	Aleksej Sartison
Lindhorst	Olga Raßmann
Rinteln	Fabian Godek
Rinteln	Lisa Piecha
Wedemark	Dr. Moritz Alexander Schroeder

Verwaltungsstelle Hildesheim

Gronau (Leine)	Salah Samara
----------------	--------------

Verwaltungsstelle Lüneburg

Lüneburg	Daryusch Hoveida
----------	------------------

Verwaltungsstelle Oldenburg

Bakum	Dr. Catharina Kulla-Vornhagen
Delmenhorst	Dr. Anas Akminasi
Delmenhorst	Dr. Farid Mouakkeh
Oldenburg	Dr. Markus Gabler
Wardenburg	Timo Babbe-Pekol
Wardenburg	Maksym Nikolev

Verwaltungsstelle Osnabrück

Feren	Dr. Jacqueline Safo
Glandorf	Dr. Gerlind Krüsmann
Meppen	Dr. David van der Ven
Osnabrück	Leo Feuer

Osnabrück	Dr. Michael Rohling
Osnabrück	Lea Tillner

Verwaltungsstelle Stade

Lilienthal	Nicolas Laack
Schwanewede	Doris Meinen
Stade	Jane Reinke

Verwaltungsstelle Verden

Nienburg	Simone Dudek
Oyten	Dr. Raphael Blanke
Rotenburg	Rita Fars

Verwaltungsstelle Wilhelmshaven

Nordenham	Dominic Klaus
-----------	---------------

Fachzahnärzte/-ärztinnen für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Hannover

Langenhagen	Dr. Maximilian Koch
-------------	---------------------

Verwaltungsstelle Oldenburg

Oldenburg	Dr. Kathleen Gabler Msc Kieferorthopädie
-----------	---

Verwaltungsstelle Osnabrück

Melle	Dr. Maximilian Schulze Wartenhorst
Osnabrück	Dr. Stefanie Rosenberger

Medizinische Versorgungszentren

Verwaltungsstelle Göttingen

Drei Flüsse Praxis Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Hann. Münden GbR

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover	hi.dent Z-MVZ GmbH
----------	--------------------

Verwaltungsstelle Oldenburg

Hude	MVZ ZahnZentrum Nordwest GmbH
------	-------------------------------

Verwaltungsstelle Verden

Rotenburg	Dr. Jacobs MVZ GmbH
-----------	---------------------

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

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

- (1) Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnartzsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Dem Antrag sind beizufügen
 - a) 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,
 - b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten,
 - c) 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:
 1. ein Lebenslauf,
 2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
 3. 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,
 4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
 5. 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 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. Der Gesellschaftervertrag ist spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

ZULASSUNG EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS

Bei Anträgen auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums müssen spätestens bis zum Abgabetermin der Gesellschaftervertrag und bei einer GmbH zudem der Handelsregisterauszug und die selbstschuldnerische Bürgschaft eingereicht werden.



© diego cervo / iStockphoto.com

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.

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	04.02.2019
Sitzungstermin	06.03.2019
Abgabe bis	13.05.2019
Sitzungstermin	19.06.2019
Abgabe bis	19.08.2019
Sitzungstermin	18.09.2019
Abgabe bis	17.10.2019
Sitzungstermin	20.11.2019

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 Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.914 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 36,7% 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 Cloppenburg: Der Planungsbereich Landkreis Cloppenburg mit 34.407 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,5% versorgt.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.832 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,0% 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 Leer: Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.597 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,3% 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 10.01.2019

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Carsten Lambrecht Nr. 6805
 Dr. Bernd-Dietrich Schüre Nr. 1527
 Dr. Edith Gutsch-Kunze Nr. 5874

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

_____ZKN

STELLENMARKT

Zahnarzt (w/m) gesucht

Braunschweig – K. Koch-Center
Vorbereitung / Angestellt,
gern auch halbtags oder
Teilzeit. E-Mail:
praxisbantelmann@googlemail.com

Region Hannover/Kreis Celle

Kollege(in) mit Berufserfahrung
für etablierte Praxis zur Ver-
stärkung unseres Teams ab
03/2019 od. später für langfris-
tige Zusammenarbeit gesucht!
Bewerb./Infos: suche.ZA@gmx.de

Müden/Aller Raum BS-CE-GF

Etablierte Praxis, 3 ZÄ, sucht
zum 1.8. oder 1.10.2019 ZA/ZÄ.
Angestellt oder Partnerschaft.
Gerne senden wir Ihnen
weitere Informationen.
behnke-mueden@t-online.de

VERKAUF

Celle Landkreis

Ertragsstarke, langjährig
etablierte Praxis mit teils
neuer techn. Ausstattung
günstig aus Altersgründen
abzugeben.
Tel.: 0162 9497336

Hannover Zentrum

Schöne Praxis, 3 BHZ, sehr
gute Lage, perfektes Team,
ab August 2019 abzugeben.
Tel.: 0511 1318265
dr.m.fedder@gmail.com

Region Hannover Südwest

Nachfolger/in als Partner/in in
Gemeinschaftspraxis gesucht,
3 BHZ, Röntgen digital, Prophylaxe,
eingespieltes Team.
2019-praxis@web.de

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).

Weitere Infos zum Zahnmobil finden Sie unter
www.zahnmobil-hannover.de



KZVN-Servicehotlines

➤ Sie fragen – wir antworten



© iccsteimages | fotolia

Fragen rund um die Themen...

...Online-Support

Sprechzeiten

Mo bis Do: 08:00 bis 17:00 Uhr
Fr: 08:00 bis 15:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-395
Fax: 0511 59097063
E-Mail: abrechnung@kzvn.de

...Vertragsfragen

Sprechzeiten

Mo bis Do: 09:00 bis 12:00 Uhr
und 13:00 bis 17:00 Uhr
Fr: 09:00 bis 12:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-206
E-Mail: service@kzvn.de

...Finanzen

Sprechzeiten

Mo bis Fr: 09:00 bis 12:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-400
E-Mail: finanzen@kzvn.de

...Honorar

Sprechzeiten

Mo bis Do: 08:00 bis 12:00 Uhr
und 13:00 bis 17:00 Uhr
Fr: 08:00 bis 15:00 Uhr

Kontakt Punktwerte

Telefon: 0511 8405-460
Fax: 0511 8405-362

Kontakt Krankenkassenstammdaten

Telefon: 0511 8405-470
Fax: 0511 8405-362

...Abrechnung

Sprechzeiten

Mo bis Do: 08:00 bis 13:00 Uhr
und 14:00 bis 17:00 Uhr
Fr: 08:00 bis 15:00 Uhr

Kontakt Schwerpunkt Quartalsabrechnung

Telefon: 0511 8405-375
Fax: 0511 59097066
E-Mail: kch-service@kzvn.de
kfo-service@kzvn.de

Kontakt Schwerpunkt Monatsabrechnung

Telefon: 0511 8405-390
Fax: 0511 837267
E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

Wir sind für Sie da!



© Mihai Simonia | Fotolia
© Robert Kreschke | Fotolia

Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung Hannover 22./23. März 2019

Tagungswochenende für zahnärztliche Berufseinsteiger in Niedersachsen mit den Themen:

- Zulassungsrecht, Kooperationsformen/Angestellte Zahnärzte • Ausbildung und Arbeitsverträge für Mitarbeiter/-innen • Wichtige Verträge und Versicherungen für die Zahnarztpraxis
- Beruf und Familie – Work-Life-Balance • Qualitätssicherung und Datenschutz – was ist wichtig?
- Die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) einer Zahnarztpraxis • Tipps zur Finanzierung einer Praxis
- Aufklärung des Patienten und rechtssichere Dokumentation • Qualitätssicherung und Datenschutz – was ist wichtig? • Zahnarztpraxis betriebswirtschaftlich führen – Steuerliche Optimierung bei Praxisgründung/Praxisübernahme • Der Kaufpreis einer Zahnarztpraxis – Der ideelle und der materielle Wert
- Teambildung und Mitarbeiterführung in der Zahnarztpraxis • Das Antikorruptionsgesetz – Tipps zu Strafbarkeitsrisiken in der Praxis



Weitere Informationen: KZVN-Fortbildungen | Telefon 0511 8405-233 | Telefax 0511 837267
E-Mail: info@kzvn.de | www.kzvn.de