



67. WINTERFORTBILDUNGSKONGRESS DER ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN S. 4 ff.

8

„Wir brauchen eine zeitgemäße und fachlich wie betriebswirtschaftlich stimmige GOZ!“



20

Verbesserung der Frontzahnästhetik mit Keramikveneers



37

Coronavirus: Gesicherte Informationen für Praxen, Patienten und Fachleute unter www.kzbv.de/coronavirus



© Mihai Simonia | Fotolia
© Robert Kneschke | Fotolia

Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung Hannover 15./16. Mai 2020

Tagungswochenende für zahnärztliche Berufseinsteiger in Niedersachsen mit den Themen:

- Zulassungsrecht – Kooperationsformen • Ausbildung und Arbeitsverträge für Mitarbeiter/-innen
- Wichtige Verträge und Versicherungen für die Zahnarztpraxis • Existenzgründung 2.0 – Neue Antworten auf neue Herausforderungen • Praktische Tipps zur Praxisgründung, was brauche ich für die Selbständigkeit?
- Zahnarztpraxis betriebswirtschaftlich führen – Steuerliche Optimierung bei Praxisgründung/Praxisübernahme
- Tipps zur Finanzierung einer Praxis • Teambildung und Mitarbeiterführung • Rechtssichere Aufklärung und Dokumentation • Die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) einer Zahnarztpraxis
- Kammer und KZV – Aufgaben und Chancen. Wie Kammer und KZV den Praxisalltag erleichtern, über Vorteile der Freiberuflichkeit und die Notwendigkeit politischer Einflussnahme. Und wie alles mit allem zusammenhängt. • Digitalisierung in der Zahnarztpraxis • Der Kaufpreis einer Zahnarztpraxis – Der ideelle und der materielle Wert • Das Antikorruptionsgesetz – Tipps zu Strafbarkeitsrisiken in der Praxis
- Mein Weg in die Selbständigkeit – ein Erfahrungsbericht direkt aus der Praxis



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

Einheitsbrei

Derzeit diskutiert die noch verbliebene „Volkspartei“ über die anstehende Personalentscheidung und die Frage, ob sie mehr zur „Mitte“ oder nach „rechts“ tendieren soll. Viel wichtiger wären m. E. programmatische Aussagen zu den Fragen, die die Bevölkerung beschäftigen. Und wenn es nur das Versprechen wäre, für die nötige Balance in einer sozialen Marktwirtschaft einzustehen und den Rechtsstaat zu verteidigen!

Aufgabe von Überzeugungen zum Zweck des Machterhalts, wie die 180-Grad-Kehre zur gleichgeschlechtlichen Ehe oder, gemessen an eigenen Überzeugungen, kontraproduktive Kompromisse in Koalitionsverträgen verprellen die Wähler, die noch Interesse an Politik haben und nicht nach Bauchgefühl oder Alimentierung entscheiden.

So war schon der Gesundheitsfonds die nach Meinung der Experten schlechteste aller diskutierten Lösungen, aber die einzige, auf die sich die damalige Koalition verständigen konnte.

Und auch die jetzige Koalition hat in der Frage der Bürgerversicherung oder des dualen Krankenversicherungssystems einen Kompromiss geschlossen, der die eigene Position zumindest in Frage stellt: Eine „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV)“ sollte eine Empfehlung abgeben über eine gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen oder die Beibehaltung der gewachsenen Strukturen.

Die Kommission weist zwar zu Recht auf die Unterschiede hin, die nur schwer zu überwinden seien (z.B. die Budgetierung in der GKV) und auf verfassungsrechtliche Probleme (Zugriff auf die Altersrückstellungen der privaten Versicherungen), empfiehlt dann aber doch, in einem begrenzten Leistungsbereich eine gemeinsame „Leistungslegende“ zu erstellen.

Die PKV und die BÄK auf der einen Seite, und die GKV und die KBV auf der anderen sollen dann die jeweiligen Preise aushandeln.

Der Präsident der BZÄK weist zu Recht darauf hin, dass man – jedenfalls im ärztlichen Bereich – unterschiedliche Preise nur schwer wird rechtfertigen können. Bei einer



Foto: NZB-Activ

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Herzklappenoperation wird man beispielsweise sicher nicht mit unterschiedlichen Qualitätsstandards argumentieren können. Und zu Recht befürchtet er eine einheitliche Gebührenordnung durch die Hintertür!

Zufällig erscheint zum gleichen Zeitpunkt eine Auftragsstudie der Bertelsmann-Stiftung (siehe Seite 16), die die Ersparnis für den einzelnen GKV-Versicherten errechnet, wenn sich die Besserverdiener in einer Bürgerversicherung nicht mehr dem Solidarausgleich „entziehen“ könnten. Allerdings geht die Studie dabei von einer Verbeitragung der Einkommen ohne Obergrenzen aus. Auch das ist verfassungsrechtlich wahrscheinlich nicht haltbar, weil dann unter Umständen hohe sechsstellige Beträge pro Jahr für einen Versicherungsschutz bezahlt werden müssten, für den ein anderer nur einen Bruchteil aufbringt.

Lässt man sich in Berlin auf diese Weise schon die Vorlagen für die nächsten (faulen) Kompromisse liefern? ■

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 55. 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

Redaktionsassistenten

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

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95478-0; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.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 05/20: 9. April 2020
Heft 06/20: 8. Mai 2020
Heft 07/08/20: 9. Juni 2020

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BEILAGENHINWEIS

Bitte beachten Sie das aus aktuellem Anlass zur Information Ihrer Patienten in das NZB eingelegte Plakat „Lächeln – statt Händeschütteln“ und hängen Sie es bitte an gut wahrnehmbarer Stelle in Ihrer Praxis aus. Auf den Homepages von KZVN und ZKN wird das Plakat zusätzlich als PDF-Datei in Farbe und Schwarz-Weiß zum Ausdruck z. B. als Handzettel zur Weitergabe an Ihre Patienten angeboten.



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





LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels: Einheitsbrei

POLITISCHES

- 4 67. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen Anspruchsvolles Programm im Junktim von Moderne und Tradition
- 8 „Wir brauchen eine zeitgemäße und fachlich wie betriebswirtschaftlich stimmige GOZI!“
- 13 PKV und Ärzte begrüßen Plädoyer gegen Einheitsgebührenordnung
- 14 PDSG: Spahn will freiwillige ePA für alle, eRezepte und lockt mit „Befüllungs“-Honorar
- 15 Telematikinfrastruktur Einführung zusätzlicher Anwendungen
- 16 BERTELSMANN – MACHT – POLITIK

FACHLICHES

- 20 Verbesserung der Frontzahnästhetik mit Keramikveneers Umformung eines Zapfenzahnes mit einer minimalinvasiven Verblendschale
- 30 Indikationsfindung und Behandlungsstrategien bei Antiresorptiva-Risikopatienten
- 37 Coronavirus: Gesicherte Informationen für Praxen, Patienten und Fachleute unter www.kzbv.de/coronavirus
- 38 Impfschutz gegen Masern seit 1. März verpflichtend
- 40 „Was ich mal fragen wollte ...“
- 41 Freisprechung Winter 2019 im Bezirk Göttingen

TERMINLICHES

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

PERSÖNLICHES

- 45 Dr. Maria Kaschner zum 75.
- 45 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 46 Dr. Christoph (Benno) Kusche wird 75
- 46 Wir trauern um unsere Kollegen
- 47 Dr. Henning Gode zum 90. Geburtstag
- 47 Dienstjubiläum in der ZKN
- 47 Dienstjubiläen in der KZVN

AMTLICHES

- 48 Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020
- 50 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 51 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 52 Kleinanzeigen





Fotos: RPunkt MEDIA GmbH, Riefenstahl/ZKN

67. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen

ANSPRUCHSVOLLES PROGRAMM IM JUNKTIM VON MODERNE UND TRADITION

Der diesjährige Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) fand bereits zum zweiten Mal in neuer Umgebung im Zentrum Niedersachsens im HCC – Hannover Congress Centrum – statt. Er bot vom 6. bis 8. Februar mit seinen wieder hochkarätigen Vorträgen ein anspruchsvolles Programm bei einem gelungenen Junktim von modernem Kongresszentrum und gewohnt traditionellem Rahmenprogramm sowie hochkarätigem Fortbildungsangebot an Frontalvorträgen und die jeweilige Fachthematik vertiefenden Intensivseminaren. Flankiert wurde er von einem Kongress für das zahnärztliche Fachpersonal mit besonderen Angeboten für spezifisch fortgebildete Teammitglieder.

Zahlreiche national und international hoch angesehene Referenten griffen an den Kongresstagen unter Leitung des langjährigen Kongressleiters Professor Dr. Thomas Attin aus Zürich mit praxis- und anwendungsnaher Fortbildung „Moderne Parodontologie und Implantologie“ thematisch alles Wichtige zum langlebigen Erhalt von Zähnen und

Implantaten auf. Die Teilnehmer/innen erlebten ein Feuerwerk an sofort in den Praxisablauf umsetzbaren Tipps und Tricks für das gesamte Praxisteam.



Der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, eröffnet den Kongress...



...zusammen mit dem langjährigen wissenschaftlichen Kongressleiter Prof. Dr. Thomas Attin aus Zürich.



Mit dem mit EUR 2.000 dotierten Wissenschaftspreis wurde dieses Jahr das Autorenteam Dr. Kristina Schmidt, Professor Dr. Thorsten M. Auschill und Professorin Dr. Nicole B. Arweiler ausgezeichnet; den Preis nahm stellvertretend für das Team Professorin Arweiler von Professor Attin entgegen.



Zahnärztinnen, Zahnärzte und ihre Teams – sehr zufrieden

Aus ganz Deutschland waren über 950 Zahnärztinnen und Zahnärzte zu Vorträgen und über 750 zu Seminaren sowie zahnärztliches Fachpersonal mit über 400 Teilnehmern zu deren Parallelveranstaltungen angereist. Sie alle lobten vor allem wieder die Praxisnähe der Fortbildungsvorträge und ihre sofortige Umsetzbarkeit in die tägliche Praxisroutine. Die Zahnmediziner/innen wie auch deren zahnmedizinisches Fachpersonal äußerten sich sehr zufrieden mit dem Kongressangebot sowie der Organisation durch die Zahnärztekammer.

Das Angebot der den Kongress begleitenden Dentalausstellung erreichte die Praxisteams direkt auf ihren Wegen zwischen den Vortrags- und Seminarräumen. So wurden – auch zur Freude der Aussteller – die Neuerungen der Dentalindustrie bei den gezeigten Materialien, Geräten und Instrumenten von den Kongressteilnehmern gern in Augenschein sowie das Wissen der Dental-Fachberater aufmerksam in Anspruch genommen.

Ein Glanzlicht war auch wieder das Rahmenprogramm

Nach den Seminaren eröffnete am Donnerstagabend der Präsident das Abendprogramm. Er spannte vor den anwesenden Kongressteilnehmern sowie zahlreichen Ehrengästen aus (Berufs-)Politik, Wirtschaft und (Zahn)ärzteschaft in seiner Rede einen Bogen über die Schwierigkeiten, die die zahnärztlichen Fakultäten bei der Umsetzung der neuen „Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen“ (ZApprO) mangels ausreichender Finanzierungen haben, bis zu aktuellen berufspolitischen Tagesthemen mit einem Fokus auf die mittlerweile auch bei Politikern evidenten

Probleme, die Investoren geführte Zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ) nachschieben. „Dass diese Investoren nicht aus altruistischen Gründen am Markt agieren, dürfte jedem klar sein“, sagte Bunke und ergänzte: „Es macht uns zurückbleibende Niedergelassene, Angestellte oder Zahnarzt geführte MVZs oder BAGs schon fassungslos, dass diese ‚Dentalgesellschaften‘ substantiell niedrigere Steuersätze bezahlen und damit eine deutlich höhere Nettorendite und Wettbewerbsvorteile generieren können.“

Grußwort von Ministerin Dr. Reimann

Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin Dr. Carola Reimann betonte in ihrem Grußwort, dass sich in Niedersachsen sowohl in städtischen als auch ländlichen ►►



Dr. Carola Reimann (SPD), Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, sprach in ihrem Grußwort die aktuelle (zahn)medizinische Versorgungslage, die im klinischen Studienteil reformierte zahnärztliche Approbationsordnung und die europäische Medical Device Regulation an.



► Regionen die zahnärztliche Versorgung derzeit nach wie vor auf einem stabilen Niveau befände. Damit jedoch auch in Zukunft eine wohnortnahe qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte zahnmedizinische Versorgung gewährleistet bleibe, müssen die sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen mitgedacht werden: „Es bestehen geschlechterübergreifend neue Erwartungen an eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Lebensqualität. Daher müssen wir alle darüber nachdenken, wie die Berufsausübung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Zukunft noch attraktiver gestaltet werden kann. Eine Praxis in der Stadt ist für sie oftmals attraktiver als auf dem Land. Das wird sich auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zunehmend bemerkbar machen und darauf muss frühzeitig reagiert werden. Aus meiner Sicht können neue Niederlassungsmodelle, wie z.B. eine Berufsausübungsgemeinschaft oder eine Partnergesellschaft die Attraktivität des Zahnarztberufes für den Nachwuchs deutlich erhöhen.“ Darüber hinaus ging Dr. Carola Reimann auf die Herausforderungen bei der Umsetzung der europäischen Medizinprodukteverordnung „Medical Device Regulation“ und auf die Veränderungen der neuen Approbationsordnung, wie etwa bessere Regelungen für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse, ein.

In seinen Dankesworten an die Ministerin regte Kammerpräsident Bunke zeitnahe Gespräche mit den zur ZApprO-Umsetzung involvierten zuständigen niedersächsischen Ministerien, den beiden zahnmedizinischen Universitäten in Hannover und Göttingen sowie der Zahnärztekammer an. Es müssten schnell Lösungen gefunden werden, dass den Universitäten, die für einen reibungslosen Studienbetrieb nach neuer ZApprO nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung stehen.

Ein absolutes Highlight – die Festrede von Professor Dres. h.c. Kirchhof

Den für den Winterfortbildungskongress traditionellen Festvortrag hielt dieses Jahr Prof. Dres. h.c. Paul Kirchhof, Bundesverfassungsrichter a.D. und Seniorprofessor distinctus für Staats- und Steuerrecht der Universität Heidelberg. Er sprach über den „Aufbruch in beherzter Freiheit in Zeiten eines wirtschaftlichen und technischen Umbruchs“.

„Wir brauchen Orientierung“, sagte Kirchhof zu seinem interessierten Publikum und zeigte den Versuch auf, „diese Orientierung, die in unserer freien Gesellschaft, in unserem Grundgesetz, in unserer Staatlichkeit angelegt ist, auszurichten auf die Fundamentalidee der Freiheit, der wir wohl unseren Wohlstand verdanken, der wir unser politisches System verdanken und natürlich auch das, was wir in Wissenschaft und Forschung gegenwärtig leisten.“ Er trug dazu vier Grundsatzüberlegungen vor:

Die erste vergewisserte sich „Was ist Freiheit?“. Die zweite versuchte, „die Freiheitsidee mit der Gleichheitsidee in Korrespondenz zu bringen“. Die dritte fragte nach dem Kern unseres Wirtschaftssystems „Was ist Geld?“ Die vierte, und das überraschte die Zuhörer ob der ausgewiesenen Kernkompetenz Professor Kirchhofs nicht, widmete sich den Steuern. Lauten Zwischenapplaus bekam Kirchhof zwischendurch für eine Forderung, die jedem von zunehmender Bürokratie im Arbeits- und Privatleben gebeutelten Bürger, aber insbesondere seinen Zuhörern an dem Abend aus der Seele sprach: „Es darf in jedem Lebensbereich, im Strafrecht, im Zivilrecht, im Steuerrecht, im Sozialrecht, also in jedem Lebensbereich nur so viele Normen geben, als der dafür zuständige Ministerialrat aktiv im Gedächtnis behalten kann.“ Nach seiner etwas über 60 Minuten



Professor Dres. h.c. Paul Kirchhof, Bundesverfassungsrichter a. D. und Seniorprofessor distinctus für Staats- und Steuerrecht der Universität Heidelberg sprach in seiner Festrede über den „Aufbruch in beherzter Freiheit in Zeiten eines wirtschaftlichen und technischen Umbruchs“.



Der Hannoversche Zauberünstler und Entertainer Detlef Simon alias DESiMO bezauberte auf der ihm eignen Art sein Publikum und sorgte so für Lachmuskelnkater noch am nächsten Tag.



© RPunkt MEDIA GmbH

„Tony Pop & Band“ aus Braunschweig sorgte für den nötigen Rhythmus für die Tanzfreudigen.



eloquent und mit geistigem Witz vorgetragenen Festrede erntete Kirchhof den mehr als verdienten abschließenden langanhaltenden Applaus.

Für Kurzweil war am Freitagabend gesorgt

Freitagabend sorgten „Hannovers unterhaltsamster Zauberer und zauberhaftester Unterhalter“ Detlef Simon alias DESiMO und „Tony Pop & Band“, jeder auf seine Weise, für ausreichend Spaß, Unterhaltung und Tanzerlebnis bis nach Mitternacht.

Veranstalter, wissenschaftliche Leitung, Referenten – Fazit bestens

ZKN-Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, freute sich besonders über die gegenüber den schon hohen Teilnehmerzahlen des Vorjahrs nochmals angestiegenen Teilnehmerzahlen und allseits positiven Rückmeldungen: „Der Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer ist als fester Termin in der Fortbildungslandschaft der niedersächsischen Zahnärzteschaft etabliert. Die jedes Jahr von den Kongressteilnehmern geäußerte hohe Zufriedenheit ist für uns seitens der Kammer Ansporn, das Programm, die Organisation und den Service für unsere Kollegenschaft und ihre Teams noch weiter auszubauen. Den Kongress im auch verkehrstechnisch gut erreichbaren Zentrum Niedersachsens stattfinden zu lassen, wurde von der Kollegenschaft und ihrem Fachpersonal über unsere Erwartungen hinaus gut angenommen. Eine den Kongress schmückende Winterlandschaft wäre zwar schön gewesen, ist aber keinesfalls nötig für den erzielbaren Fortbildungserfolg.“

„Mit dem diesjährigen Winterkongress im Zentrum Niedersachsens hat die Zahnärztekammer ein weiteres Kapitel in der Fortsetzung seiner Winterkongresstradition im modernen Layout aufgeschlagen“, kommentierte der wissenschaftliche Leiter des Parallelkongresses für das zahnmedizinische Fachpersonal Prof. Dr. Johannes Einweg, Stuttgart. Die ZKN käme damit ideal den Wünschen der niedersächsischen Praxisteams nach barrierearm erreichbarer hochkarätiger Fortbildung bei moderner Organisation in gewohnt familiärer Umgebung nach.

Professor Dr. Thomas Attin betonte: „Mein Referententeam

und ich kommen immer wieder sehr gerne zum Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer nach Hannover ins Zentrum Niedersachsens, weil die Bedingungen für den unkomplizierten Informationsaustausch zwischen den Dozenten und den Kongressteilnehmern ausgezeichnet sind. Dieser Kongress wird seinem sehr guten Ruf im Kollegenkreis durch die neue moderne Atmosphäre mehr als gerecht.“

Save the date – nach dem Kongress ist vor dem Kongress

Der nächste Winterfortbildungskongress findet vom 4. bis zum 6. Februar 2021 wieder im HCC – Hannover Congress Centrum – statt. Der Kongress titelt „Der Notfall“ und wird mit gewohnt hochklassigen Referentinnen und Referenten unter der bewährten wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Thomas Attin das Thema unter verschiedenen zahnärztlichen Aspekten vom parodontalen, über den dysfunktionellen bis hin zum traumatologischen und endodontischen Notfall ausgestaltet. Prof. Dr. Johannes Einweg organisiert den begleitenden Fachpersonalkongress mit dem Ziel, dass das zahnärztliche Fachpersonal mit seinem Wissen und Können das Praxisteam für den Notfall zum Wohl der Patienten perfekt ergänzt. ■ _____/r



Dank, wem Dank gebührt: ZKN-Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida (links) dankt dem Ehepaar Privatdozentin Dr. Rengin Attin und Professor Dr. Thomas Attin für deren Engagement in der Vorbereitung und Durchführung des Kongresses sowie Professor Dr. Dr. Henning Schliephake stellvertretend für das Team aus Referenten und Referentinnen.

„Wir brauchen eine zeitgemäße und fachlich wie betriebswirtschaftlich stimmige GOZ!“

Sie regelt die Leistungsvergütung für Privatpatienten und zudem die Höhe der Kosten für Behandlungen und Versorgungen, die von den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei bestimmten Behandlungen selbst zu übernehmen sind: die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Abgerechnet werden die Leistungen unter Zuhilfenahme eines Steigerungsfaktors und eines Punktwertmultiplikators. Diesen Punktwert hat die Bundesregierung 1988 auf elf Pfennig festgeschrieben. Seitdem ist er auf umgerechnet 5,62421 Cent eingefroren.

Silke Lange, als Referentin für privates Gebührenrecht im Vorstand der Zahnärztekammer Niedersachsen und als Mitglied der GOZ-Arbeitsgruppe Nord der Bundeszahnärztekammer engagieren Sie sich seit Jahren für die Anhebung des GOZ-Punktwertes. Die Bundeszahnärztekammer zusammen mit den Zahnärztekammern der Länder haben in den letzten Monaten mit der Kampagne „11 Pfennig“ in den sozialen Netzwerken Aufsehen erregt. Was sollte mit dieser Kampagne erreicht werden?

Silke Lange: Diese Kampagne hat mit plakativen Beispielen aus den Bereichen Fußball, Kindererziehung oder Oktoberfest einer breiten Öffentlichkeit verdeutlicht, wie absurd eine Abrechnungsgrundlage ist, die seit mehr als 31 Jahren unverändert gilt. Im Mittelpunkt der Kampagne stand eine für den Zweck geschaffene 11-Pfennig-Münze, die einen Punktwert symbolisieren soll, der völlig aus der Zeit gefallen ist.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollte der Punktwert eigentlich die wirtschaftliche Entwicklung abbilden. Doch diese wird seit über drei Jahrzehnten mangels ausgebliebener Progression des Punktwertes nicht berücksichtigt. In dieser Zeit gab es in vielen Bereichen eine regelrechte Preis- und Kostenexplosion. Laut Verbraucherpreisindex stiegen die Preise für Nahrungsmittel in diesem Zeitraum um über 50 Prozent, für Strom um über 117 Prozent und für Kraftstoff um nahezu 120 Prozent.



Silke Lange, Referentin für privates Gebührenrecht im Vorstand der Zahnärztekammer Niedersachsen und Mitglied der GOZ-Arbeitsgruppe Nord der Bundeszahnärztekammer

Wie sieht es denn bei anderen Berufsgruppen aus?

Silke Lange: Bei vielen Arbeitnehmern ist über Tarifverträge eine stetige Erhöhung der Vergütung gewährt worden. Ebenso bei anderen Freien Berufen wie bei Rechtsanwälten oder bei Tierärzten. Ein Beispiel: Mit der pauschalen Anhebung der Honorierung aller Leistungen um 12 Prozent und für Beratungsleistungen um 30 Prozent wurde 2017 die Gebührenordnung für Tierärzte, die „GOT“, novelliert. Der zahlenmäßige Rückgang von Kliniken, die einen Notdienst vorhalten müssen, führte jetzt nach zwei Jahren zu seiner erneuten Novellierung der GOT. In der am 20. Dezember 2019 verabschiedeten Novellierung sind ein pauschales Notdiensthonorar von 50 Euro und eine erhöhte Wegegeldentschädigung vorgesehen. Damit soll der tierärztliche Notdienst sichergestellt werden. Wenn es um Tiere geht, wird also dem Arzt ein Ausgleich für Kostensteigerungen gewährt, bei der Behandlung eines Menschen nicht. Das ist doch absurd!

Was sind Ihre Forderungen bzw. die Ihrer Kolleginnen und Kollegen von der Bundeszahnärztekammer und den anderen Zahnärztekammern?

Silke Lange: Mit der Bundeszahnärztekammer fordern wir Kammern eine zeitgemäße und fachlich wie betriebswirtschaftlich stimmige GOZ auf der Basis der Honorarordnung für Zahnärzte, der sogenannten HOZ. Der Punktwert muss

kontinuierlich an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst werden. Wir wollen alle zahnärztlichen Leistungen nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft abrechnen und hierfür auch eine angemessene Vergütung erhalten. Wir fordern, den GOZ-Punktwert unter Nachholung der Kostensteigerung seit 1988 einmalig adäquat anzuheben und ihn dann jährlich – unter Berücksichtigung der Kostensteigerung in den Praxen – anzupassen. In den bereits laufenden Novellierungsverhandlungen zur Gebührenordnung für Ärzte, der „GOÄ“, müssen auch die berechtigten Interessen der Zahnärzteschaft Berücksichtigung finden. Wenn Sie mich persönlich fragen, würde ich die Punktwertanpassungen gerne mit an die Anhebung der Diäten der Bundestagsabgeordneten und in demselben Maß koppeln. Die Begründungen, die für die Notwendigkeit der Diätenanhebungen in der Vergangenheit angeführt worden waren, treffen 1zu1 auch für unsere Praxen zu. Aber das wird wohl nur Wunschtraum bleiben können.

Wie sieht es denn mit der Vergütung bei den Leistungen für Patienten der gesetzlichen Krankenkassen aus? Sind die Gebühren dort auch auf dem Stand von 1988 stehen geblieben?

Silke Lange: Glücklicherweise nicht. Eine Anpassung an die realen Kostenentwicklungen in den Praxen wurde aber auch hier nicht im erforderlichen Maß vorgenommen. Begründung dafür war, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen stark vom Beitragsaufkommen abhängig war und ist, es viele Jahre mit hohen Arbeitslosenzahlen und wirtschaftlichen Rezessionen gab. Deswegen wurden die Punktwerte des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen – BEMA – viele Jahre an der Entwicklung der Grundlohnsummensteigerung orientiert. Das waren dann sehr oft geringe Steigerungen von mal etwas weniger, mal etwas mehr als 1%, aber auch zuweilen Nullrunden. Unter dem Strich führte das aber insgesamt bei weiterhin eingefrorenem GOZ-Punktwert dazu, dass heute, in 2020, 79 Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV – besser als die ähnlichen Leistungen der GOZ zum 2,3-fachen bezahlt werden. Für 47 dieser 79 Leistungen muss in der GOZ schon bis zum 3,5-fachen Einfachsatz gesteigert und dann auch dafür begründet werden, um dasselbe Honorar wie in der GKV zu erzielen. Und mittlerweile kann für 32 Leistungen nur dann noch dasselbe Honorar mit der GOZ erreicht werden, wenn ein Steigerungssatz über den 3,5-fachen Einfachsatz mit den Patienten vereinbart wird. Wenn das kein Skandal ist? Und die Privatpatienten kennen diese Zusammenhänge nicht. Viele Gesundheitspolitiker allerdings auch nicht.

Gibt es denn keine legale Möglichkeit, trotz des eingefrorenen GOZ-Punktwertes betriebswirtschaftlich stimmige Honorare mit der GOZ zu erzielen?



Foto: © HNFOTO - stockadobe.com

Silke Lange: Doch, die Möglichkeit gibt es mit der abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ. Danach darf jeder Zahnarzt die Höhe der Vergütung nach persönlicher Absprache individuell mit dem Patienten vor Erbringung der Leistung vereinbaren. Das war ursprünglich nur für besondere Behandlungen gedacht gewesen, gewinnt aber als Folge des über 31 Jahre eingefrorenen GOZ-Punktwertes und der Honorarschere zwischen BEMA und GOZ zunehmend auch für ganz normale Behandlungen an Bedeutung. Die Vereinbarung nach § 2 GOZ ist nämlich die einzige Gestaltungsmöglichkeit, die uns Zahnärzten bleibt, uns bei weiterhin ausbleibenden Punktwert erhöhungen der dann qualitätsfeindlichen Honorarbegrenzung des § 5 GOZ zu entziehen und ein angemessenes – an gestiegene Kosten und/oder höheren Aufwand angepasstes – Honorar zu erzielen. Diese Möglichkeit wurde nur bisher von uns Zahnärzten viel zu wenig genutzt; Zum einen aus Unsicherheit über die richtige Handhabung und der Scheu vor noch mehr Verwaltung, zum anderen wegen möglicher Verhandlungen mit dem Patienten und dem oft sich daran noch anschließenden Ärger mit dessen Kostenerstatte. Hier sollen die in dieser Ausgabe veröffentlichten statistischen Zahlen, BEMA-GOZ-Honorargegenüberstellungen und vorgestellten Hilfen zur Anwendung des § 2 GOZ zu einer Trendwende hin zu betriebswirtschaftlich stimmigen Honoraren auch mit der GOZ motivieren. Ich rufe alle Kolleginnen und Kollegen auf, deutlich vermehrt Gebrauch von Vereinbarungen nach § 2 GOZ zu machen. Wer Hilfe dabei braucht, kann sich sehr gerne an das GOZ-Referat der Zahnärztekammer Niedersachsen wenden.

Das Interview führte die NZB-Redaktion am Rand des 67. Winterfortbildungskongresses ►►

» HINWEISE ZU DEN FOLGENDEN ZWEI SEITEN

Auf den nächsten beiden Seiten dokumentieren wir Ihnen

- a) einen Ausriss aus der BEMA-GOZ-Synopse
- b) eine „Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ“ am Beispiel einer fiktiven Füllungstherapie.

Die Synopse (PDF-Datei), die Beispiel-Vereinbarung sowie eine leere Vereinbarungsvorlage (beide als PDF- und WORD-Datei) können Sie als ZIP-Datei von der Homepage der Zahnärztekammer Niedersachsen unter dem folgenden Link herunterladen:

https://zkn.de/fileadmin/user_upload/

Synopse_BEMA-GOZ_202002.zip

Oder als Shortlink: <https://t1p.de/42p8>

Für die BEMA-GOZ-Synopse gelten folgende Bedingungen:

- ▶ GOZ in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung.
- ▶ BEMA in der ab 01.01.2019 geltenden Fassung.
- ▶ Folgende GKV-Punktwerte aus dem Bereich der KZVN per 15.01.2020:

KCH/PAR/KBR (PW AOK 2020) EUR 1,1004

IP (PW AOK 2020) EUR 1,1898

ZE (PW 2020) EUR 0,9576

KFO (PW AOK 2020) EUR 0,9423

- ▶ In der Synopse wird das BEMA-Honorar mit dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor der GOZ 2012 verglichen. Ein Überschreiten des 2,3-fachen Steigerungsfaktors wird in Rot ausgewiesen. Alle nicht unmittelbar vergleichbaren Leistungen sind in den entsprechenden BEMA-Spalten leer.

- ▶ In der Synopse ist der Zeitaufwand kalkuliert für einen für Durchschnittspraxen zutreffenden Honorarumsatzbedarf/Stunde von EUR 294,32 (exklusive Fremdlaborkosten und dgl). Die angegebenen Werte beziehen sich auf Minuten. Beispiel: 3,4 = 3 Minuten und 24 Sekunden.
- ▶ Bei den GOZ- Leistungen ist die maximal zur Verfügung stehende Zeit für das aus dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor resultierende Honorar angegeben.
- ▶ Bei den BEMA-Leistungen ist die maximal zur Verfügung stehende Zeit gelistet.

Der für die Zeitberechnung angesetzte Stundenumsatz von EUR 294,32 basiert auf einer Studie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zur Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) aus 2009, der mit damals EUR 214,80 als durchschnittlich notwendiger Stundenumsatz für eine Durchschnittspraxis ermittelt wurde. Die letzte veröffentlichte Fortschreibung dieses statistischen Wertes erfolgte mit EUR 273,93 für 2015/2016 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der BZÄK 2017/2018). Seit der Zeit wird dieser Wert jährlich betriebswirtschaftlich fortgeschrieben. Die Empfehlung der BZÄK lautet, diesen Wert anhand des Kalkulationsrasters (siehe www.bzaek.de/goz/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte-go/zkalkulationsraster.html) für die eigene Praxis selbst zu ermitteln. ■

MANCHER ZAHN WAR NICHT MEHR
ZU ERHALTEN, ABER DURCH
IHRE SPENDE KÖNNEN WIR UNSER
DENTALES ERBE BEWAHREN.

Spenden Sie jetzt zum Erhalt und zur Archivierung unserer dentalhistorischen Sammlung!

www.zm-online.de/dentales-erbe

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:

Dentalhistorisches Museum

Sparkasse Muldental

Sonderkonto Dentales Erbe

IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse wird eine Spendenquittung übersandt.



500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



Synopsis GOZ 2012 - BEMA

GEBÜHRENBEZEICHNUNG	GOZ 2012					BEMA					Faktor GOZ zu BEMA
	Nummer	1fach Satz	2,3fach	Zeit [Min.]	Nummer	Punkte	* PW	Zeit [Min.]			
A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen											
Untersuchung	0010	5,62 €	12,93 €	2,6	01	18	19,81 €	4,0			3,5
Aufstellung schriftlicher HKP nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen	0030	11,25 €	25,88 €	5,3	----		----				
Aufstellung schriftlicher HKP bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen	0040	14,06 €	32,34 €	6,6	5	95	89,52 €	18,2			6,4
Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung	0050	6,75 €	15,53 €	3,2	----		----				
Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung	0060	14,62 €	33,63 €	6,9	7a/7b	19	17,90 €	3,6			1,2
Optisch-elektronische Abformung	0065	4,50 €	10,35 €	2,1	----		----				
Vitalitätsprüfung (Vjpr)	0070	2,81 €	6,46 €	1,3	8	6	6,60 €	1,3			2,3
Oberflächenanästhesie	0080	1,69 €	3,89 €	0,8	----		----				
Infiltrationsanästhesie	0090	3,37 €	7,75 €	1,6	40	8	8,80 €	1,8			2,6
Leistungsanästhesie, intraoral	0100	3,94 €	9,06 €	1,8	41a	12	13,20 €	2,7			3,4
Zuschlag Anwendung eines OP-Mikroskop	0110		22,50 €	4,6	----		----				
Zuschlag Anwendung Laser	0120				je nach						
B. Prophylaktische Leistungen											
Mundhygienestatus, Dauer mindestens 25 Minuten	1000	11,25 €	25,88 €	5,3	IP1	20	23,80 €	4,9			2,1
Kontrolle des Übungserfolges, Dauer mindestens 15 Minuten	1010	5,62 €	12,93 €	2,6	----		----				
Fluoridierung	1020	2,81 €	6,46 €	1,3	IP4	12	14,28 €	2,9			5,1
Lokale Anwendung von Medikamenten mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer	1030	5,06 €	11,64 €	2,4	----		----				
PZR je Zahn, Implantat, Brückenglied	1040	1,57 €	3,61 €	0,7	----		----				

*Punktwerte Niedersachsen 15.01.2020: KCH/PAR/KBR (PW AOK 2020): 1,1004; IP (PW AOK 2020): 1,1898; ZE (PW 2020): 0,9576; KFO (PW AOK 2020): 0,9423; Soll-Umsatz pro 60 Minuten [EUR]: 294,32

Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

zwischen _____
Zahlungspflichtiger/Patient

und _____
Zahnärztin/Zahnarzt

Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Nach persönlicher Absprache im Einzelfall vereinbaren der/die o.g. Zahlungspflichtige und der o. g. Zahnarzt/die o.g. Zahnärztin nach § 2 Absatz 1 und 2 GOZ die Höhe der Vergütung für die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie folgt:

GOZ/ GOÄ- Nr.	Leistungsbeschreibung	Steigerungs- faktor	Honorar in Euro
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	2,56	8,63 €
0100	Intraorale Leitungsanästhesie	3,37	13,28 €
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	2,36	6,63 €
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss, je Kavität	3,82	21,05 €
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	3,02	11,05 €
2040	Anlegen von Spannunggummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	3,02	11,05 €
2050	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial, einflächig	2,96	35,46 €
2070	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial, zweiflächig	3,17	43,14 €
2090	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial, dreiflächig	3,25	54,28 €
2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig	2,57	92,80 €
2110	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial, mehr als dreiflächig	3,58	64,23 €
2120	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig	2,56	110,87 €
2180	Vorbereiten eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	5,11	43,13 €
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	5,62	11,07 €
4040	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	2,62	6,63 €

PKV und Ärzte begrüßen Plädoyer gegen Einheitsgebührenordnung



Foto: © sebra - stockadobe.com

„Es ist eine gute Nachricht für das duale deutsche Gesundheitssystem, dass die Wissenschaftler keine gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen empfehlen. Denn angesichts der bestehenden Versicherungssysteme mit ihren sehr unterschiedlich gestalteten Vergütungsregeln würde sich durch eine erzwungene Zusammenlegung in der medizinischen Versorgung nichts zum Besseren, aber vieles zum Schlechteren verändern.“ So lautete das Resümee des Direktors des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), Florian Reuther, zum vorgelegten Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für

ein modernes Vergütungssystem (KOMV). Nun gelte es, das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel konkret umzusetzen, wonach sowohl die ambulante Honorarordnung in der GKV (EBM) als auch die Gebührenordnung der PKV (GOÄ) reformiert werden müssten. Zur Modernisierung der GOÄ liege bereits ein umfassendes Konzept vor, das gemeinsam von Ärzteschaft, PKV und Beihilfe entwickelt worden sei und den aktuellen Stand der Medizin wiedergebe, erklärte Reuther.

Weitgehend deckungsgleich fiel die Beurteilung wesentlicher Elemente des 239 Seiten umfassenden Papiers unter der Bezeichnung „Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aus. Deren Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen sprach sich jedoch – wie schon der PKV-Verband – deutlich gegen die von den Wissenschaftlern der KOMV postulierte „partielle Harmonisierung“ der ärztlichen Vergütungssystematiken aus. Dieser Ansatz müsse differenziert bewertet werden, so Gassen. Solche Vorschläge seien zwar wissenschaftlich interessant, praktikabel aber nicht. Notwendige Weiterentwicklungen würden dadurch nämlich eher gelähmt als befördert. ■

Quellen: PKV-Verband und KBV am 28. Januar 2020 und adp 3/2020

BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?
Wir helfen Ihnen gern!

Ansprechpartnerin:
Daniela Schmöe
Tel.: 0511 83391-319
Fax: 0511 83391-306
E-Mail: dschmoee@zkn.de



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



PDSG: Spahn will freiwillige ePA für alle, eRezepte und lockt mit „Befüllungs“-Honorar

CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (39) hält auch im neuen Jahrzehnt sein gesetzgeberisches „Höllentempo“ bei. Am Mittag des 30. Januar 2020 sickerte in Berlin die Nachricht durch, dass er den lang erwarteten Referentenentwurf eines DVG II in die Ressortabstimmung gegeben habe. Allerdings: Die näheren Ausführungsbestimmungen für die geplante Digitalisierung des Gesundheitswesens kommen unter dem etwas sperrigen Titel „Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur – Patientendaten-Schutzgesetz“ (PDSG) daher. Mit dem PDSG sollen alle Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen „Anspruch“ erhalten, dass Leistungserbringer medizinische Daten in ihre elektronischen Patientenakten (ePAen) „einfüllen“ und „verwalten“. Zeitgleich, aber getrennt von der ePA-Lösung, sollen auch elektronische Rezepte (eRezept) verfügbar sein. Ab 2022, so dürfte es der Wille des Ressortchefs sein, soll im bundesdeutschen Gesundheitswesen das medizinische Geschehen mehr und mehr digital archiviert und verwaltet werden. Es steht zu erwarten, dass nach dem ersten Studium des umfangreichen, 139-seitigen Entwurfes heftige Debatten über dessen Inhalt ausbrechen.

Spahn dürfte aus den Diskussionen um die Widerspruchslösung bei der Organspende gelernt haben. Von einer verpflichtenden Lösung für alle GKV-Versicherten ist nicht mehr die Rede. Diese können künftig freiwillig, müssen aber nicht eine ePA selbst führen. Der Versicherte entscheidet allein, welche Daten und Befunde in der ePA gespeichert werden und wer Zugriff auf diese haben darf. Die Patienten sollen „Herren ihrer Daten“ bleiben. Nur Leistungserbringer, vermutlich Ärzte, die ausdrücklich dazu berechtigt werden, dürfen „alles“ sehen. Das dürfte die besorgten Datenschützer beruhigen. Spahn stellt sich anscheinend vor, dass die Versicherten mit Smartphone oder Tablet in der Praxis, einer Apotheke oder Krankenhaus erscheinen, damit die Leistungserbringer die ePA einsehen bzw. „befüllen“ können. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden in ihren Geschäftsstellen Geräte vorzuhalten, damit bestimmte Vorgänge dort einsehbar sind. Auch sollen die Kassen verpflichtet werden, ab 2022 bei einem Wechsel des Versicherers die Patientendaten aus der ePA ohne Wenn und Aber auf den neuen zu übertragen. Laut den der A+S-Redaktionen vorliegenden Informationen dürften im PDSG, das wie üblich als Gesetzes-Omnibus

daher kommt, allein über 80 Paragraphen dazu dienen, das SGB V noch dickleibiger zu machen. In diesen regelt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) haarklein die Bedingungen, unter denen die Daten erfasst, verarbeitet und gespeichert werden sollen. Damit soll möglichen Bedenken aus dem SPD-geführten Bundesjustizministerium (BMJ) genauso Vorschub geleistet werden, wie bei den so wichtigen Datensicherheitsfragen, die des neuen Bundesdatenschutzbeauftragten (BDSchB) Ulrich Kelber (51). Ähnliches gilt für das künftige Rechtemanagement.

Zeitgleich regelt der PDSG-Entwurf auch die Bedingungen für das eRezept. Er sieht vor, dass die Berliner gematik GmbH die Grundlagen einer App entwickelt. Denn ab dem 1. Januar 2021 sollen die eRezepte unabhängig von einer eventuell nicht bestehenden ePA ausgestellt werden können. Patienten sollen nach der „Übergabe“ des eRezeptes durch die Ärzte, z.B. auf ihre Smartphones, selbst entscheiden, über welchen Distributionsweg (z.B. Offizin oder Versand-Apotheke) und wann sie es einlösen. Damit dürften die erheblichen Wettbewerbsbedenken der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) aus dem Weg geräumt sein.

Da ab 2022 nicht nur Befunde, Arztberichte oder Röntgenbilder, sondern auch Facharzt-Überweisungen über die neuen, digitalen Lösungen abgewickelt werden können, stellt sich das BMG vor, dass dann auch Impfausweise, Mutterpässe oder Zahn-Bonushefte in der ePA gespeichert werden können. Die Betonung liegt dabei immer auf dem Wort „können“, denn anscheinend ist den Gesetzes-Autoren klar, dass nicht mit einem Schlag alle Deutschen diese digitalen Möglichkeiten nutzen wollen und werden. Siebenstellig soll die Nutzerschar im ersten Jahr wohl schon werden, erreicht sie achtstellige Nutzerzahlen, dann dürften wohl im BMG Champagnerkorken knallen.

Gelernt hat Spahn wohl auch, dass im bundesdeutschen Gesundheitswesen die Leistungserbringer zum Mitziehen geködert werden müssen. Also sieht das PDSG dezidiert vor, dass ihnen der erforderliche „Mehraufwand“ vergütet werden soll. Das Gesetz regelt das für den Anfang und schreibt für das „Befüllen“ und „Verwalten“ ein Jahreshonorar von 10 € vor. Ob diese Höhe ausreicht, das bleibt abzuwarten. Aber noch hat der Entwurf ja nicht einmal das Kabinett erreicht. ■

Quelle: A+S aktuell 5/2020

Telematikinfrastuktur

Einführung zusätzlicher Anwendungen

Nachdem die Anbindung der vertragszahnärztlichen Praxen an die Telematik-Infrastruktur (TI) in Niedersachsen mit über 93% nahezu abgeschlossen ist, kann mit der Implementierung weiterer Anwendungen begonnen werden. Bisher konnte als erste konkrete Nutzungsmöglichkeit der TI nur das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) ausgeführt werden. Mit dem elektronischen Medikationsplan (eMP) und dem Notfalldatenmanagement (NFDm) kommen nun zwei Anwendungsmöglichkeiten hinzu.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat auf ihrer Homepage zwei neue Leitfäden für Zahnarztpraxen für diese Anwendungen veröffentlicht. Die Broschüren enthalten praktische Hinweise anhand konkreter Szenarien. In der nächsten Ausgabe des NZB werden wir über weitere Nutzungsmöglichkeiten der TI berichten.

nenden Arzneimitteln und der bestehenden Medikation der Patienten vermieden werden. <https://www.kzbv.de/leitfaeden-emp-und-nfdm.1356.de.html>

NOTFALLDATENMANAGEMENT (NFDm)

Auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kann auf Wunsch der Patientin oder des Patienten ein Notfalldatensatz (NFD) gespeichert werden. Dieser Notfalldatensatz steht dann in Notfallsituationen und unter bestimmten Voraussetzungen auch in regulären Behandlungssituationen als Informationsquelle und Entscheidungshilfe zur Verfügung. Zum sogenannten Notfalldatenmanagement (NFDm) gehört auch der Datensatz persönliche Erklärungen (DPE), der in der zahnärztlichen Versorgung allerdings keine Rolle spielt und auf den Zahnärzte daher auch keinen Zugriff haben.



ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN (EMP)

Dieser Leitfaden richtet sich an Zahnärztinnen, Zahnärzte und zahnmedizinisches Fachpersonal. Er soll als praktische Anleitung für die Handhabung des eMP dienen. Der eMP erlaubt es, den Medikationsplan der Patientin oder des Patienten von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einzulesen und bei der Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung zu nutzen. Zudem können Informationen über aktuell einzunehmende Medikamente, Allergien und Unverträglichkeiten gespeichert werden, sofern der Patient das wünscht. Mit der Anwendung sollen mögliche Wechsel- oder Nebenwirkungen im Zusammenhang mit zu verord-



Dieser Leitfaden richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie das zahnmedizinische Fachpersonal in der zahnärztlichen Praxis. Er beschreibt die Prozesse rund um den NFD:

- ▶ Ausfüllen des Notfalldatensatzes
- ▶ Voraussetzungen und Rahmenbedingungen
- ▶ Nutzung im Notfall und in regulären Behandlungssituationen
- ▶ Aktualisierung und Löschung
- ▶ Allgemeine Informationen zum NFDm
- ▶ Rechte der Patientinnen und Patienten

<https://www.kzbv.de/leitfaeden-emp-und-nfdm.1356.de.html> ■

_____ KZBV/loe



Foto: © whyframeshot - stock.adobe.com

BERTELSMANN – MACHT – POLITIK

EIN KOMMENTAR

Bemerkenswert ist die Entwicklung vom Buchverlag, den Carl Bertelsmann 1835 gründete, bis zum heutigen in 50 Ländern agierenden Konzern der Bertelsmann SE & Co. KGaA, der seinen Hauptsitz immer noch im nordrhein-westfälischen Gütersloh hat. Er zählt inzwischen zu den weltweit größten Medienunternehmen und ist außerdem in der Dienstleistungsbranche, im Finanz- und Bildungswesen und zunehmend im Bereich politischer Willensbildung aktiv und passiv beteiligt.

„Stiften gehen“ lohnt sich

Bevor wir einen Blick auf die aktuellen Ergebnisse der von Bertelsmann beauftragten „IGES-Studie“ werfen, bei denen sich angeblich Privatversicherte auf Kosten GKV-Versicherter

finanziell bereichern, soll das Unternehmensgeflecht unter dem Dach einer Stiftung beleuchtet werden. Zunächst muss man sich von dem ursprünglichen Gedanken freimachen, dass eine Stiftung stets gemeinnützig und dem Sozialen und dem Allgemeinwohl verpflichtet sei. In der Bundesrepublik gibt es inzwischen rund 22.000 Stiftungen, von denen ein erheblicher Teil eher der steuerlichen Gestaltung dienen dürfte – etwas präziser ausgedrückt: der Steuervermeidung. Der Begriff „Stiftung“ scheint inzwischen ebenso unter die Räder gekommen zu sein wie der Begriff des „Sozialen“. Die „Wirtschaftswoche“ bringt es auf den Punkt: „Von Jahr zu Jahr steigt die Zahl der Stiftungen und Vereine. Nicht weil die Deutschen mildtätiger werden, sondern weil sie so Steuern sparen. Der Staat schaut weg.“ So muss die INTEROGO-Stiftung in Liechtenstein,

die den IKEA-Konzern kontrolliert, als Familienstiftung ohne unternehmerische Tätigkeit trotz der Milliarden-Gewinne nur eine Pauschalsteuer von 1200 Schweizer Franken bezahlen.) Bei rund 1,2 Milliarden Euro Eigenkapital sind bei der Bertelsmann-Stiftung für „Zweckausgaben“ rund 91 Mio. Euro (rund 7,6%) vorgesehen). Die Stiftung fördert nur selbst definierte Projekte. Sie vergibt keine Stipendien und unterstützt auch keine Projekte Dritter. Die Juristen Lindner, Krämer, Priehn stellten in einer Expertise 2009 die Gemeinnützigkeit der Stiftung daher in Frage: „Die Förderung politischer Zwecke (Beeinflussung der politischen Meinungsbildung, Förderung politischer Parteien, Marktuntersuchungen für die zum Bertelsmann-Konzern gehörenden Unternehmungen und dergleichen) ist kein gemeinnütziger Zweck.“

Eine zutreffende Tätigkeitsbeschreibung findet sich bei Lobbypedia: „Durch verschiedene Projekte wirkt die Stiftung regelmäßig öffentlichkeitswirksam auf Debatten ein. Dies gelingt zum Beispiel durch die zahlreichen Studien, die durch die Stiftung oder von ihr beauftragten Instituten veröffentlicht werden und immer wieder Teil der Medienberichterstattung sind“.

https://lobbypedia.de/wiki/Bertelsmann_Stiftung

Das Unternehmen

Zum ehemaligen Buchladen Bertelsmann gehören inzwischen die Fernsehgruppe RTL Group, die Buchverlagsgruppe Penguin Random House, der Zeitschriftenverlag Gruner+Jahr, das Musikunternehmen BMG, die Bertelsmann Printing Group, die Bertelsmann Education Group sowie das internationale Fonds-Netzwerk Bertelsmann Investments und der für den Gesundheitsbereich relevante Dienstleister

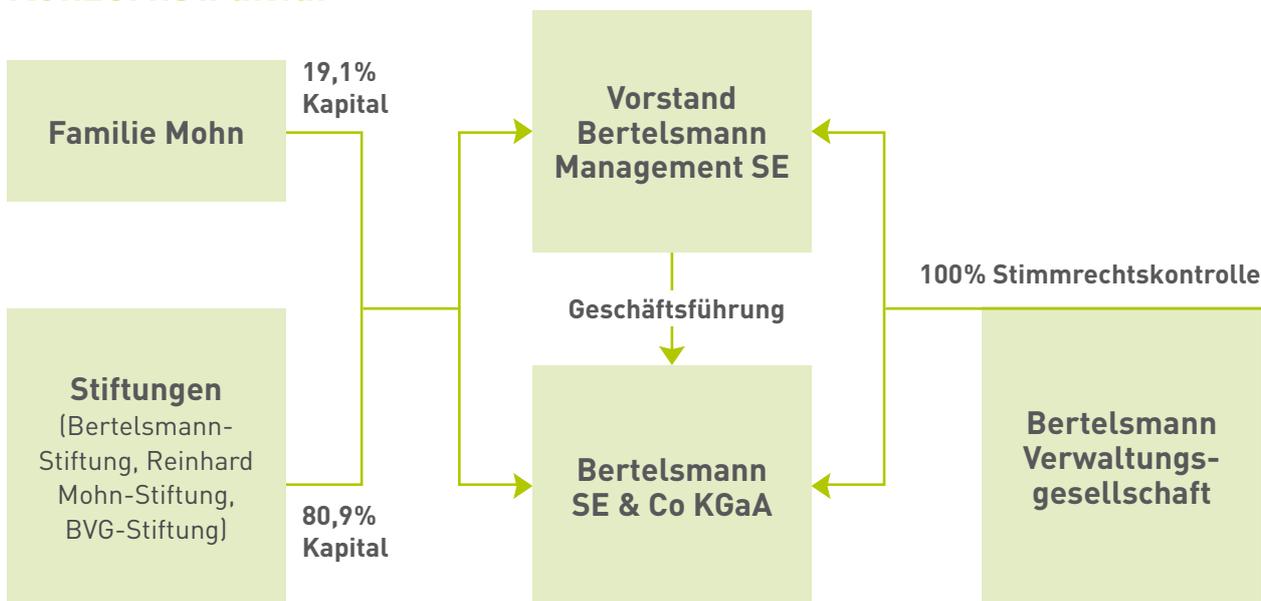
Arvato, der ein eigenes Netzwerk darstellt. Weniger interessant für uns, aber dennoch bemerkenswert ist die Zugehörigkeit der RTL Group, die weniger dem gerne vorgetragenen Bildungsanspruch dient als der Massensiedierung eines Publikums mit überschaubarem Anspruch („Bauer sucht Frau“, „Frauentausch“).

Im Geschäftsjahr 2018 erzielte das Unternehmen mit 117000 Mitarbeitern einen Umsatz von 177 Mrd. Euro. Interessant ist auch die Zusammensetzung des Aufsichtsrates. Allen voran ist Liz Mohn als stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Bertelsmann-Stiftung und Vorsitzende der Gesellschafterversammlung der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft mbH zu nennen. Dass sie der Bundeskanzlerin persönlich und freundlich verbunden ist, sei nur am Rande erwähnt. Ferner finden sich im Aufsichtsrat u.a. der ehemalige Generaldirektor der Nestlé AG, ein Vorstand der Deutschen Bank AG und der Aufsichtsratsvorsitzende der Volkswagen AG. Dass es auch gute Beziehungen zur (ehemaligen) Politik gibt, beweist die Tatsache, dass Philipp Rösler seit 2018 Mitglied des Kuratoriums der Bertelsmann-Stiftung ist. Versammler und gut vernetzter Sachverstand also. Die Bertelsmann-Stiftung ist Haupteigentümerin der Bertelsmann SE. Obwohl Stiftung und die Bertelsmann SE formal getrennte Einheiten bilden, sind sie in der Realität über Aktienbesitz und zentrale Personen miteinander verflochten. Beide werden von der Familie Mohn kontrolliert.

Lobbybüro „Unter den Linden“

Es sind vor allem die diversen Studien zu allen Lebenslagen, die ihren Niederschlag in den Medien finden und der Politik oftmals als „Tischvorlage“ dienen (sollen). Sie ►►

Konzernstruktur



► betreffen die Themenbereiche Bildung, Gesundheitspolitik, demographische Entwicklung, Arbeits- und Sozialpolitik sowie Außen- und Sicherheitspolitik. Damit ist die Bertelsmann-Stiftung wahrscheinlich die einflussreichste Stiftung Deutschlands mit kurzen Wegen zur Politik und einem Lobbybüro in Berlin Unter den Linden. Der direkte Weg zu politischen Entscheidungsträgern wird gesucht.

Arvato – Alles aus einer Hand – der digitale Patient

So beschreiben die Bertelsmänner die Plattform ihrer 100-prozentigen Dienstleistungstochter. Arvato ist nach eigener Beschreibung ein international agierendes Dienstleistungsunternehmen, das für Geschäftskunden aus aller Welt innovative Lösungen entwickelt und realisiert und laufend Finanzdienstleistungen sowie IT-Services mit den Innovationsschwerpunkten Automatisierung und Daten/ Analytics weiterentwickelt. Zu dem Geflecht von Arvato gehören weitere Unternehmen bis hin zum Inkassogeschäft. Im zahnärztlichen Bereich hat ArvatoSystems beispielsweise den Betrieb eines VPN-Zugangsdienstes einer KZV übernommen. Arvato Financial Solutions hat sich mit der BFS health finance GmbH auf die Abrechnung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisiert. Die Beschreibung aller Geschäftsfelder, die sich über den Globus erstrecken, würde weitere Seiten füllen. Dem Konzern Bertelsmann wird die Beteiligung an über 150 Investitionsplattformen für Digitalunternehmen zugeschrieben, und der Konzern sieht einen Wandel oder gar eine Revolution in der Gesundheitsversorgung durch neue digitale Möglichkeiten. Hier bietet sich dank der Digital-Politik der Bundesregierung und insbesondere des Bundesgesundheitsministers ein weites Geschäftsfeld für Bertelsmann. Von besonderem Interesse ist erklärtermaßen die Telematik-Infrastruktur, die elektronische Gesundheitskarte, Big Data und die Prädiktive Medizin. Das neue Projekt heißt daher „Der digitale Patient“.

Bertelsmann propagiert Bürgerversicherung: „Duales System kostet die Gesetzliche Krankenversicherung bis zu 145 Euro je Mitglied pro Jahr.“

Aus welchen Gründen auch immer gilt die Bürgerversicherung bei Liz Mohn als bevorzugtes Projekt. Mit einer Studie, deren Ausdeutung durch Bertelsmann höchst zweifelhaft ist, versucht Bertelsmann die öffentliche Meinung zu manipulieren. In der Vergangenheit wurde dieses Modell u. a. mit dem Argument begründet, dass dadurch Wartezeiten im Gesundheitswesen reduziert werden könnten. Bertelsmann stellt nun in einer beim IGES-Institut beauftragten Studie die steile These auf, dass der durchschnittliche GKV-Versicherte jedes Jahr mehr als nötig zahlen würde, damit sich Gutverdiener, Beamte und Selbstständige dem Solidarausgleich entziehen könnten. Die Einführung der Bürgerversicherung würde im Ergebnis



Foto: © vegefox.com - stock.adobe.com

die Beiträge der gesetzlich Versicherten spürbar senken können. Erschreckend ist, dass führende Printmedien diese Deutung der Studie mehr oder minder kritiklos übernommen haben, um das Projekt Bürgerversicherung – ganz im eigenen und im Sinne von Bertelsmann – aufzuwärmen. Auf der Homepage des IGES-Institutes steht jedoch ein anderes Ergebnis: „Eine neue Studie beziffert die Kosten des geteilten deutschen Krankenversicherungsmarktes für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Danach gehen der GKV jährlich 2,4 Milliarden Euro verloren, weil ihr privat Versicherte als besser verdienende und gesündere Mitglieder fehlen. Dies entspricht einem Beitragseffekt von 0,2 Prozentpunkten oder durchschnittlich 24 Euro der jährlichen Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder.“ Die Auslegung von Bertelsmann könnte an Meinungsmanipulation oder zumindest Desinformation denken lassen.

Und ob diese Rechnung mit einer theoretischen Einsparung von 2,- Euro je Monat für GKV-Versicherte am Ende aufgehen würde, darf angesichts einer innovationsfeindlichen Bürgerversicherung bezweifelt werden. Die klassenlose Bürgerversicherung muss eine Vision bleiben, da es für Patienten zu jeder Zeit eine Möglichkeit geben wird, individuelle Gesundheitsleistungen abzufordern und auch zu erhalten.

Wir können also feststellen, dass Bertelsmann zwar keine Politik macht, aber sie maßgeblich durch „Beratung“ der politischen Entscheider und gesteuerte Öffentlichkeitsarbeit beeinflusst. ■

_____ Dr. Michael Loewener

Fortbildungsveranstaltung 2020

der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen
in Niedersachsen e.V.

Zahnmedizin für besondere Menschen mit besonderen Ansprüchen

Samstag, 09. Mai 2020,
10:00 – 13:00 Uhr
DIAKOVERE Henriettenstift
Großer Saal
Marienstraße 72-90, 30171 Hannover

10:00 Uhr **Eröffnung und Begrüßung**

● **Begrüßung**

Dr. Wilhelm Bomfleur

● **Vorstellung des Kopf-Hals-Tumorzentrums**

PD Dr. Dr. Alexander Gröbe, DIAKOVERE Henriettenstift, Klinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie

● **Narkose und Sedierung bei Menschen mit Behinderungen – Risiko oder Chance**

Dr. Vanessa Gaarz, DIAKOVERE Henriettenstift, Klinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie

● **Analgetische Behandlungsstrategien in der zahnärztlichen Praxis**

Dr. Sarah Sausmik, DIAKOVERE Henriettenstift, Klinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie

● **Dysphagie und Aspiration – ist das ein Problem?**

Margit Frehrking, DIAKOVERE Akademie, Fachbereich Therapie und Pädagogik

● **Möglichkeiten der kieferorthopädischen (Mit-)Behandlung bei Kindern und
Jugendlichen mit Behinderungen**

Dr. Dr. Philipp Meyer, DIAKOVERE Henriettenstift, Kieferorthopädie

13:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

**Diskussionen und Pause zwischen
den Referaten.**

Anmeldung:

Zahnärztliche Arbeitsgruppe für
Menschen mit Behinderungen in
Niedersachsen e. V.

Zahnärztekammer

Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

Fax: 0511 83391-42113

E-Mail: rtoru@zkn.de

Verbesserung der Frontzahnästhetik mit Keramikveneers

UMFORMUNG EINES ZAPFENZAHNES MIT EINER MINIMALINVASIVEN VERBLENSCHALE

Prof. Dr. Jürgen Manhart, ZT Uwe Gehringer

ZUSAMMENFASSUNG

Der Wunsch nach ästhetisch möglichst perfekten Zähnen ist bei einem Großteil der Bevölkerung vorhanden. Parallel hierzu bevorzugen informierte Patienten aber auch minimalinvasive Therapieformen und wünschen zumeist keine komplette Überkronung entsprechender Zähne. Sie fordern zahnhartsubstanzschonende Behandlungsverfahren, die aber trotzdem auch langfristig keine Kompromisse hinsichtlich funktioneller und ästhetischer Gesichtspunkte aufweisen. Adhäsiv befestigte Keramikveneers erlauben bei vielen Patienten eine substanzschonende medizinische und ästhetische Therapie von verfärbten, kariösen, frakturierten, dysplastischen oder fehlgestellten Frontzähnen.

1. EINLEITUNG

Die moderne Zahnheilkunde bietet heute vielfältige Methoden, die Funktion und Ästhetik der Zähne im Frontzahnbereich wieder herzustellen bzw. zu optimieren. Hierzu zählen – je nach Ausgangssituation und in Ab-

hängigkeit vom Destruktionsgrad der einzelnen Zähne – polychromatische mehrschichtige direkte Kompositrestaurationen, laborgefertigte oder industriell hergestellte Kompositveneers, Keramikveneers, Additional Veneers (Teilveneers), 360°-Veneers (Veneerkronen), Kronen (Metallkeramik, Vollkeramik) und kieferorthopädische Maßnahmen [1-4]. Vollkeramische Veneers erlauben in Verbindung mit der Adhäsivtechnik in geeigneten Fällen eine substanzschonende medizinisch-funktionelle und gleichzeitig ästhetische Therapie und können in vielen Situationen die Präparation von deutlich invasiveren Vollkronen an den betroffenen Zähnen ersetzen [5-8]. Das Haupteinsatzgebiet von Veneers liegt überwiegend im Frontzahnbereich, vor allem im Oberkiefer. Sie sind aber nicht hierauf beschränkt, ihr Indikationsgebiet reicht auch in die Prämolarenregion und extendiert sich in Einzelfällen sogar bis in den Molarenbereich [9-11]. Im Glossar prothetischer Fachbegriffe des Journal of Prosthetic Dentistry aus dem Jahr 2017 wird das Keramikveneer definiert als „dünne, adhäsiv befestigte Keramikrestauration, welche die fazialen, inzisalen und



Abb. 1: 22-jährige Patientin mit einem zapfenförmig veränderten lateralen linken Schneidezahn im Oberkiefer



Abb. 2: Die Patientin fühlt sich durch den Zapfenzahn ästhetisch eingeschränkt in der Möglichkeit ein attraktives Lächeln zu präsentieren.

Teile der approximalen Flächen von Zähnen mit ästhetisch begründetem Behandlungsbedarf restauriert“ [12]. Als synonyme Bezeichnungen werden u. a. Laminates, Facings, Keramikschalen, Verblendschalen und Frontzahnsteilkronen verwendet.

Keramikveneers wurden zum ersten Mal im Jahr 1938 von Charles Pincus als – zum damaligen Zeitpunkt temporäre – Möglichkeit der ästhetischen Verbesserung des Frontzahnbereiches von Filmschauspielern beschrieben [13]. Allerdings dauerte es danach noch bis Anfang der 1980er Jahre, bis sich Keramikveneers langsam in den zahnärztlichen Praxen zu etablieren begannen. Dies wurde erst möglich, nachdem man herausfand, dass eine Ätzung und Silanisierung der Keramik in einer Festigkeitssteigerung der Restauration über den dadurch vermittelten kraftschlüssigen Verbund mit der adhäsiv vorbehandelten Zahnhartsubstanz resultiert [14].

Veneers erfordern einen signifikant geringeren Zahnhartsubstanzabtrag im Vergleich zur klassischen Vollkronenpräparation [15]. Die dünnen Veneers haben Schichtstärken von ca. 0,3 bis 0,8 mm, im Einzelfall auch bis zu etwa einem Millimeter [16]. Die Präparation findet normalerweise überwiegend auf der labialen Zahnfläche statt. Der geringe Abtrag an Zahnhartsubstanz hat für den Patienten erhebliche Vorteile. Neben der Schonung gesunder Zahnstruktur ist das Risiko von postoperativen Problemen ebenso deutlich reduziert wie die Gefahr eines Vitalitätsverlustes des betroffenen Zahnes infolge eines Präparationstraumas. Auch die Integrität der marginalen Gingiva wird bei korrekter Lage und Gestaltung der zervikalen Präparationsgrenze nicht negativ beeinträchtigt [17]. Des Weiteren konnte in einer wissenschaftlichen Studie zu den psychologischen Auswirkungen von ästhetisch motivierten Behandlungen mit Keramikveneers ein positiver Effekt hiervon auf das Selbstwertgefühl der betroffenen Patienten gezeigt werden [18]. Keramikveneers lieferten in einer weiteren Studie nach 2 Jahren intraoraler Verweildauer eine signifikant bessere Patientenzufriedenheit als direkte Kompositfüllungen [19]. Der nachfolgende klinische Fall zeigt die Umformung eines zapfenförmigen Oberkieferschneidezahnes mit einem individuell geschichteten Keramikveneer nach minimalinvasiver Präparation der Zahnhartsubstanz.

2. KLINISCHER FALL

Ausgangssituation

Eine 22-jährige Patientin stellte sich in unserer Sprechstunde mit einem zapfenförmig veränderten lateralen linken Schneidezahn im Oberkiefer vor (Abb. 1 und 2). Diese auffällige Abweichung von der regulären Zahnform eines seitlichen Inzisivus störte die Patientin erheblich und war der Grund für den Behandlungswunsch (Abb. 3 und 4). Sämtliche Frontzähne reagierten während der klinischen



Abb. 3: Detailansicht des Zapfenzahnes



Abb. 4: Aus der inzisalen Ansicht erkennt man, dass der Zahn mit seiner labialen Kontur bereits etwas außerhalb des Zahnbogens steht. Das schließt eine Versorgung mit einem „Non-Prep“-Veneer aus, da ansonsten eine deutliche Überkonturierung resultieren würde.

Untersuchung auf die Sensibilitätsprüfung mit Kältespray ohne Verzögerung positiv und waren nicht perkussionsempfindlich. Im Rahmen eines Funktionsscreenings ergaben sich keine Anzeichen für eine Funktionsstörung des stomatognathen Systems, insbesondere keine muskulären oder arthrogenen Probleme und keine Einschränkungen in der Mobilität des Unterkiefers.

Therapieplanung und Behandlungsziel

Gemäß dem Wunsch nach einer Verbesserung der Ästhetik im linken Oberkieferfrontzahnbereich wurden der Patientin verschiedene Behandlungsvorschläge unterbreitet. Nach einer intensiven Beratung entschieden wir uns letztendlich gemeinsam für die Therapievariante der korrigierenden Umformung des zapfenförmigen Schneidezahnes mittels eines Keramikveneers nach minimalinvasiver Präparation. Ein „Non-Prep“-Veneer schied aus, da der Zahn mit seiner labialen Fläche bereits geringfügig nach labial aus dem Zahnbogen ragte. Ein präparationsloses Veneer – selbst in minimaler Schichtstärke – würde somit eine deutliche Überkonturierung verursachen. ►►



Abb. 5: Bestimmung der Zahnfarbe am kontralateralen seitlichen Schneidezahn durch den Zahntechniker im Labor



Abb. 6: Durch die Anfertigung einer digitalen Aufnahme in der Kreuzpolarisations-Blitztechnik können unerwünschte Reflexionen am Zahn eliminiert und Details für die Farbkommunikation hervorgehoben werden.

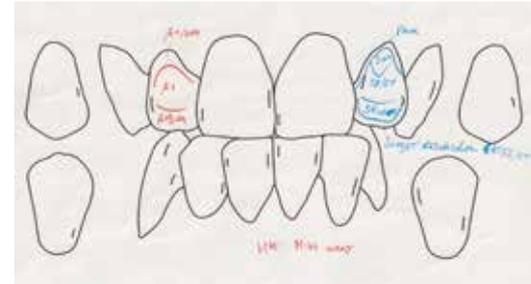


Abb. 7: Im Rahmen der Zahnfarbbestimmung dokumentiert der Zahntechniker bei der dentalen Ästhetikanalyse alle für die Rekonstruktion relevanten Aspekte und hält diese in einem Schichtschema fest.

► Als Alternative zum Veneer stand eine Anpassung an die von der Patientin gewünschte Zahnform mit einer direkt geschichteten polychromatischen Kompositrestauration zur Diskussion. Die rein theoretische Option einer Überkrönung (VMK oder Vollkeramik) wurde aufgrund der damit verbundenen Invasivität bei dem karies- und defektfreien Zahn nicht weiter in Betracht gezogen.

Die Patientin wurde im ausführlichen Beratungsgespräch über Vorgehen, Umfang, Risiken, Alternativen und die wirtschaftlichen Aspekte der geplanten Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt. Anschließend erfolgte die Dokumentation der Ausgangssituation mit digitaler Fotografie. Zum Ende der ersten Behandlungssitzung wurden Präzisionsabformungen beider Kiefer mit individualisierten konfektionierten Abformlöffeln zur Herstellung hochwertiger Planungsmodelle angefertigt. Zusätzlich wurden eine Kieferrelationsbestimmung in habitueller Interkuspitation (HIKP) und eine arbiträre schädel- und gelenkbezogene Übertragung der Oberkieferposition mittels Gesichtsbogen durchgeführt [20]. Abschließend wurde noch ein Okklusionsprotokoll mit Shimstock-Folie (HANEL Shimstock-Folie 8µ, Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG, Langenau) angefertigt, um die intraorale Kontaktbeziehung der antagonistischen Zahnreihen in statischer Okklusion zu dokumentieren.

Der Patientin wurde aufgetragen, sich eine Woche nach dem ersten Zahnarzttermin im Dentallabor zur Bestimmung der Zahnfarbe und generell zur dentalen ästhetischen Analyse vorzustellen (Abb. 5 und 6) [21, 22]. Grundvoraussetzung für eine präzise Farbbestimmung ist, dass die Zähne nicht ausgetrocknet sind, da sie ansonsten heller und opaker wirken [23-25]. Im Rahmen der ästhetischen Analyse beim Zahntechniker wird die Verteilung der verschiedenen Farbschattierungen und der transluzenten bzw. opaken Zahnbereiche im zu restaurierenden Gebiet bestimmt. Der altersentsprechende Aufbau der Restaurationen mit entsprechenden individuellen Charakteristika (z.B. Schmelzrisse, white Spots, Mamelons, Halo-Effekte), die passende

Ausgestaltung der Oberflächentextur und der korrekte Glanzgrad werden ebenfalls im Rahmen dieser Analyse ermittelt. Im Prinzip erfolgt bei der dentalen ästhetischen Analyse durch den Zahntechniker bereits eine „virtuelle Schichtung“ der Restaurationen mit Bestimmung der für die spätere Keramikverblendung notwendigen Opakdentin-, Dentin-, Schmelz-, Opal-, Transpa- und Effektmassen für die spätere Keramikverblendung. Das Ergebnis dieser „Schichtung in Gedanken“ wird schriftlich im Schichtschema festgehalten (Abb. 7). Idealerweise hat sich der Zahntechniker bis zu diesem Zeitpunkt bereits mit dem Patientenfall anhand der schädelbezüglich einartikulierten Planungsmodelle und des Therapieplans des Zahnarztes vertraut gemacht und einen ersten Entwurf der geplanten prothetischen Restaurationen in Form eines Wax-ups erstellt (Abb. 8 bis 10). Dieses sollte unter funktionellen und ästhetischen Gesichtspunkten mit dem Behandler abgestimmt werden.

All diese Analysen werden vor Ort im Dentallabor unter dafür idealen Lichtbedingungen – die so in den Zahnarztpraxen oft nicht anzutreffen sind – von dem Zahntechniker durchgeführt, der letztlich die Restaurationen anfertigen wird. Erfolgt die Farbanalyse direkt durch den Zahntechniker und nicht durch den Behandler oder andere Mitarbeiter der Zahnarztpraxis, kommt es in der Regel auch nicht zu Missverständnissen und die Verantwortlichkeiten für diesen Aspekt im Behandlungsablauf sind klar verteilt. Ein derartiges Vorgehen eliminiert das Risiko von Kommunikationspannen und verhindert, dass kostbare Zeit für diesen manchmal auch länger dauernden und aus Sicht des Zahnarztes unproduktiven Schritt am Zahnarztstuhl aufgewendet werden muss.

Der Zahntechniker wird überhaupt erst durch den direkten Patientenkontakt und die eigenständige ästhetische Analyse der intraoralen Situation in die Lage versetzt, eine ästhetisch perfekte Einpassung der Arbeit zu ermöglichen [26]. Optimal ist, wenn diese Analyse vor Beginn der eigentlichen Behandlung vorgenommen wird. So kann sich



Abb. 8: Entwurf der geplanten Umformung des seitlichen Inzisivus mithilfe eines Wax-ups. Hierfür wurde der Gipszahn zuvor labial etwas radiert.



Abb. 9: Palatinale Ansicht des Wax-ups



Abb. 10: Inzisale Ansicht des Wax-ups



Abb. 11: Vom Zahntechniker vorbereitetes indirektes Mock-up aus Verblendkomposit auf einem Gipsmodell der Ausgangssituation. Im zervikalen Bereich wurde der Bereich ausgespart, der für das Wax-up auf dem anderen Modell radiert werden musste.



Abb. 12: Man erkennt die Ausdehnung des Mock-ups auf die palatinale Zahnseite zur Optimierung der dynamischen Okklusion.

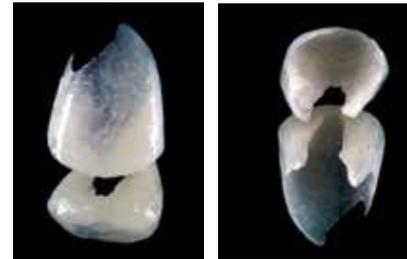


Abb. 13 und 14: Das Mock-up zeigt deutlich die filigranen Ausmaße der geplanten minimalinvasiven Veneerkonstruktion.



Abb. 15: Einprobe des Mock-ups: die geplante Restauration kann im Vorhinein in Bezug auf Dimension, Form und Stellung im Patientenmund evaluiert werden, ohne dass am Zahn bereits eine irreversible Präparation erfolgt ist.

der Zahntechniker einen eigenen Eindruck von der Ausgangssituation verschaffen und zudem die Erwartungen des Patienten an die neuen Versorgungen ungefiltert abfragen. Eine für den jeweiligen Patienten spezifische, optimale Zahnstellung und -form der Restaurationen wird angestrebt [27]. Die Umsetzung des für jeden Patienten individuellen funktionellen und ästhetischen Optimums erfordert somit bereits von Beginn der Planungsphase an eine enge Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Zahntechniker [28].

Mock-up und Visualisierung

In Anlehnung an das Wax-up wurde vom Zahntechniker ein indirektes laborgefertigtes Mock-up aus einem Verblendkomposit vorbereitet (Abb. 11 und 12). Alternativ hierzu kann das Mock-up auch mithilfe einer vom Wax-up abgeleiteten transparenten Tiefziehschiene – idealerweise verfeinert mit einem transparenten Kartuschensilikon zur Steigerung der Detailgenauigkeit – die chairside vom Zahnarzt beispielsweise mit einem Provisorienkunststoff aufgefüllt wird, direkt am Patienten hergestellt werden [29-31]. Die im Labor angefertigte indirekte Mock-up-Variante steigert zwar die damit verbundenen Kosten, spart dem Zahnarzt aber andererseits wertvolle Behandlungszeit am Stuhl. Im Regelfall ist ein indirektes Mock-up auch qualitativ hochwertiger und weist eine höhere Festigkeit auf (Abb. 13 und 14).

Mit dem Mock-up kann man die geplante Restauration im Vorhinein in Bezug auf Dimension, Form und Stellung im Patientenmund evaluieren, ohne dass an den natürlichen Zähnen bereits eine irreversible Präparation erfolgt ist. Dies ist ein wertvoller Schritt in der Behandlungsplanung, da die Beurteilung der geplanten Restaurationen im Patientenmund, mit entsprechender realer Darstellung der Weichgewebe, der Lippenposition und -dynamik, der Lachlinie und, innerhalb gewisser Grenzen, auch der funktionellen sowie phonetischen Auswirkungen, der alleinigen Evalua- ►►



Abb. 16: Veneerpräparation am seitlichen Schneidezahn. Der zervikale Präparationsrand verläuft äquigingival, die approximalen Präparationsgrenzen sind in Bereiche positioniert, die nach der Veneerbefestigung nicht mehr sichtbar sind.



Abb. 17: Die minimalinvasive Veneerpräparation wird auch in der dynamischen Okklusion (hier: Protrusion) überprüft.



Abb. 18: Der labiale Hartsubstanzabtrag und die Präparationsgeometrie werden mit einem Präparationsschlüssel aus Knetsilikon überprüft (sagittale Ansicht).



Abb. 19: Der labiale Hartsubstanzabtrag und die Präparationsgeometrie werden mit einem Präparationsschlüssel aus Knetsilikon überprüft (axiale Ansicht).



Abb. 20: Mit einem palatinalen Silikonsschlüssel wird die vertikale Dimension der Präparation im Verhältnis zur angestrebten Länge der geplanten Restauration überprüft.

►► tion nur anhand von labortechnischen Visualisierungen im Artikulator weit überlegen ist (Abb. 15). Dieses Vorgehen hilft, der Patientin das Behandlungsergebnis und das Veränderungspotential durch die Verblendschale vor Beginn der irreversiblen Präparation zu visualisieren und erleichtert somit auch die Entscheidungsfindung für die geplanten Behandlungsmaßnahmen; es kann somit auch als „Verkaufshilfe“ eingesetzt werden [32].

Im Einzelfall ist speziell ein laborgefertigtes Mock-up hervorragend dazu geeignet, es dem Patienten nach Anprobe und gegebenenfalls Modifikation durch den Zahnarzt, nach einer kurzen Einweisung über die Handhabung, mit nach Hause zu geben. Dort kann sich der Patient nochmals in Ruhe, ohne Zeitdruck und ohne die Anspannung in den Praxisräumen, mit dem Restaurationsentwurf auseinandersetzen. Er kann hierfür Feedback vom Ehepartner, von Verwandten oder von Freunden einholen und somit seine Entscheidung auf eine breitere Basis stellen. Die Autoren dieses Beitrags haben die Erfahrung gemacht, dass dieses Vorgehen speziell bei primär unsicheren Patienten häufig dazu führt, dass diese dann letztendlich eine positive Entscheidung hinsichtlich der Therapie treffen.

Die Kombination aus Wax-up, Mock-up und Tiefenmarkierungen ist nachfolgend in der Umsetzung der Präparation von unschätzbarem Wert und sichert einen ökonomischen,

minimalinvasiven Umgang mit der Zahnhartsubstanz [29, 33]. Eine möglichst realitätsnahe Visualisierung des Behandlungszieles mit dem Mock-up liefert somit wichtige Grundlagen, um die Vorhersagbarkeit des Therapieerfolges zu steigern und garantiert eine größere Sicherheit für alle beteiligten Parteien (Zahnarzt, Zahntechniker, Patient) [30, 34, 35].

Das beschriebene Vorgehen eignet sich ideal bei geplanten additiven Veränderungen der Zahnstellung und -formen, wie beispielsweise Zahnverlängerungen, Zahnverbreiterungen, einer Verlagerung der Zahnkontur nach labial oder dem Lückenschluss [30]. Liegen die Dimensionen der Zahnformen und -stellung der Ausgangssituation extern der Hüllkurve des Wax-ups, so ist die beste Möglichkeit der Visualisierung entweder das Wax-up selbst, das nach entsprechender Reduktion der störenden Bereiche am Planungsmodell erstellt wurde, oder eine virtuelle Planung am Computer.

Veneerpräparation

Der linke seitliche Schneidezahn wurde minimalinvasiv für das Keramikveneer präpariert (Abb. 16 und 17). Dabei wurde die anatomische Form des Zahnes weitestgehend beibehalten, indem der Präparationsdiamant in 3 verschiedenen Winkeln unter Berücksichtigung des Verlaufs

der fazialen Zahnwölbung an der Labialfläche platziert wurde, um der zervikalen Austrittsebene (Emergenzprofil), der mittleren Hauptebene und letztlich der Neigung des inzisalen Zahndrittels zu folgen. Als Referenz für den labialen Substanzabtrag diente die Außenkontur des Wax-ups. Die Kontrolle des labialen Substanzabtrags und der Präparationsgeometrie erfolgte sowohl aus der sagittalen (Abb. 18) als auch aus der axialen (Abb. 19) Perspektive mit Präparationsschlüsseln, die in der Vorbereitungsphase durch den Zahntechniker am Wax-up-Modell mit Knetsilikon angefertigt wurden. Ebenfalls kann mit einem Silikonschlüssel die vertikale Dimension der Präparation im Verhältnis zur angestrebten Länge der geplanten Restauration überprüft werden (Abb. 20). Um zu verhindern, dass am Behandlungsende die Inzisalkante des natürlichen Zahns bei Verwendung einer transluzenten Keramik als störende Linie durch das Veneer leicht durchschimmert, ist es empfehlenswert, beim abschließenden Finieren der Präparation dem Zahntechniker im labial-inzisalen Drittel des Zahnes durch eine etwas stärkere Inklination des Schleifkörpers in Richtung inzisal-oral geringfügig mehr Platz (ca. 0,2 mm) für die Abdeckung der Kante durch die Veneerkeramik zu verschaffen (Abb. 18).

Es wird angestrebt, die Veneerpräparation sowohl in der labialen Anschlifffläche als auch an der zervikalen Begrenzung komplett innerhalb des Zahnschmelzes enden zu lassen [36-38]. Speziell im zervikalen Zahndrittel existiert ein höheres Risiko der ungewollten Dentinfreilegung durch die Veneerpräparation. Werden bei der Präparation Dentinareale im Zahn freigelegt, so steigt das Versagensrisiko für die Veneers in der anschließenden klinischen Gebrauchsperiode mit deren zunehmendem Anteil [39-41]. Liegen mehr als 50% der labialen Schlifffläche im Dentin, ist das Risiko, dass die Verblendschale frühzeitig durch Haftversagen oder Fraktur verloren geht, deutlich erhöht [42-46].

Eine Veneerschichtstärke unter 0,3 mm ist nicht zu empfehlen, da ansonsten die Restauration sowohl in der Phase der zahntechnischen Herstellung als auch in der zahnärztlichen Praxis bei der ästhetischen Einprobe und

der adhäsiven Eingliederung zu bruchgefährdet ist. Die Veneers erlangen ihre hohe Festigkeit erst mit der kraftschlüssigen adhäsiven Verklebung an die Zahnschmelz, insbesondere an den verwindungssteifen Zahnschmelz.

Nach der Präparation

Die Grundfarbe des präparierten Zahnes wurde vom Behandler mit einem digitalen Foto unter Referenzierung auf Muster eines speziellen Stumpffarbschlüssels dokumentiert (Abb. 21). Die Bilddatei wurde dem Dentallabor anschließend elektronisch zur Verfügung gestellt. Durch Verdrängung der marginalen Gingiva mit einem Retraktionsfaden wurde die Vorbereitung des Zahnstumpfes für die Abformung abgeschlossen (Abb. 22). Anschließend erfolgte die Präzisionsabformung des präparierten Zahnes mit einem individualisierten konfektionierten Abformlöffel (Abb. 23). Nach Abformung des Gegenkiefers, ebenfalls mit einem individualisierten konfektionierten Abformlöffel, wurde noch ein Okklusionsprotokoll mit Shimstock-Folie angefertigt, sowie eine Kieferrelationsbestimmung in habitueller Interkuspidation (HIKP) und eine arbiträre schädel- und gelenkbezogene Übertragung der Oberkieferposition mittels Gesichtsbogen durchgeführt [20]. Ein Provisorium wurde in diesem Fall nicht angefertigt, da aufgrund der nur geringfügigen Präparation keine Dentinanteile am Zahn exponiert waren.

Laborphase

Im Dentallabor wurde das Veneer auf einem feuerfesten Stumpfmmodell aus geschichteter Feldspatkeramik hergestellt und nachfolgend auf einem ungesägten Gipsmodell im Bereich der Approximalkontakte optimiert (Abb. 24). Zur Optimierung der dynamischen Okklusion wurde das Veneer in Bereiche der Palatinalfläche des Zahnes erweitert (Abb. 25). Nach Fertigstellung des Veneers wurde dieses auf dem Gipsmodell positioniert und mit Goldpuder bestäubt, um die Gestaltung der Oberfläche und der Texturmerkmale im Vergleich zu den Nachbarzähnen abzugleichen und final erarbeiten zu können (Abb. 26) [47, 48]. ►►



Abb. 21: Bestimmung der Farbe der präparierten Zahnhartsubstanzanteile mit einem speziellen Stumpffarbring



Abb. 22: Vorbereitung für die Abformung durch Einlegen eines dünnen Retraktionsfadens in den Sulkus zur Verdrängung der marginalen Gingiva



Abb. 23: Präzisionsabformung des präparierten Zahnes mit einem individualisierten konfektionierten Abformlöffel



Abb. 24: Fertiges Veneer aus geschichteter Feldspatkeramik



Abb. 25: Die palatinale Ausdehnung des Veneers orientiert sich am Mock-up. Dadurch lässt sich die dynamische Okklusion optimieren.



Abb. 26: Mit Goldpuder werden Oberfläche und Textur des fertigen Veneers im Vergleich zu den Nachbarzähnen kontrolliert.



Abb. 27 bis 30: Derart dünne Veneers können nur schwer aus einer monolithischen Keramik in der Presstechnik hergestellt werden. Die Innenseite des Veneers zeigt die Übergänge von der transluzenten labialen Keramikschichtung in die opaken distal-inzisalen Bereiche, die den Helligkeitswert halten müssen.

►► Derart dünne Veneers können nur schwer aus einer monolithischen bzw. monochromen Keramik in der Presstechnik hergestellt werden. Um die jeweiligen Zonen im Zahn definieren zu können, benötigt man optisch ganz unterschiedliche Keramikmassen. Im approximalen Bereich ist zum Beispiel eine opake Keramik erforderlich, die den Helligkeitswert hält, während in den Randbereichen sehr transluzente Massen geschichtet werden müssen (Abb. 27 bis 30) [21]. Der Erfolg eines solchen dünnen Veneers wird wesentlich durch den Zahntechniker bestimmt, der auf einem Minimum an Platz eine farblich interessante Schichtung und ein natürliches Lichtspiel verwirklichen muss [49, 50].

Einprobe und Befestigung

Zu Beginn der Einsetzsitzung präsentierte sich die Gingiva in entzündungsfreiem Zustand (Abb. 31). Das Keramikveneer wurde einprobiert und unter ästhetischen und funktionellen Gesichtspunkten evaluiert. Dabei wurde zuerst an den feuchten Zähnen die Farbe des zum Einsetzen des Veneers zu verwendenden Kompositklebers bestimmt. Für die Überprüfung der Farb- und Transluzenzgestaltung von Veneers („ästhetische Einprobe“) wird mit wasserlöslichen Try-in-Pasten, die in ihrer Einfärbung dem korrespondierenden gehärteten Befestigungskomposit entsprechen, die Luft im Zementspalt eliminiert („optische Ankoppelung“) (Abb. 32). Diese Luft im Zementspalt würde auf Grund ihres unterschiedlichen Lichtbrechungsverhaltens zu

einem falschen optischen Eindruck führen [36, 51, 52]. Mittels verschiedener Befestigungskomposite, die sich in ihrem Farbton und der Farbintensität bzw. der Opazität unterscheiden, können maximal kleinere Farbkorrekturen des Veneers erzielt werden. Die geringe Schichtstärke des Kompositklebers erlaubt bei einer deutlichen Farbabweichung der Veneerkeramik von der Sollfarbe im Regelfall keine perfekte Korrektur. Vielmehr können damit lediglich geringe Abweichungen in unterschiedlichem Ausmaß korrigiert werden [53]. Andererseits besteht aber durchaus die Gefahr, die Farbe und Transluzenz eines perfekt hergestellten Veneers durch die Wahl des falschen Einsetzkomposits – wie etwa weiß-opake Farben – ästhetisch zu ruinieren. Die ästhetische Einprobe mit Try-in-Pasten zum richtigen Zeitpunkt ist somit eine Voraussetzung für einen gelungenen Abschluss der Behandlung. Um das Austrocknen der Zähne und die damit verbundene reversible Aufhellung und opaker wirkende Erscheinung zu vermeiden [23-25], muss diese ästhetische Kontrolle selbstverständlich an feuchten Zähnen vorgenommen werden. Die endgültige Farbe eines adhäsiv befestigten Keramikveneers wird durch 3 Faktoren bestimmt, die in Abhängigkeit von der Transluzenz bzw. Opazität der Veneerkeramik, der Schichtdicke des Veneers und der Passung des Werkstücks, d.h. der Zementspaltstärke und der daraus resultierenden Schichtstärke des Befestigungskomposits, eine unterschiedliche Gewichtung aufweisen. Zu diesen Faktoren zählen die Farbe ►►



Abb. 31: Zu Beginn der Einsetzsitzung präsentierte sich die Gingiva in entzündungsfreiem Zustand.



Abb. 32: Ästhetische Einprobe des Keramikveneers an Zahn 22 mit Try-in-Paste



Abb. 33: Funktionelle Einprobe des Veneers zur Kontrolle der Passung, der Approximalkontakte und der Randgüte



Abb. 34: 60-sekündige Konditionierung der Innenseite des feldspatkeramik-basierten Veneers mit Flusssäure



Abb. 35: Situation nach dem Absprühen der Säure und dem Trocknen der Keramikoberfläche mit Druckluft



Abb. 36: Die Adhäsivflächen der geätzten Glaskeramik werden mit Silan vorbehandelt.



Abb. 37: Vorbereitung des Zahnes für die adhäsive Befestigung durch Verdrängung der marginalen Gingiva mit einem Retraktionsfaden und Isolierung der Nachbarzähne mit Teflonband



Abb. 38: Konditionierung der Zahnhartsubstanz mit Phosphorsäure



Abb. 39: Nach dem Absprühen der Säure und dem Trocknen des Zahnes kann man anhand des frostigen Aussehens der Oberfläche deutlich die komplette Schmelzbegrenzung der Präparation erkennen.



Abb. 40: Vorbehandlung der Zahnhartsubstanz mit einem Haftvermittler



Abb. 41: Vorsichtiges Verblasen des Lösungsmittels aus dem Adhäsivsystem mit Druckluft. Vor dem Platzieren des Veneers wird das Teflonband entfernt um Positionierungsprobleme zu vermeiden.



Abb. 42: Das Keramikveneer wurde mit einem Befestigungskomposit auf dem Zahnstumpf positioniert. Nach der Entfernung der Überschüsse wurde die Klebefuge mit Glyceringel zur Vermeidung einer oberflächlichen Sauerstoffinhibitionsschicht des Kompositklebers abgedeckt.

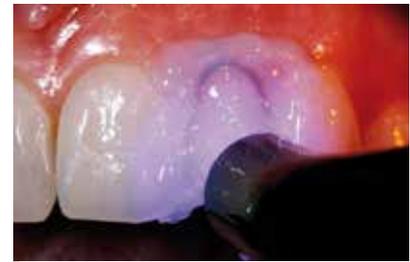


Abb. 43: Polymerisation des rein lichthärtenden Befestigungskomposits



Abb. 44 bis 46: Die Umformung des zapfenförmigen linken seitlichen Schneidezahnes in einen regelrecht geformten Inzisivus ist mit dem Veneer hervorragend gelungen. Die Verblendschale zeigt eine gute funktionelle und ästhetische Integration in die Zahnreihe.



Abb. 47 und 48: In der inzisalen Ansicht erkennt man den Ausgleich der palatinalen Anatomie des Zapfenzahnes durch die Keramik. Dadurch wird auch die Frontzahnführung in der dynamischen Okklusion optimiert.

Abb. 49: Der gelungene Behandlungsabschluss zeigt sich in einer deutlichen Verbesserung der Ästhetik des Lächelns.

►► der Veneerkeramik [53, 54], die Farbe des präparierten Zahnstumpfs [55] und die Farbe des Befestigungskomposits (Cave: vermeide sehr opake Kompositkleber bei dünnen transluzenten Veneers!) [54, 56]. Nach dem Reinigen der Zähne und des Veneers von der Try-in-Paste erfolgte anschließend im Rahmen der funktionellen Einprobe die intraorale Kontrolle der Passung, der Approximalkontakte und der Randgüte des Veneers (Abb. 33). Wird zur adhäsiven Befestigung des Veneers kein Kofferdam zur Isolierung des Arbeitsfeldes verwendet, ist es zusätzlich zur peniblen relativen Trockenlegung empfehlenswert, die marginale Gingiva in Vorbereitung zur Veneerinsertion vorsichtig mit dünnen Retraktionsfäden zu verdrängen. Die Vorteile der geringfügigen Weichgewebsverdrängung mit Retraktionsfäden liegen in der exakten Darstellung des Präparationsrandes und in der Möglichkeit zu kontrollieren, ob alle Überschüsse des Einsetzkomposits komplett entfernt wurden; gleichzeitig werden durch die Fäden Bondingreste im Sulkus weitestgehend ausgeschlossen. Aufgrund ihres filigranen Designs sind Veneers vor Abschluss der adhäsiven Befestigung deutlich bruchgefährdeter

als vollkeramische Kronen. Sie erlangen ihre endgültige Festigkeit erst durch die adhäsive Verklebung mit der Zahnhartsubstanz und die dadurch erzielte kraftschlüssige Verbindung. Die zuverlässige adhäsive Verbindung zur Zahnhartsubstanz – insbesondere zum Schmelz, der durch seine Verwindungssteifigkeit die Veneerkeramik stabilisiert – ist ein Schlüsselfaktor für den langfristigen klinischen Erfolg [57, 58]. Sowohl das Veneer (Abb. 34 bis 36) als auch die Zahnoberfläche (Abb. 37 bis 41) wurden gemäß den Regeln der Adhäsivtechnik vorbereitet und die Keramikschale dann mit einem niedrig-viskosen Kompositkleber am Zahn befestigt (Abb. 42 und 43). Dünne Veneers erlauben bei Benutzung einer lichtstarken Polymerisationslampe die Verwendung eines rein lichthärtenden Befestigungskomposits [59]. Nach dem Eingliedern zeigt das Keramikveneer eine gute funktionelle und ästhetische Integration in die Zahnreihe (Abb. 44 bis 46). Die Umformung des zapfenförmigen linken seitlichen Schneidezahnes in einen regelrecht geformten Inzisivus ist hervorragend gelungen. Durch die Erweiterung des Veneers auf beide approximalen Bereiche



Abb. 50: Kontrolle der Farbeinpassung des Veneers mit einem digitalen Foto in der Kreuzpolarisations-Blitztechnik



Abb. 51: Im Durchlicht imponiert die hervorragende Lichtleitungseigenschaft des geschichteten Keramikveneers.

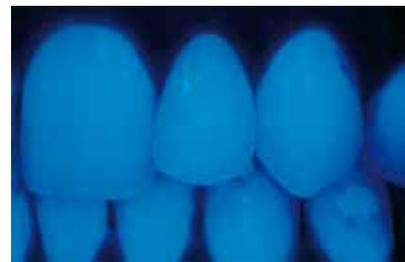


Abb. 52: Auch in den Fluoreszenzeigenschaften, geprüft mit UV-Licht, lassen sich keine Unterschiede zwischen der Keramikrestauration und den natürlichen Zähnen feststellen.

und auf die palatinale Fläche des Zapfenzahnes wird zum einen die ursprünglich eher zerklüftete palatinale Anatomie des Zahnes (Abb. 4) durch das Restaurationsmaterial ausgeglichen und somit hygienefähiger gestaltet, andererseits kann dadurch auch die Frontzahnführung in der dynamischen Okklusion optimiert werden (Abb. 47 und 48). Der gelungene Behandlungsabschluss zeigt sich in einer deutlichen Verbesserung der Ästhetik des Lächelns der Patientin (Abb. 49).

Die hervorragende farbliche Einpassung des Veneers in die Umgebungsbezaehlung lässt sich mit einem digitalen Foto in der Kreuzpolarisations-Blitztechnik bestätigen (Abb. 50) [60-65]. Im Durchlicht imponiert die hervorragende Lichtleitungseigenschaft des geschichteten Keramikveneers (Abb. 51). Unter UV-Licht lässt sich die vorhandene Fluoreszenz der Restauration nachweisen, die ebenfalls nicht von der umgebenden natürlichen Zahnhartsubstanz abzugrenzen ist (Abb. 52). Silikatkeramiken besitzen eine Transluzenz und lichtoptische Eigenschaften, die mit der natürlichen Zahnhartsubstanz vergleichbar sind und die sie dementsprechend für die Anfertigung von Restaurationen für höchste ästhetische Anforderungen prädestinieren [66]. Die Lichtstreuung der Silikatkeramik unterstützt ebenfalls ein natürliches vitales Aussehen der angrenzenden Gingiva. Der Unterschied zu dieser „rosa Ästhetik“ wird im Vergleich mit metallgestützten Versorgungen deutlich, die diese Lichtleitung in Richtung zum marginalen Weichgewebe blockieren und oft eine graue Abschattung an der marginalen Gingiva verursachen [67, 68].

Die Patientin zeigte sich von der Verbesserung der dentalen Ästhetik durch das Keramikveneer begeistert und bedankte sich dafür beim Behandlungsteam mit einem glücklichen Lächeln (Abb. 53).

3. SCHLUSSBEMERKUNG

Vollkeramische Veneers haben einen sehr hohen Qualitätsstandard erreicht und sind für die moderne konservierende und prothetische Zahnheilkunde zu einem unverzichtbaren therapeutischen Instrument geworden. Eine ausgezeichnete Ästhetik [5] und ein im Vergleich zu Vollkronen deutlich geringerer Zahnhartsubstanzabtrag zeichnen diese Therapieform aus, die bei den Patienten auf eine sehr hohe Akzeptanz stößt [41, 69]. Die minimalinvasive Präparation und die parodontalhygienisch günstige Lage des zervikalen

Veneerrandes vermeiden im Regelfall schwerwiegende biologische Probleme, wie postoperative Hypersensibilitäten, Pulpanekrosen oder gingivale Rezessionen [70]. Klinische Studien zeigen hervorragende Überlebensdaten, wenn zu Beginn der Behandlung eine Auswahl geeigneter Patienten getroffen wird, eine korrekte Indikation gestellt wird und neben der sorgfältigen zahntechnischen Herstellung mit korrekter Materialelektion eine präzise Präparations- und eine geeignete Befestigungstechnik zum Einsatz kommen [40, 71, 72]. ■

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen Manhart
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Klinikum der Universität München
Goethestraße 70, 80336 München
E-Mail: manhart@manhart.com

ZT Uwe Gehring
Made by Uwe Gehring – Dentallabor
Frauenstr. 11, 80469 München
E-Mail: uwe@madeby-ug.de

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



Abb. 53: Die Patientin bedankt sich für die gelungene Behandlung mit einem glücklichen Lächeln.

Indikationsfindung und Behandlungsstrategien bei Antiresorptiva-Risikopatienten

Dr. Tim F. Wolff, Karlstein am Main

PD Dr. Dr. Eik Schiegnitz, Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden



Zusammenfassung:

Die Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrose bzw. Kiefernekrose entwickelt sich insbesondere bei Patienten mit Bisphosphonat- und/oder Denosumabtherapie. Das Anwendungsgebiet dieser Medikamente erstreckt sich von Patienten mit Osteoporose bis hin zu multimorbiden Patienten mit ossären Metastasierungen solider Tumore. Die Ätiologie beschreibt neben dem reduzierten Knochenumbau auch weitere Faktoren wie Veränderungen auf die Weichgewebe, Gefäße und auch das Immunsystem. Hierbei spielen Triggerfaktoren wie entzündliche Veränderungen in der Mundhöhle, wie Parodontitiden, Periimplantitiden oder auch chirurgische Eingriffe, wie Zahnentfernungen und Prothesendruckstellen eine entscheidende Rolle. Bei anstehender zahnärztlicher kaufunktioneller Rehabilitation gilt es eine Versorgung zu wählen, die einerseits mit einem möglichst geringen Risiko der Entwicklung einer Osteonekrose einhergeht. Andererseits ist in diesem Zusammenhang auch das allgemeinmedizinische Risiko eines eventuellen zahnärztlichen chirurgischen Eingriffs zu bedenken, womit besondere Sicherheitskautele bei Risikopatienten in den Vordergrund rücken. In Einzelfällen kann eine kaufunktionelle Rehabilitation auch einen implantologisch getragenen Zahnersatz beinhalten. Der mögliche Risikofaktor für die Entstehung einer medikamentenassoziierten Kiefernekrose durch eine Prothesendruckstelle durch tegumental getragenen Zahnersatz kann in Folge dessen durch eine implantatgetragene Restauration reduziert werden.

Einleitung

Bisphosphonate werden seit über 25 Jahren erfolgreich in der Medizin zur Behandlung der Osteoporose sowie ossärer Metastasierung solider Tumoren eingesetzt. Die Erstbeschreibung der Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose (englisch: Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw [BP-ONJ]) im Jahre 2003 [18] stellte Ärzte

und Zahnärzte vor neue Herausforderungen und neue Behandlungsproblematiken. Einerseits bewirken Bisphosphonate über eine effektive Hemmung der Osteoklastenaktivität eine positive Knochenbilanz und somit eine Reduktion der Knochenresorption. Andererseits führen sie aber zu einer verminderten Knochenneubildungs- und -umbaurate („bone remodeling“), die unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Kiefernekrose führen kann. In den nachfolgenden Jahren wurden auch für weitere Medikamente Kiefernekrosen beschrieben, die dem Bild der Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose ähnelten. Da diesen Medikamenten die Gemeinsamkeit der antiresorptiven Eigenschaften im Knochenmetabolismus zugrunde liegt, bzw. sie osteoprotektive Eigenschaften aufweisen, wurde der Begriff der Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose durch den Terminus Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose abgelöst. Die Begrifflichkeit der Medikamenten-assoziierten Kiefernekrose beschreibt dabei dieselbe Entität und umfasst insbesondere neue Medikamentenstoffgruppen, z. B. Bevacizumab (Avastin), wobei diese sehr viel seltener mit einer Kiefernekrose assoziiert sind.

Die Entstehung einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose wird meist durch enorale Wunden, z. B. entzündliche veränderte Mundschleimhaut, Parodontopathien, chirurgische Eingriffe oder auch Prothesendruckstellen begünstigt (Abb. 1). Die Behandlung eines derartigen Risikopatienten mit Einschätzung des individuellen Risikos und nachfolgender kaufunktioneller Rehabilitation gestaltet sich komplex und benötigt in den meisten Fällen eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten. Zur präventiven und nachhaltigen Reduzierung der prothesenbedingten Druckstellen auf der Mundschleimhaut, kann eine Implantation für den Patienten das individuelle Risiko sogar senken und zu einer Verbesserung des Prothesenhalts führen. Da jeder operative Eingriff am Kiefer eines Antiresorptiva-Patienten selbst das Risiko einer späteren

Kiefernekrose beinhaltet, ist das Risiko dem Nutzen gegenüberzustellen und eine individuelle Risikoprofilanalyse durchzuführen.

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der aktuellen Literaturempfehlung zu diesem Thema sowie der Klassifizierung des individuellen Risikoprofils nach der S3-Leitlinie Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrosen und den Strategien zur Vermeidung einer ONJ sowie mit der aktuellen S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“ [33].

Bisphosphonate und Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrosen

Der physiologische Knochenstoffwechsel besteht aus einem aufeinander abgestimmten System von Knochenab- und -aufbauprozessen. Die Knorpelsubstanz-aufbauenden Osteoblasten, die abbauenden Osteoklasten sowie die entstehenden Osteozyten werden untereinander durch verschiedene Regelsysteme sowohl innerhalb als auch außerhalb der Knochenmatrix reguliert. Eine Stimulation der Osteoblasten führt zu Knochenaufbau. Die Stimulation der Osteoklasten wiederum bewirkt das Gegenteil, womit es zu einem kontinuierlichen geregelten Knochenaufbau- und abbau kommt. „Im physiologischen Gleichgewicht (steady state) halten sich Ab- und Aufbau die Waage, was zu einer kontinuierlichen Erneuerung des vorhandenen Knochengewebes führt (bone remodeling)“ [10]. Verschiedene pathologische Zustände können dieses Gleichgewicht erheblich stören. Die wichtigsten Erkrankungen sind dabei die Osteoporose, bei der es generalisiert zu einer negativen Knochenbilanz kommt und die onkologischen Erkrankungen, die mit Knochenmetastasen (z.B. Mamma- und Prostatakarzinom) vergesellschaftet sind oder primär im Knochengewebe stattfinden (Plasmocytom, Multiples Myelom). Allen diesen Erkrankungen gemeinsam ist die progrediente Instabilität des Skelettsystems mit zunehmendem Spontanfrakturrisiko und Folgeerscheinungen bis hin zur Querschnittslähmung. Die Medikamentengruppe der Bisphosphonate versucht genau in diesen aus dem Gleichgewicht geratenen Regulationsmechanismus positiv einzugreifen. Bisphosphonate sind synthetisch hergestellte Analoga des Pyrophosphates und hemmen ein Enzym vornehmlich in Osteoklasten. Das supprimierte Enzym des Osteoklasten führt demnach zu einem verminderten Knochenabbau. Der Eingriff in diesen Regelkreislauf des Knochenmetabolismus führt zu einem Ausbleiben des physiologischen Knochenumbaus und somit zu einer verminderten „bone remodeling“-Rate. In Verbindung mit weiteren Faktoren wird jedoch der beschriebene Eingriff in den Regelkreislauf als Hauptursache bei der Entstehung einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose angesehen.

Das Leitsymptom einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose ist der inspektorisch oder sondenpalpatorisch

freiliegende Knochen. Weitere klassische Symptome sind Zahnlockerungen, Foeter ex ore, Kieferkammfisteln mit oder ohne Exsudation, Schwellungen oder spontane Sensibilitätsstörungen in der Unterlippe (Vincent-Symptom). Ein vorhandener oder „kommender und gehender“ Schmerz eines Patienten ist nicht als Leitsymptom anzusehen. Dieser ist eher Ausdruck der (Super-)Infektion und häufig von zusätzlicher Pus-Exsudation gekennzeichnet. Der monoklonale IgG2-Anti-RANKL-Antikörper Denosumab (Handelsname: Prolia oder X-Geva) wird ebenfalls gesichert mit der Ausbildung von Kiefernekrosen in Verbindung gebracht [6]. Denosumab greift ebenfalls in den Knochenmetabolismus ein, indem es ein Protein inaktiviert, das normalerweise Osteoklasten aktiviert, sodass der Osteoklast in seiner Funktion gehemmt wird. Die Denosumab-Kiefernekrose zeigt laut aktueller Literatur mindestens gleich hohe Prävalenzraten wie bei onkologischen oder Osteoporose-Patienten unter Bisphosphonattherapie [22, 27]. Zu den häufigsten Indikationen der Antiresorptiva gehören die Behandlung der primären und sekundären Osteoporose sowie die supportive Therapie onkologischer Erkrankungen. Dazu zählen:

- ▶ das multiple Myelom (oder auch Plasmocytom),
- ▶ die ossäre Metastasierung solider Tumoren, wobei das Mammakarzinom und das Prostatakarzinom hier die Hauptindikation stellen,
- ▶ die primäre (meist postmenopausale) Osteoporose,
- ▶ die sekundäre (meist therapieinduzierte) Osteoporose,
- ▶ der Morbus Paget.

Die wahrscheinlich häufigste Behandlung mit Antiresorptiva erfolgt bei primärer Osteoporose mit oraler Bisphosphonatmedikation oder einer intravenösen Dosis nur einmal pro Jahr. Bei sekundärer Osteoporose oder malignen Erkrankungen ohne Knochenmetastasen hingegen indizieren meistens i.v.-Gaben in Frequenzen von 2- bis 4-Mal pro ▶▶



Abb. 1: Freiliegender Knochen um Unterkiefer. Typisches klinisches Bild einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose

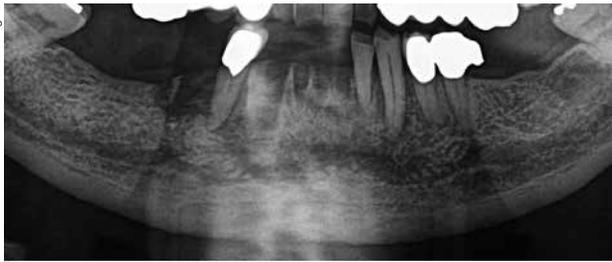


Abb. 2: Teilausschnitt aus einem OPTG. Es sind die Extraktionsalveolen und osteolytische Prozesse in der Unterkiefer-Front sowie regio 45 deutlich erkennbar.

- Jahr [6]. Ossäre Metastasierungen und das multiple Myelom jedoch bringen eine Medikamentensteigerung zu einer intravenösen Therapie alle 4 Wochen [1, 30]. Neben den oben genannten Antiresorptiva-Medikamenten werden mittlerweile auch eine Reihe weiterer Medikamente verdächtig, die eine Kiefernekrose auslösen können. Gesicherte Daten gibt es dabei nur zur Prävalenz einer Kiefernekrose unter dem Angiogenesehemmer Bevacizumab, der (ohne begleitende Bisphosphonat-Medikation) bei 0,3–0,4% liegt [11]. Die Kombination eines Angiogenesehemmers wie Bevacizumab oder Sinitinib mit Bisphosphonaten zeigt jedoch eine Risikoeskalation mit einer Prävalenz der Kiefernekrose von 16% [3]. Weitere Fallberichte über ausgelöste Kiefernekrosen zeigen die Medikamente Trastuzumab (Handelsname: Herceptin) sowie Afibercept (Handelsname: Zaltrap) [19, 20, 37]. Eine Aussage über die mögliche Prävalenz dieser Medikamente kann zurzeit noch nicht getroffen werden. Für die klinische Routine sind somit die Gruppe der Antiresorptiva und das einzelne Medikament Avastin wichtig und konkret in die Anamneseerhebung des Zahnarztes aufzunehmen.



Abb. 3: Das korrespondierende enorale klinische Bild. Freiliegender Knochen an den Alveolen mit einer putriden Superinfektion zeigt den enoralen Status.

Definition und Prävalenz der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose

Die Besonderheit der Patientengruppe mit Antiresorptiva erklärt sich nicht nur anhand der Prävalenzraten, sondern mit dem Wissen, dass durch die komplexe Bindung der Medikamente am Hydroxylapatit des Knochens eine teilweise extrem lange und letztlich individuell sehr schwer abschätzbare Halbwertszeit vorliegt – bis hin zu mehreren Jahren. So kann sich auch nach jahrelangen symptomlosen Mundschleimhautverhältnissen eine Kiefernekrose entwickeln.

Die heute anerkannte Definition einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose setzt sich aus einer Trias von:

- mehr als 8 Wochen freiliegendem Knochen (Inspektion oder Sondenpalpation),
- Bisphosphonat-, Denosumab-Medikation bzw. Einnahme eines anderen entsprechenden Medikaments und
- fehlender Kopf-Hals-Bestrahlung in der Anamnese zusammen [18, 24, 25].

Nicht jeder Patient unterliegt jedoch demselben Risiko und derselben Prävalenz, eine Kiefernekrose zu erleiden. Um das individuelle Risiko jedes Patienten zu ermitteln, bedarf es zunächst einer Unterscheidung des Risikos nach Literaturbasierten Kiefernekrose-Ereignisraten für drei typische Patientenkollektive, die wie folgt in der S3-Leitlinie „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ON) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen“ [6] beschrieben sind:

- Niedriges Risikoprofil: 0,1%
 - bei primärer Osteoporose (meist Alendronat oral seltener Zoledronat 5 mg i.v. alle 12 Monate oder 60 mg Denosumab alle 6 Monate)
- Mittleres Risikoprofil: 1%
 - bei Therapie-induzierter Osteoporose (z.B. Zoledronat 4 mg alle 6 Monate oder Denosumab) oder bei prophylaktischer Gabe ohne Knochenmetastasen
- Hohes Risikoprofil: 4 bis 20%
 - bei onkologischen Indikationen mit Knochenmetastasen bzw. beim Plasmocytom (z.B. Zoledronat 4 mg oder Denosumab 120 mg alle 4 Wochen) [6].

Diese Einteilung der Patienten in ein niedriges, mittleres oder hohes Risikoprofil ist sehr hilfreich, aber nur eine erste Annäherung an die Evaluation des individuellen Risikoprofils. Dieses setzt sich zusammen aus [23, 31, 32]:

- dem gewählten Bisphosphonatpräparat (Non-Amino- versus Amino-BP),
- der Applikationsart (i.v.- versus oraler Einnahme),
- der Dosis und Anzahl der Einzeldosen,
- der Therapiedauer,
- der Grunderkrankung (onkologisch versus nicht-onkologisch),
- weiteren Medikamenten und Therapien (z.B. Chemo-, Cortison-, antiangiogenetische oder Strahlentherapie),

- ▶ anderen Risikofaktoren (z.B. Diabetes mellitus, Nikotinabusus, weitere Grunderkrankungen etc.),
- ▶ lokalen Infektionseintrittspforten (Parodontitis, Mundhygiene mit eventuellen Verletzungen der Mundschleimhaut, chirurgische Eingriffe, Prothesendruckstellen).

Um diese sehr komplexe Evaluation des individuellen Risikoprofils einerseits für den Zahnarzt zu erleichtern und andererseits die notwendige interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Antiresorptiva-verordnenden Ärzten zu verbessern, wurde ein sogenannter „Laufzettel“ entwickelt, der auch in der S3-Leitlinie zur Anwendung empfohlen wird [8]. In diesem werden die Grunderkrankungen des Patienten, die Medikationsart sowie eventuell weitere onkologische Therapien (Chemotherapie, Strahlentherapie, Immun- oder Antikörpertherapie oder auch Cortison-Therapie) bedacht und können individuell nachgehalten werden.

Ätiologie und Pathogenese der Antiresorptiva-assoziierten Osteonekrose

In der Entstehung der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose geht man von einem multifaktoriellen Geschehen aus [12, 35]. Neben der schon oben beschriebenen reduzierten „bone remodeling“-Rate haben die eingesetzten Medikamente unterschiedlich starken Einfluss auf die Gingiva. Hierzu gehören Fibroblasten, Keratinozyten und Gefäßzellen.

Als mögliche Triggerfaktoren haben sich Entzündungen im Kieferbereich herauskristallisiert. Hierzu zählen insbesondere Gingivitiden, Parodontitiden oder eine Dentito difficilis. Einen ebenfalls großen Einfluss sieht die Literatur in einer bakteriellen Besiedlung, die in Folge von chirurgischen Eingriffen, wie Zahnextraktionen oder auch Verletzungen der Mundschleimhaut durch Prothesendruckstellen, scharfe Knochenkanten, Putzdefekte oder Einbisse, entstanden sind. Mehrere Studien stützen die Annahme, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer

nicht behandelten bzw. exazerbierten Parodontitis und der Entwicklung einer Kiefernekrose gibt [21, 26, 28, 29]. So haben Patienten mit Bisphosphonat-assoziiierter Kiefernekrose meist weniger Zähne als entsprechende Kontrollgruppen und ein höheren quantitativen (mehrere Zähne) und qualitativen Attachmentverlust (stärkerer Attachmentbefall) [28, 36]. Gleiche Nachweise gibt es zu den wichtigen Auslösern „Prothesendruckstelle“ und „Zahnextraktion ohne Sicherheitskautele“. Wichtig ist, dass die manifeste Infektion sich dabei im Weichgewebe (inklusive Parodont) abspielt bzw. das knöchernen Lagergewebe bei „Tegumentperforation“ (Druckstelle) oder offener Weichteil-Knochenwunde (Extraktionsalveole) bakteriell besiedelt wird. Es kommt dann – im Gegensatz zur infizierten Osteoradionekrose oder zu seltenen Sequestrierungen bei chronischer Osteomyelitis – nicht zu einer passageren Ostitis oder Osteomyelitis, sondern der Knochen wandelt sich direkt in eine Nekrose um (Abb. 2–5).

Herausragende Wichtigkeit haben alle Maßnahmen zur Vermeidung einer ONJ vor Beginn einer AR-Therapie (ONJ-Prophylaxe) oder unter laufender bzw. nach einer AR-Therapie (ONJ-Prävention). Diese ONJ-Vermeidungsstrategien, insbesondere die ONJ-Prophylaxe, ist maßgeblich an eine gute Kooperation der AR-Verordnenden und dem jeweiligen Hauszahnarzt des individuellen Patienten geknüpft.

Deshalb rüttelt eine Studie aus dem Jahre 2016 geradezu auf: Hierbei wurden 192 Internisten, Orthopäden und Kinderärzte in Seol, Südkorea, zu dem Thema Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose, der Prophylaxe, der Prävention und der Therapie befragt. 22% der Befragten kannten das Krankheitsbild der Osteonekrose nicht und nur weniger als 30% überweisen überhaupt für orale Prophylaxe-/Präventionsmaßnahmen [14]. Zentral ist dabei, dass immerhin 78% der Befragten das ONJ-Problem bewusst war und dennoch nur circa 30% eine ONJ-Prophylaxe initiierten! ▶▶



Abb. 4: Resektat des Unterkiefers mit teilweiser gräulich-grüner Knochennekrose



Abb. 5: Zustand nach Resektion und Glättung der scharfen Knochenkanten im Unterkiefer mit plastischer Deckung

- ▶▶ Diese fast 50% der Befragten gilt es wachzurütteln und die rechtzeitige Überweisung des Patienten an den jeweiligen Hauszahnarzt vor AR-Therapie vorzunehmen. Die Studie zeigt nämlich die große Problematik, dass selbst wenn der Zahnarzt von dem Krankheitsbild wüsste, jedoch der Patient durch den behandelnden Arzt nicht darüber aufgeklärt wurde, keine Möglichkeit der Vermeidung einer Osteonekrose vorhanden ist.

Prophylaxe einer Kiefernekrose

Aus diesem Grund werden in der aktuellen S3-Leitlinie Empfehlungen zur Prophylaxe einer Kiefernekrose vor Beginn einer Therapie mit Antiresorptiva aufgeführt. Es sei anzumerken, dass die aufgeführten Maßnahmen der regulären zahnärztlichen Prophylaxe entsprechen und eigentlich keine Besonderheit für Bisphosphonat-Patienten darstellen [6]:

- ▶ Entfernung von nicht erhaltbaren sowie nicht erhaltungswürdigen Zähnen und Implantaten,
- ▶ Sanierung von Schlupfwinkelinfektionen durch Beginn einer systematischen Parodontaltherapie an erhaltungswürdigen parodontal erkrankten Zähnen (dies kann auch parallel zum Beginn der BP-Therapie fortgesetzt werden),
- ▶ Beginn einer systematischen Periimplantitistherapie an erhaltungswürdigen Implantaten (dies kann auch parallel zum Beginn der BP-Therapie fortgesetzt werden),
- ▶ Entfernung von teilretinierten Zähnen mit chronischer Perikoronitis,
- ▶ Entfernung von Zysten, Fremdkörpern und anderen enossalen chronischen Infektionsherden,
- ▶ Wurzelspitzenresektionen nur bei klinisch symptomatischer apikaler Parodontitis (Cave: allein der radiologische Befund einer apikalen Osteolyse ist wegen der verminderten Knochenneubildungsrate bei diesen Patienten keine WSR-Indikation!),
- ▶ Wurzelkanalbehandlung avitaler nicht wurzelbehandelter Zähne,
- ▶ Sanierung bestehender und Vermeidung zukünftiger Keimeintrittspforten durch Behandlung bestehender Druckstellen (Änderung des Zahnersatzes),
- ▶ Minderung des Druckstellenrisikos durch Anpassung der Prothesenbasis, Glätten scharfer Knochenkanten, Exostosen und Tori mit relevantem Risiko für zukünftige Mukosaperforationen,
- ▶ Motivation und Instruktion zu überdurchschnittlicher Mundhygiene,
- ▶ Eingliederung des Patienten in ein risikoadaptiertes Recall-Programm.

Bei allen Empfehlungen sollte die vom Patienten leistbare Mundhygiene beachtet werden. Selbstverständlich sollten optimale Ergebnisse der häuslichen Mundhygi-

ene ausgeschöpft werden und der Patient während der Behandlungs- oder Kontrolltermine remotiviert werden. Jedoch müssen auch Limitierungen der Mundhygiene durch eventuelle Allgemeinerkrankungen (z.B. Rheumatoide Arthritis, Morbus Parkinson oder einen Zustand nach Apoplex) in die Betrachtungsweise und Beurteilung der Erhaltungswürdigkeit parodontal vorerkrankter Zähne mit einbezogen werden. Wenn auch nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten eine adäquate Mundhygiene seitens des Patienten nicht stattfinden kann, so sollte dieser als Hochrisikopatient für die Entstehung einer Kiefernekrose klassifiziert werden.

Sobald die Indikation eines chirurgischen Eingriffes bei einem Antiresorptiva-Patienten gestellt wird, sollten für jeden Eingriff individuell die Vor- und Nachteile sowie Folgen des Eingriffes bedacht werden. So könnte jeder operative Eingriff am Kiefer eines Patienten mit Antiresorptiva das Risiko einer späteren Kiefernekrose erhöhen. Hier gilt es seriös abzuwägen, ob das Unterlassen eines Eingriffes (Zahnerntfernung) bei relevanter dentaler Infektion gerechtfertigt ist!

Für ein Implantat sprechen	Gegen ein Implantat sprechen
Niedrigeres Osteonekrosrisiko	Höheres Osteonekrosrisiko
Keine Osteonekrose in Eigenanamnese	Bestehende/vorausgegangene Osteonekrose
Gute onkologische Prognose	Schlechte onkologische Prognose
Keine Infektionsherde	Bestehende Infektionsherde
Klinisch keine scharfen Knochenkanten, radiologisch keine persistierende Alveolen	Klinisch und radiologisch schlechtes bone remodeling und schlechte Knochenneubildungsrate
Gute Compliance	Schlechte Compliance
Gute Mundhygiene	Schlechte Mundhygiene
Vermeidung von Prothesendruckstellen	Keine Vermeidung von Prothesendruckstellen
Hohe Indikationsstärke	Fragliche Notwendigkeit eines Implantates bzw. gleichwertiger konventionell prothetischer Ersatz möglich
Keine Augmentation erforderlich	Notwendigkeit einer Augmentation

Tab. 1: Übersicht und Zusammenfassung zur Implantatindikation bei Antiresorptiva-Patienten. Aus S3-Leitlinie: „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“ [33]

Meist ist der gesicherten OP-Indikation dann mit der Abwägung entsprechender Kautelen zu folgen. Andererseits stellt ein weiterer Risikofaktor die Prothesendruckstelle dar, die ebenfalls die Entstehung einer Osteonekrose triggern könnte [34]. Zur Reduzierung des Risikos der Prothesendruckstelle ist die Insertion von Implantaten eine gute Möglichkeit, um tegumental getragenen Zahnersatz zu umgehen. Jedoch tragen Implantate per se durch eine eventuelle Periimplantitis oder der Eingriff bei bereits stattgehabter antiresorptiver Therapie ein Risiko für die Entwicklung einer Kiefernekrose [34].

Kautelen bei Zahnentfernungen

Eine notwendige Zahnentfernung sollte auch bei Risikopatienten nicht lange hinausgezögert werden. Damit der Eingriff so problemlos wie nur möglich stattfinden kann, gibt es eine Reihe von definierten Sicherheitskautelen:

- ▶ eine prolongierte perioperative, systemische antibiotische Absicherung mindestens ab dem Tag vor der Operation und bis zum Abklingen klinischer Zeichen einer Keimbelastung. Hier empfiehlt es sich als Antibiotikum Amoxicillin, 1 g 3 x täglich, oder (bei Penicillinallergie) Clindamycin 600 mg 3 x täglich zu verschreiben,
- ▶ minimalinvasive Operationen sowie ein atraumatisches Vorgehen (Vermeidung thermischer oder mechanischer Läsionen des knöchernen Gewebes),
- ▶ sorgfältige Abtragung der scharfen Knochenkanten (modellierende Osteotomie), insbesondere zur Vermeidung sekundärer Mukosaperforationen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es auch bei einer „einfachen“ Zahnentfernung eine „Aufklappung“ bzw. eine Lappenbildung benötigt. Zur zusätzlichen atraumatischen Glättung der scharfen Knochenkanten hat sich die minimalinvasive Piezochirurgie etabliert,
- ▶ primär plastische Deckung des Defektes mit spannungsfreiem Wundverschluss.

Antiresorptiva und Implantate

Um sowohl dem Patienten als auch dem behandelnden Arzt/Zahnarzt zu dieser Thematik eine Hilfestellung zu geben, erschien 2016 eine neue S3-Leitlinie unter dem Titel: „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“ [33]. Grundsätzlich steht in der Planung der kaufunktionellen Rehabilitation von Patienten unter antiresorptiver Therapie am Anfang die oben beschriebene Risikoevaluation. Um die Risikoeinschätzung für den behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zu erleichtern, wurde – am Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Implantologie orientiert – am Ampelschema der SAC-Klassifikation ein Risiko-Evaluationsbogen entworfen. Die Einschätzung des Risikos erfolgt nach der Grunderkrankung und Indikation der antiresorptiven Therapie, nach der

Medikation, nach der zeitlichen Dynamik der Medikation, nach weiteren ggf. onkologischen Therapien und nach der lokalen Knochenneubildungsrate bzw. der knöchernen Situation. Hierbei wird das ONJ-Risiko in „niedrig = grün“, „mittel = gelb“ und „hoch = rot“ eingestuft [5].

Einer besonderen Bedeutung kommt dem radiologischen Befund der „persistierenden Alveole“ zu. Durch die antiresorptive Therapie induzierte radiologische Veränderung in der Panoramaschichtaufnahme kann eine nicht ausgeheilte Alveole im Röntgenbild als Indikator für eine sehr geringe knöcherne Regeneration angenommen werden [4]. Der klinisch und radiologische Heilungsverlauf der Alveolen sollte demnach mit in die Evaluation einer möglichen Implantation eingehen [33].

Eine manchmal besonders schwierige aber notwendige Diskussion ist die Nachfrage und Klärung der eigenen Patientenprognose quoad vitam. Bei allen Patienten mit onkologischer Grunderkrankung sollte diese fremdanamnestisch (durch Anruf beim Onkologen) erhoben und in die Indikationsfindung einbezogen werden [33].

Des Weiteren soll die Implantatindikation dahingehend überprüft werden, ob durch Insertion von Implantaten das Osteonekrosrisiko gesenkt werden kann, indem Prothesendruckstellen vermieden werden können und somit es zu einer Reduktion der Schleimhautbelastung führt [33]. Je umfangreicher das periimplantäre Lagergewebe durch augmentative Maßnahmen jedoch verbessert werden muss, desto größer ist das Risiko einer Wundheilungsstörung und eines eventuellen Misserfolgs.

Eine Tabelle aus der S3-Leitlinie: „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“ [33] gibt eine gute Zusammenfassung zur Implantatindikation (Tab. 1). Hier kann der behandelnde Zahnarzt bzw. Arzt mit dem Patienten zusammen auch anschaulich den Algorithmus zur Entscheidungsfindung, die für oder gegen ein Implantat spricht, durchgehen.

Bei Einhaltung der angesprochenen Punkte und Eingliederung des Patienten in die korrekte Risikogruppe ist eine Implantation bei Antiresorptiva-Patienten erfolversprechend. Zurückliegende Studien und Metaanalysen sowie Literatursauswertungen geben die Implantatüberlebensrate mit 95–100% [7, 16] bzw. 86% [13] an. Zwar werden in den meisten Studien Patienten mit primärer und sekundärer Osteoporose sowie oraler Bisphosphonatmedikation evaluiert, also Patienten mit eher einem niedrigen Risiko, eine Osteonekrose zu entwickeln. Jedoch zeigen auch zwei systematische Reviews aus dem Jahr 2013 in einer oralen oder intravenösen Bisphosphonattherapie keine absolute Kontraindikation für eine Implantattherapie [2, 9]. Am Schluss der präoperativen Phase steht die Aufklärung des Patienten. Vor der geplanten Implantatinsertion soll der Patient über das individuelle Risiko einer Osteonek- ▶▶

► rose aufgeklärt werden. Die Aufklärung sollte ebenfalls die Alternativen der Therapie mit allen Vor- und Nachteilen sowie die Aufklärung über die strukturierte Nachsorge, inklusive dem Hinweis über diesbezügliche Folgekosten, beinhalten. Zwei zentrale Punkte sollten mit dem Patienten besprochen werden: das Risiko einer Osteonekrose durch einen zahnärztlich operativen Eingriff, also die Implantation selbst, und das mögliche zukünftige Risiko einer Periimplantitis. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass das Risiko einer Periimplantitis, also einer bakteriellen Besiedlung der Gingiva und des periimplantären Lagergewebes, als Auslöser einer Kiefernekrose als bedeutenderer Faktor angesehen wird, verglichen mit dem Risiko der eigentlichen Implantation. Da zur Verhinderung eines integumental getragenen Zahnersatzes mehrere Implantate inseriert werden müssten, ist die konsequente Prophylaxe und Nachsorge der Implantate einer der zentralen Punkte für den Patienten und Zahnarzt [15, 17, 28, 34]. Maßgeblich ist die regelmäßige Nachsorge für den implantatgetragenen Zahnersatz. Das Augenmerk liegt hierbei auf der korrekten Passgenauigkeit vor allem kleiner Prothesensättel im distalen Bereich. Auch diese könnten bei ungenügender Passung zu einer Druckstellen-assoziierten Nekrose führen.

Operatives Vorgehen

Ein operativer Eingriff bei Antiresorptiva-Patienten benötigt eine genaue Planungsphase. Für ein perioperatives Absetzen der Antiresorptiva (sog. „drug holiday“) gibt es laut aktueller Literatur keine belastbaren Daten und es kann keine Empfehlung dazu abgegeben werden [33]. Unter Einhaltung von bestimmten Sicherheitskautele (u. a. prolongierte perioperative Antibiose, streng flüssige bis weiche Kostform, minimalinvasives Operieren) kann eine Implantation sicher stattfinden. Die perioperative systemische Antibiotikaprophylaxe soll bei jedem Antiresorptiva-Patienten durchgeführt werden. Jedoch kann kein einheitliches Antibiotikaprotokoll empfohlen werden. Vielmehr bedarf es einer individuellen Indikation der Antibiose. Analog zur Endokarditisprophylaxe könnte eine Einzeldosis 30–60 min vor dem Eingriff ausreichend sein, wobei in der Literatur partiell auch früher begonnen und über einen Zeitraum von mehreren Tagen das Antibiotikum verabreicht wird [33]. Bewährt hat sich im klinischen Alltag eine prolongierte perioperative, systemische antibiotische Abschirmung bis zum Abklingen klinischer Zeichen einer Keimbelastung nach der Operation. Insgesamt dominierten – nach positiver Indikationsfindung für eine Implantation – bei diesen Patienten die konservativen Behandlungsprotokolle:

- keine Sofortimplantationen (zusammen mit Zahntentfernungen!),
- keine Sofortversorgungen,
- keine Sofortbelastungen,

- tendenziell mittelfeste Primärstabilitäten anstreben (z. B. Gewindeschnitt, Verzicht auf Konizitäten),
- tendenziell periimplantitisvermeidende Protokolle (z. B. Angulation, vertikale biologische Breite etc.).

Zum Einheilmodus der Implantate gibt es keine verlässlichen Daten. Dem transgingivalen Einheilen mit einer initial ggf. leichteren Kontaminierung des Knochens über die größere Wunde steht ein zweiter Eingriff bei der Freilegung einer subgingivalen Einheilung gegenüber. Ebenfalls einer Vermutung bedarf es der Einheilzeit nach Implantation. Auf Basis der reduzierten Knochenumbaurate kann man wahrscheinlich von einer längeren Einheilzeit ausgehen, bis das Implantat sicher osseointegriert ist.

Fazit

Mit der neuen S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“ findet der Behandler eine gute Hilfestellung zur Entscheidungsfindung für die Insertion von Implantaten bei genau diesen Risikopatienten. In Kombination mit einer weiteren Risikoevaluation mittels des ASORS-Laufzettels und des DGI-Evaluationsbogen kann die Indikation einer implantologischen Versorgung genau überprüft werden. Die Insertion von Implantaten bei Antiresorptiva-Patienten kann unter bestimmten Voraussetzungen die kaufunktionelle Rehabilitation beinhalten und somit wahrscheinlich das Risiko einer Osteonekroseentwicklung über die Vermeidung von Prothesendruckstellen reduzieren. Weitere Langzeitstudien sind jedoch notwendig, um die Erfolgswahrscheinlichkeit der implantologisch-prothetischen Lösung des Patienten zu evaluieren.

Interessenkonflikte

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



Dr. Tim Wolff, M.Sc.

Zahnärzte am Rathaus,
Am Oberborn 2,
63791 Karlstein am Main
E-Mail: Wolff.Tim@gmx.de
Internet: www.zahnarzt-karlstein.de

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

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
des Deutschen Ärzteverlags, Erstveröffentlichung
Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 44-52

Coronavirus: Gesicherte Informationen für Praxen, Patienten und Fachleute unter www.kzbv.de/coronavirus



Foto: © angelodeco - stock.adobe.com

Angesichts der Ausbreitung des Coronavirus – weltweit, aber auch in Deutschland – hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf ihrer Website gesicherte Informationen zu dem Thema für zahnärztliche Praxen, Patienten und medizinische Fachleute zusammengetragen. Unter www.kzbv.de/coronavirus sind unter anderem aktuelle Hinweise und Publikationen des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verlinkt, darunter auch das Praxisplakat „Infektionen vorbeugen: Die 10 wichtigsten Hygienetipps“. Die Zusammenstellung der KZBV wird fortlaufend aktualisiert und ergänzt.

Coronaviren (Sars-CoV-2) können die neue Atemwegserkrankung COVID 19 verursachen. Als Übertragungsweg wurde in der Regel bislang die Tröpfcheninfektion ausgemacht. Die Bundesregierung geht seit Mittwoch, 26. Februar, von einer veränderten Gesamtlage aus. Nach Einschätzung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) steht Deutschland am Beginn einer Epidemie. Seinen Angaben zufolge ist es fraglich, ob die bisher verfolgte Strategie der Regierung noch aufgehen kann, die Ausbreitung des Virus nach Möglichkeit einzudämmen. So seien Infektions-

wege bei kürzlich bekannt gewordenen Krankheitsfällen bislang nicht nachvollziehbar. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Gesundheitsminister der Länder aufgefordert, ihre Pandemiepläne zu aktivieren und ihr mögliches Inkrafttreten vorzubereiten. Zuständig für den Gesundheitsschutz sind jeweils die Bundesländer. Gesundheitsämter koordinieren die Maßnahmen vor Ort. Vor diesem Hintergrund hat das BMG unter anderem auch die zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundes- und Landesebene sowie weitere Verbände und Institutionen im Gesundheitswesen um gezielte Weitergabe von gesicherten Informationen und Informationsquellen an ihre Mitglieder gebeten. Diese engmaschige Kommunikationsstrategie soll dazu beitragen, bestehende Unsicherheiten in der medizinischen Versorgung und in der Bevölkerung zu verringern sowie Falschinformationen entgegenzuwirken.

Für die zahnärztliche Versorgung bedeutet dies, dass insbesondere Zahnarztpraxen sowie zahnmedizinisches Personal in Kliniken zeitnah und flächendeckend über (zusätzliche) Hygienemaßnahmen zur Vermeidung von ansteckenden Infektionen durch Coronaviren unterrichtet werden. Entsprechende Vorgaben für zahnärztliche Praxen sind im Hygieneplan, den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ und der Technischen Regel für biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250) festgehalten.

Das BMG wird nach eigenen Angaben in den kommenden Tagen Anzeigen in regionalen und überregionalen Medien schalten, um über das Thema Coronavirus weiter zu informieren. Zudem schalten sowohl das Ministerium sowie auch Krankenkassen Telefon-Hotlines, über die Fragen gestellt werden können und ergänzende Informationen erhältlich sind. ■

Quelle: KZBV

i

Weitere Information finden Sie unter:

<https://zkn.de/praxis-team/coronavirus.html>
www.kzvn.de · www.rki.de · www.bzaek.de
www.bundesgesundheitsministerium.de



Foto: © REDPIXEL - stock.adobe.com

Impfschutz gegen Masern seit 1. März verpflichtend

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Das Masernschutzgesetz, das am 14. November 2019 in 2./3. Lesung im Bundestag beschlossen und am 20. Dezember 2019 durch den Bundesrat gebilligt wurde, ist am 01.03.2020 in Kraft getreten. Dadurch wurde unter anderem auch § 20 Infektionsschutzgesetz (IfSG) geändert bzw. ergänzt.

Masern ist keine „harmlose Kinder-Krankheit“. Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten. 2019 wurden in Deutschland bis Mitte Oktober bereits 501 Fälle registriert. Eine Maserninfektion bringt häufig Komplikationen und Folgeerkrankungen mit sich. Dazu gehört im schlimmsten Fall eine tödlich verlaufende Gehirnentzündung.

Trotz aller Aufklärungskampagnen sind die Impfücken bei Masern in Deutschland aber weiterhin zu groß, wie aus neuen Auswertungen des Robert Koch-Instituts zu Impfquoten hervorgeht.

Den besten Schutz vor Masern bieten Impfungen. Sie sorgen für eine lebenslange Immunität. Nicht geimpft zu sein,

birgt nicht nur das Risiko der Infektion und die Gefahr für die eigene Gesundheit, sondern erhöht das Risiko für die Personen, die z.B. aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Deshalb muss die Impfpflicht laut dem Bundesministerium für Gesundheit möglichst früh und dort ansetzen, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen. Das verfolgte Ziel auf Bundesebene ist eine Impfquote von 95 Prozent.

Das Gesetz, das am 1. März 2020 in Kraft getreten ist, sieht vor, dass alle Mitarbeiter/innen in „Sammel- und Gesundheitseinrichtungen“ eine vollständige Masernimpfung gegenüber der jeweiligen Leitung, in Zahnarztpraxen den jeweiligen Praxisbetreibern/innen nachweisen. Vollständig bedeutet, dass zwei Impfungen erforderlich bzw. erfolgt sind.

Bei der Regelung werden folgende Fallunterscheidungen für das Personal in Zahnarztpraxen relevant:

- bei Neueinstellung ab dem 01.03.2020 muss die/der Mitarbeiter/in einen vollständigen Impfschutz bzw.

Immunität gegen Masern nachweisen. Als Nachweis gilt der Impfpass oder eine ärztliche Impfbescheinigung.

- ▶ für bereits vor dem 01.03.2020 Beschäftigte endet die Nachweisfrist am 31.07.2021
- ▶ ausgenommen sind Mitarbeiter/innen, die vor dem 01.01.1971 geboren sind oder Mitarbeiter/innen mit medizinischen Kontraindikationen bzgl. des Impfschutzes. Ebenfalls ausgenommen sind diejenigen, die die Krankheit bereits nachgewiesenermaßen (ärztliches Attest) durchlitten haben.

Wie kann der Nachweis erbracht werden?

Der Nachweis kann entweder erbracht werden durch

- ▶ die Vorlage eines Impfausweises, in dem zwei Impfungen gegen Masern bescheinigt werden,
- ▶ die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über zwei erfolgte Impfungen gegen Masern,
- ▶ eine Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, mit der der Arzt bestätigt, dass ein ausreichender Schutz gegen Masern besteht oder
- ▶ die Vorlage einer Bescheinigung einer anderen Stelle, dass der Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz dort vorgelegen hat.

Was geschieht bei Nichtbeachtung der Vorschriften?

Einige Gesundheitsämter (in Niedersachsen ist der Zahnärztekammer Niedersachsen bisher das Gesundheitsamt Lüneburg bekannt) verlangen vom Praxisbetreiber eine Meldung (das Gesundheitsamt Lüneburg mit einem entsprechenden Formblatt). Gemeldet werden sollen/müssen alle Personen mit Namen, Geburtsdatum und Anschrift, die den Nachweis über den ausreichenden Masernschutz ihren Arbeitsgebern nicht fristgerecht vorgelegt haben. Bei Minderjährigen sind die jeweiligen Sorgeberechtigten ebenfalls zu melden.

Personen, die den Nachweis nicht fristgerecht erbringen, dürfen nicht in der Arzt- oder Zahnarztpraxis tätig sein.

Personen, die ihrer Nachweispflicht gegenüber ihren Arbeitgebern nicht nachkommen, handeln ordnungswidrig. Praxisführungen, die das Gesundheitsamt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig von Nichterfüllung der Nachweispflicht informieren oder eine Person ohne ausreichenden Masernschutz beschäftigen, handeln ebenfalls ordnungswidrig.

Eine Ordnungswidrigkeit kann in diesen Fällen mit Geldstrafen mit bis zu EUR 2.500,00 geahndet werden.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html>

Wie lässt sich die neue Gesetzeslage sinnvoll im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung des im Arbeitsverhältnis stehenden Praxispersonals umsetzen?

1. Nächster Regelvorsorgetermin liegt vor dem 31.07.2021 mit Mitarbeitern/innen, die nach dem 31.12.1970 geboren wurden:

Ein rechtskonformer Masernschutz kann unkompliziert bei der nächsten arbeitsmedizinischen Vorsorge bescheinigt werden. Bei der Vorsorge erfolgt regelmäßig eine Titerkontrolle Hepatitis B (Anti-HBs), im gleichen Zuge wäre es sinnvoll und möglich, auch den Titer der Masern-Virus-Antikörper (Typ IgG) zu bestimmen. Bei ausreichendem Titer kann dann der Schutz bescheinigt oder die Nachimpfung empfohlen werden. Eine danach möglicherweise nötige Impfung ist dann auch eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

2. Nächster Regelvorsorgetermin liegt nach dem 31.07.2021 mit Mitarbeitern/innen, die nach dem 31.12.1970 geboren wurden:

Um in diesen Fällen möglicherweise drohende Bußgelder und verpflichtende Meldungen an die zuständigen Behörden (in Niedersachsen sind das die für den Praxisstandort zuständigen staatlichen Gesundheitsämter) zu vermeiden, gibt es zwei Möglichkeiten:

- a) Die betroffenen Mitarbeiter/innen werden aufgefordert, den Nachweis (s.o.) auf eigene Initiative hin fristgerecht gegenüber der/dem jeweiligen Arbeitsgeber/in zu erbringen.
- b) Der Regelvorsorgetermin wird einfach auf einen Termin vor dem 31.07.2021 vorgezogen.

Bei weiteren Fragen zu diesem Thema wenden sich registrierte Teilnehmer/innen des BuS-Dienstangebotes der Zahnärztekammern Niedersachsen und Westfalen-Lippe an:

Daniela Schmöe

Tel.: 0511 83391-319

E-Mail: dschmoe@zkn.de

Bisher noch nicht am BuS-Dienstangebot teilnehmende Mitglieder der Zahnärztekammer Niedersachsen wenden sich mit ihren Fragen zum Masernimpfschutz an:

Christine Lange-Schönhoff

Tel.: 0511 83391-123

E-Mail: praxiservice@zkn.de ■

— Dr. Lutz Riefenstahl

Referent für zahnärztliche Praxisführung im ZKN-Vorstand

„Was ich mal fragen wollte ...“



Fotos: J. Kluba, S. Spitt

Gezielte Fragen konnten ebenso beantwortet werden wie anhand des Anschauungsmaterials allgemeine Informationen rund um die Förderung der Mundgesundheit gegeben werden.

Bereits zum 6. Mal informierte die Jugendzahnpflege auf der Göttinger Kleinkindmesse in der Lokhalle über Fragen rund um die Mundgesundheit.

Insgesamt 11.500 Besucher verzeichnete die Lokolino in diesem Jahr. Als einer von insgesamt 120 Ausstellern boten das Gesundheitsamt Göttingen (Stadt und Land) zusammen mit der LAG* Aufklärungsarbeit, Anschauungsmaterial oder die Selbstkontrolle im Kariestunnel darüber, wie gut die eigenen Zähne geputzt sind, an.

Beide Angebote, sowohl der Kariestunnel als auch die informativen Gespräche am Messestand wurden gut genutzt. Auffällig war der häufig sehr gezielte Besuch, um Antworten auf konkrete Fragen zu erhalten. Sehr oft wurde sich darüber informiert, ab welchem Alter ein Kind das erste Mal beim niedergelassenen Zahnarzt vorgestellt werden sollte. Nicht wenige Eltern waren erstaunt, diesen Zeitpunkt („ab dem ersten Zahn, etwa im Alter von 6-9 Monaten“) bereits verpasst zu haben. Dankbar wurde in diesen Fällen das Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft

entgegengenommen, da darin neben den Zeitpunkten für die Untersuchungstermine auch viele Informationen zu dem entsprechenden Alter des Kindes enthalten sind.

Die bewährte Zuckerausstellung mit auch neuen Produkten konnte wieder dazu genutzt werden, die Besucher darüber zu informieren, dass mitunter spezielle „Kinderprodukte“ trotz der werbewirksamen Versprechungen weder gut für die Kinderzähne noch für den Geldbeutel sind. Besonders der Instant-Fencheltee (95 g Zucker auf 100 g Produkt) wird bei diesen Besuchern sicher zukünftig durch den herkömmlichen Beutel-Tee ersetzt werden.

„Kroko“ und „Alex“, die beiden Handpuppen-Lokalhelden der Jugendzahnpflege-Teams, veranlassten viele Kinder, ihren Eltern von deren Bekanntschaft und dem letzten Besuch der Prophylaxefachkraft oder Zahnärztin zu berichten.

„Bis nächstes Jahr“ – das war nicht nur der Abschiedsgruß so manch eines kleinen regelmäßigen Besuchers des Kariestunnels, sondern auch der insgesamt fleißigen 11 Standmitarbeiterinnen, die auch in 2021 wieder gerne das Lokolino-Wochenende nutzen wollen, um die Kinder für eine „gute Mundgesundheit von Anfang an“ zu unterstützen. ■

____ Dipl. Biol. Jeanette Kluba, M.Sc.
Geschäftsführerin der LAG

*LAG: Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V.



Voller Spannung wird die freiwillige Selbstkontrolle der Mundhygiene vorbereitet.

Freisprechung Winter 2019 im Bezirk Göttingen

Nicht in jedem Jahr findet eine Winterprüfung im Bezirk Göttingen statt, doch im Winter 2019 war es mal wieder soweit. Am Mittwoch, den 18.12.2019 fand in den Räumen der Bezirksstelle Göttingen die Freisprechung statt und es konnten Jan Felske, Sophie Jörger, Maria Kunst, Carolin Loy, Joyce Rüger, Nadina Secic und Josefine Thalemann nach bestandener Prüfung die Abschlusszeugnisse überreicht werden.

An der kleinen Feier nahmen auch Verwandte und Freunde sowie die Sekretärin der Bezirksstelle Frau Schodrowski, die Stellvertreterin der Bezirksstellenvorsitzenden Annette Apel und die Bezirksstellenvorsitzende Gisela Gode-Troch teil. Für ihre gute Leistung bekam Josefine Thalemann ein kleines Präsent überreicht und konnte eine silberne Urkunde für ihre Ausbildungspraxis, Dr. Rigobert Hupach, Duderstadt, mitnehmen.

Bei Kaffee und Kuchen und Gesprächen rund um die Arbeit und Zukunft klang die Freisprechungsfeier aus. Herzlichen Glückwunsch und viel Erfolg! ■

_____ Gisela Gode-Troch

Vorsitzende der Bezirksstelle Göttingen



FACHLICHES

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

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

25.03.2020 Z/F 2019 5 Fortbildungspunkte

Abrechnung chirurgischer Leistungen in der Implantologie

Marion Borchers, Rastede-Loy
25.03.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 115,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 120,- €

04.04.2020 Z 2022 9 Fortbildungspunkte

Neue minimalinvasive Methoden zum Lückenschluss

Prof. Dr. Cornelia Frese, Heidelberg
04.04.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 439,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 444,- €

25.04.2020 Z 2024 9 Fortbildungspunkte

Das kleine 1 x 1 der Zahnärztlichen Chirurgie

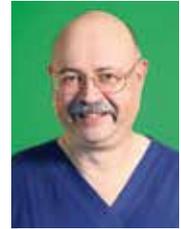
Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
25.04.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 380,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 385,- €

08.05./09.05.2020 CP 06.15 16 Fortbildungspunkte

Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie

PD Dr. Karin Jepsen und Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, M. S., Bonn
08.05.2020 von 14:00 bis 19:00 Uhr/
09.05.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 616,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 621,- €

„State of the art“ in der Implantatprothetik



Dr. Michael Hopp

Die prothetische Planung ist die Grundlage der Indikation von Implantaten. Ein strukturiertes Vorgehen erleichtert die Umsetzung am Patienten. Sinnvoll ist hierzu die Erarbeitung von nachvollziehbaren, praxisnahen und dokumentierbaren Arbeitsabläufen, die ebenfalls alle zahntechnischen Schritte an vielen Beispielen und verschiedenen Implantatsystemen berücksichtigen. Dies soll in diesem Kurs aufgezeigt und vermittelt werden.

- ▶ Allgemeine Grundlagen
- ▶ Gnathologische und ästhetische Grundlagen
- ▶ Prothetische Planung dentaler Implantate
- ▶ Festsitzende Prothetik implantatgetragen
- ▶ Hybridprothetik implantat- und zahngetragen (z.B. Greifswalder Verbundbrücke)
- ▶ Herausnehmbare Prothetik in Verbindung mit Implantaten
- ▶ Schnittstellen bei der Zusammenarbeit zwischen Prothetikern und Chirurgen
- ▶ Auswahl des Implantatsystems aus Sicht des Prothetikers
- ▶ Original oder Plagiat
- ▶ Werkzeugkunde in der Implantologie
- ▶ Kopplungsstrukturen von Implantaten und deren Abhängigkeit zum prothetischen Behandlungsablauf (Konsusssysteme, polyederbasierte Systeme, Sonderformen)
- ▶ Provisorische Versorgungen (festsitzend und herausnehmbar)
- ▶ Abformung implantologischer Situationen
- ▶ Offene und geschlossene Abformung, digital (Scan) vs. analoge Abformung
- ▶ Hybridabformungen von implantat- und zahngetragenen Restaurationen
- ▶ Bissregistrierung – von einfach bis kompliziert
- ▶ Ästhetische Probleme von implantatgetragenen Restaurationen
- ▶ Abutments – Möglichkeiten und Chancen – Optionen der Abutments
- ▶ Methoden der Spannungsminimierung von Zahnersatz
- ▶ Schrauben oder Zementieren
- ▶ Rettung defekter Strukturen
- ▶ Recall/Nachsorge

Referent: Dr. Michael Hopp, Berlin

Samstag, 25.04.2020 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 242, €

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

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 2025

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK

PZR: Fehler erkannt, Gefahr gebannt!

Haben Sie sich schon die Frage gestellt, ob Sie bei der professionellen Zahnreinigung noch alles richtig ausführen? Sind Sie sicher in Ihrer Arbeit oder haben sich Fehler eingeschlichen? In diesem Workshop geht es um die Fehlersuche und Strategien zu deren Bewältigung. Durch die Erkennung Ihrer Fehler können Sie besser werden, denn wir lernen aus Fehlern nicht aus Erfolgen!



Foto: Privat

Solveyg Hesse

Inhalte in Theorie und Praxis

- ▶ Befunderhebung
- ▶ Motivation und Instruktion
- ▶ Manuelle und maschinelle Biofilamentfernung
- ▶ Absaugung
- ▶ Ergonomie
- ▶ Fluoridprogramm
- ▶ Hygiene

Bitte mitbringen:

- ▶ Alles, was Sie zur Durchführung einer PZR benötigen.
- ▶ Sterile Instrumente und persönliche Schutzausrüstung bitte nicht vergessen!

Referentin: Solveyg Hesse, Selent

Mittwoch, 13.05.2020 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 242,- €

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

Max. 12 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 2032

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

21.03.2020 Z/F 2018

Das 1x1 der BEMA-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy

21.03.2020 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 176,- €

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

27.03.2020 Z/F 2020

AufbauSeminar BEMA II

Alma Ott, Hamburg

27.03.2020 von 13:00 bis 19:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 126,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 131,- €

04.04.2020 Z/F 2021

Implantatpatient – „Schraube locker oder was?“

Jahres Update 2020 – Implantatprophylaxe

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen

04.04.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 181,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 186,- €

09.05.2020 Z/F 2027

Das Prophylaxe-Handbuch

Ihr Erfolgskonzept aus der Praxis für die Praxis

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen

09.05.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 181,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 186,- €

TERMINE Verwaltungsstellenversammlungen 2020

Verwaltungsstelle	Hotel/Seminarort	Datum	Uhrzeit	Wochentag
Braunschweig	Waldhaus Oelper	18.03.2020	15:00	Mittwoch
Göttingen	Freigeist Northeim	20.03.2020	15:00	Freitag
Hildesheim	Van der Valk	25.03.2020	15:00	Mittwoch
Lüneburg	Seminaris	27.03.2020	15:00	Freitag
Stade	Stadeum	27.03.2020	19:00	Freitag
Osnabrück	Steigenberger	15.04.2020	15:00	Mittwoch
Oldenburg	Etzhorner Krug	15.04.2020	19:00	Mittwoch
Wilhelmshaven	Atlantic Hotel	17.04.2020	15:00	Freitag
Ostfriesland	Landhaus Oltmanns Moormerland	17.04.2020	19:00	Freitag
Verden	Niedersachsenhof	22.04.2020	15:00	Mittwoch
Hannover	Maritim am Flughafen	22.04.2020	19:00	Mittwoch

Termine

18. – 21.03.2020 Gütersloh
66. Zahnärztetag der
ZK Westfalen-Lippe
Infos: www.zahnaerzte-wl.de

21.03.2020 Neumünster
27. Schleswig-Holsteinischer
Zahnärztetag
Infos: www.kzv-sh.de

09.05.2020 Hannover
Fortbildungsveranstaltung 2020
der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe
für Menschen mit Behinderungen
in Niedersachsen e. V.
Infos: rtoru@zkn.de

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, Salzdahlumer Str. 46, 38302 Wolfenbüttel

Fortbildungsreferent: Dr. Karl-Heinz Zunk, In der Teichwiese 1, 38550 Isenbüttel, Tel.: 05374 4565, E-Mail: khzunk@gmail.com

TERMIN

THEMA/REFERENT

22.04.2020, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Physiotherapeutische und osteopathische Maßnahmen bei CMD als Ergänzung zur Schienentherapie, <i>Gert Groot Landeweer, Vörsstetten</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

13.05.2020, 17:30 Uhr – ca. 20:30 Uhr (Achtung: Hörsaal 542)	Update der zahnärztlichen Antibiotika- und Analgetikatherapie, <i>Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling, Fulda</i>
25.03.2020, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Moderne Konzepte in der kieferorthopädischen Frühbehandlung – Vom Hauszahnarzt zum Kieferorthopäden – Wann? Was? Wie? Warum? <i>Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty</i>

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: City Club Hotel Oldenburg, Europaallee 4-6, 29123 Oldenburg

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

22.04.2020, 19:00 Uhr – ca. 20:30 Uhr	Pit – Postinfektiöse Therapie, <i>Dr. Iris Zirpel, Oldenburg</i>
---------------------------------------	--

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Vienna House Remarque Osnabrück, Natrupe-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

09.05.2020, 09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Prothetikfalle Kiefergelenk, <i>Dr. Ulf Gärtner, Köln</i>
---------------------------------------	---

BEZIRKSSTELLE STADE

Ort: Voco Cuxhaven, Anton-Flettner-Straße 1-3, 27472 Cuxhaven

Fortbildungsreferentin: Dr. Katja Peus, Abendrothstraße 40, 27474 Cuxhaven, Tel.: 04721 23553; E-Mail: kpeus@t-online.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

25.03.2020, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Osteolysen im Bereich des Kiefer- und Gesichtsschädels – Differentialdiagnostische Aspekte und Therapieoptionen, <i>Prof. Dr. Dr. Andre Eckardt MBA, Chefarzt, Klinikum Bremerhaven</i>
---------------------------------------	---

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsenhof, Lindhooper Straße 97, 27283 Verden

Fortbildungsreferent: Gabriel Magnucki, Bahnhofstr. 18, 27211 Bassum, Tel.: 04241 5808, E-Mail: fortbildung@zz-bassum.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

01.04.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Die Kiefergelenksarthrose. Diagnostik und Therapie, <i>Prof. Dr. Jan Rustemeyer, Bremen</i>
29.04.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Zahnmedizinische Hilfsprojekte – Arbeiten in der Dritten Welt, <i>Referent Wird noch bekannt gegeben</i>
20.05.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Logopädie für Zahnärzte, <i>Prof. Dr. Bianca Wachtlin, Hildesheim</i>

Dr. Maria Kaschner zum 75.

Es gibt nicht viele Kolleginnen, die bis ins 8. Lebensjahrzehnt in ihren eigenen Praxen mit vollem Einsatz tätig sind. Unsere Kollegin Maria Kaschner gehört zu ihnen.

Das Studium absolvierte sie bis 1971 in Kiel, erlangte dort noch im selben Jahr die Promotion und arbeitete dann 10 Jahre in einer Bremer Praxis.

Anschließend eröffnete sie in ihrem Geburtsort Leer, wo sie auch aufgewachsen war, ihre eigene Praxis, die sie noch immer führt. 1989 begann ihre standespolitische Karriere als stellvertretende Kreisstellenvorsitzende, von 1993 bis 2006 hatte sie den Vorsitz inne. In den Jahren 2001-2005 war sie Mitglied der Kammerversammlung und führte von 2005-2015 den Fürsorgeausschuss.

Von 2001-2006 engagierte sie sich als ehrenamtliche Richterin am LSG Niedersachsen-Bremen. Ihre standespolitische Heimat ist der Freie Verband (FVDZ), da sie mit voller Überzeugung für die Freiberuflichkeit der Zahnärzteschaft eintritt. In der Vereinigung unabhängiger Vertragszahnärzte ist sie seit 2001 Mitglied im Vorstand. In letzter Zeit setzt sie sich vehement für den Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht ein und hat es dabei zu überregionaler Bekanntheit in Presse und Fernsehen gebracht. Ihr zahnärztliches Steckenpferd ist die Schlafmedizin.

Ich wünsche ihr weiterhin viel Erfolg, Gesundheit und Schaffenskraft bei ihrem unermüdlichen Einsatz für die Kollegenschaft. ■



Foto: K. Schiborr

_____ Dr. K.-H. Karstens, Achim



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

04.02.2020 Dr. med. dent. (Rumänien)
Lucian Radu-Ghirisan (75), Wietmarschen

18.02.2020 Dr. Hans-Heinrich Leopold (75), Brome

18.02.2020 Dr. Dr. Friedrich Schmid (85), Hannover

19.02.2020 Dr. Klaus Sammann (75), Wardenburg

21.02.2020 Hannelore Böttcher (80), Cuxhaven

23.02.2020 Christel Wesche (80), Braunschweig

23.02.2020 Dr. Sabine Brilmayer-Wulf (70), Hannover

23.02.2020 Dr. Christoph Kusche (75), Hannover

26.02.2020 Dr. Josef Gottkehaskamp (88), Bad Iburg

27.02.2020 Dr. Amir Hossein Pishdad (87),
Bad Fallingbommel

28.02.2020 Dr. Egbert Pietsch (89), Bad Gandersheim

02.03.2020 Dr. Margot Neubohn (90), Göttingen

03.03.2020 Rolf Finke (91), Delmenhorst

03.03.2020 Dr. Christian Schmidt (70), Wolfenbüttel

07.03.2020 Dr. Hartmut Reff (70), Wunstorf

08.03.2020 Dr. Henning Gode (90), Neustadt

13.03.2020 Reinhard Hobe (70), Steinhorst

14.03.2020 Dr. Andreas Krome (70), Göttingen

15.03.2020 Hartmut Hoffmann (85), Jever

Dr. Christoph (Benno) Kusche wird 75

Geboren vor dem Kriegsende 1945 in Greifswald kam Kollege Kusche 1948 über die „grüne Grenze“ nach Hannover, wo er eingeschult wurde und Abitur am KWG machte. Sein Zahnmedizinstudium in Göttingen und Freiburg schloss er erfolgreich 1976 in Göttingen ab. „Benno war jederzeit ein sehr angenehmer Kommilitone mit einem dezenten, tiefgründigen Humor, der immer mit einem lustigen Augenzwinkern und einem ansteckenden Lächeln in seiner naturfreundlichen Mimik einherging“ (Prof. Meyer).

Die Berufstätigkeit begann er an der MHH in der Prothetik und ließ sich nach der Assistenzzeit 1978 in Hannover nieder.

Seine standespolitische Laufbahn startete er in der Beratungsstelle der Bezirksstelle Hannover, war erst Stellvertreter und dann 18 Jahre Kreisstellenvorsitzender der größten Kreisstelle der ZKN, in Hannover. Immer ruhig, berechenbar, um Ausgleich bemüht, hat er sich um die Belange der Kollegenschaft intensiv und ausdauernd gekümmert. Das Vertrauen der Kollegenschaft äußerte sich durch Wahlen in

weitere Gremien. Der Kammerversammlung gehörte er mit kurzer Unterbrechung von 1997 – 2015 an, der Vertreterversammlung bis 2005.

Vielen ist Dr. Kusche auch als Privat- und KZVN-Gutachter bekannt. Seine fachliche Expertise und seine sachliche und faire Analyse der oft nicht einfachen Fälle führten meist zu allseits akzeptierten Lösungen. Mit der in dieser Tätigkeit gewonnenen Erfahrung erfüllte er sich 2008 noch seinen Promotionswunsch mit einer Arbeit über „Misserfolge und Fehlerquellen prothetischer Versorgungen – eine Auswertung von prothetischen Mängelgutachten“.

Die eigene Praxis zur richtigen Zeit abzugeben, schaffte er, um weniger zu arbeiten und mehr Zeit für seine Interessen zu haben. Wir wünschen ihm zu diesem besonderen Geburtstag alles erdenklich Gute, insbesondere Glück und Gesundheit sowie auch weiterhin seinen guten Humor, der den Alltag oft viel erträglicher werden lässt! ■

_____ Dr. Michael Sereny und Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer



Foto: Privat

Wir trauern um unsere Kollegen



Foto: © iStockphoto.com

Dr. Reinhard Werner, Goslar
geboren am 25.09.1956,
verstorben am 29.12.2019

Romuald Schroeder, Munster
geboren am 21.01.1952,
verstorben am 31.12.2019

Dr. Konrad Mordass, Hannover
geboren am 22.03.1925,
verstorben am 10.01.2020

Dr. Thomas Wiemer, Lehrte
geboren am 20.09.1957,
verstorben am 20.01.2020

Dr. Wolfgang Lindel, Hildesheim
Geboren am 29.09.1943,
verstorben am 08.02.2020

Hans-Robert Loescher, Osterode am Harz
geboren am 13.10.1928,
verstorben am 10.02.2020

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Dr. Henning Gode zum 90. Geburtstag

Auch zu seinem 90. Geburtstag (geboren am 8. März 1930 in Bartin/Pommern) lebt Henning Gode nach seinem bekannten Lebensmotto: „Wer rastet, der rostet“. So ist er ständig in Bewegung und immer im politischen Tagesgeschehen.



Foto: G. Gode/Tech

Die Aufgabe seiner ehrenamtlichen Tätigkeiten für die Zahnärzteschaft im Jahre 2007, die er über viele Jahrzehnte mit größtem Einsatz und unerschöpflicher Energie ausgeübt hat, änderte daran nichts. Seine enge Verbindung zu unserem Berufsstand und zu uns persönlich ist geblieben. Genauso wie seine freiberuflichen Grundsätze, die er bei seinen ehrenamtlichen Tätigkeiten zum Maß seines Wirkens gemacht hat.

Ob als Mitglied der Vertreterversammlung und viele Jahre als Beisitzer im Vorstand der KZVN und ganz besonders als jahrzehntelanger Vorsitzender der Kreisstelle Neustadt am Rübenberge, wo er fast 50 Jahre in eigener Praxis tätig war. Darüber hinaus hat er sich als Pressereferent und Mitglied des Redaktionsausschusses des Niedersächsischen Zahnärzteblattes verdient gemacht. Diese Tätigkeiten waren für seine Aufgaben im Vorstand der KZVN eine Garantie für eine praxisbezogene Berufsvertretung. Für seinen beispielhaften Einsatz wurde ihm die Silberne Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft verliehen. Dafür danken wir ihm noch einmal an seinem Ehrentage ganz besonders und sagen herzliche Glückwünsche zum Geburtstag! ■

_____ Dr. Karl Horst Schirbort, Burgdorf



Karen Schneider, Ansgar Zboron und Rena Umlandt (von links) feierten ihre Jubiläen in der ZKN.

Foto: Philipp/KZVN

Dienstjubiläum in der ZKN



25-jähriges Jubiläum

- ▶ 15.03.2020 Rena Umlandt
(Bereich Jugendzahnpflege und Seniorenzahnmedizin)

20-jährige Jubiläen

- ▶ am 01.01.2020 Ansgar Zboron
(Abt. Fort- und Weiterbildung)
- ▶ am 01.02.2020 Karen Schneider
(Abt. Fort- und Weiterbildung)

10-jähriges Jubiläum

- ▶ am 01.01.2020 Dominic Hartwich
(Abt. Zahnärztliche Stelle)

Der Vorstand der ZKN gratuliert herzlich und dankt – auch im Namen der Mitglieder – für die geleistete Mitarbeit in den zurückliegenden Jahren.

Dienstjubiläen in der KZVN



25-jähriges Jubiläum

- ▶ am 01.01.2020 Claudia Pffingsten
(Abt. Recht und Zulassung)
- ▶ am 01.01.2020 Robert Zocha
(Abt. Datenverarbeitung)
- ▶ am 01.01.2020 Astrid Pfeiffer (Abt. Abrechnung)
- ▶ am 01.02.2020 Jörg Hemmen (Abt. Vorstand)
- ▶ am 15.03.2020 Andrea Westerhausen
(Abt. Verwaltung)

10-jähriges Jubiläum

- ▶ am 01.02.2020 Ursula Kochheim
(Abt. Verwaltung/Innere Verwaltung)

Der Vorstand der KZVN gratuliert herzlich und dankt – auch im Namen der Mitglieder – für die geleistete Mitarbeit in den zurückliegenden Jahren.



WAHL ZUR KAMMERVERSAMMLUNG

Wählen Sie mit vom **23.04. – 11.05.2020**

SAVE
THE
DATE

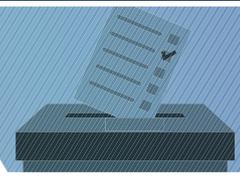


Foto: © tinyakov - stock.adobe.com

Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020



AMTLICHE MITTEILUNG

Gemäß § 15 der Wahlordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen für die Wahl zur Kammerversammlung (WO-ZKN) vom 04.05.1996, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen vom 19.10.2012, gebe ich Folgendes bekannt:

III. Bekanntmachung zur Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020

1. Die Zahl der in jedem Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung beträgt im

- Wahlkreis 1** – Bezirksstellen Braunschweig, Lüneburg, Stade 16
- Wahlkreis 2** – Bezirksstellen Oldenburg, Osnabrück, Ostfriesland, Wilhelmshaven 16
- Wahlkreis 3** – Bezirksstelle Hannover 16
- Wahlkreis 4** – Bezirksstellen Göttingen, Hildesheim, Verden 12

2. Die Wahlberechtigten können gemäß § 16 WO-ZKN bis zum 09.04.2020 Wahlvorschläge nach Anlage 3 WO-ZKN bei dem Wahlleiter für die Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen, Herrn Dr. Oliver Pramann, Rechtsanwalt und Notar, Königstraße 34, 30175 Hannover, einreichen.

Ich verweise im Übrigen auf § 31 Abs. 1, 3 Verwaltungsverfahrensgesetz i.V. mit § 193 BGB: Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, so endet die Frist mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktages.

3. Voraussetzungen für die Zulassung der Wahlvorschläge § 17 WO-ZKN sieht hierzu folgendes vor:

„(1) Wahlvorschläge können als Einzelwahlvorschlag oder in Form von Listen eingereicht werden, in denen die Bewerber in erkennbarer Reihenfolge unter Angabe ihres Familiennamens, Vornamens

und ihrer Anschrift sowie der Art der Berufsausübung und einer Bezeichnung nach § 34 HKG sowie Ort der Berufsausübung und Geburtsjahr genannt sein müssen. Ein Listenwahlvorschlag muss eine Kurzbezeichnung (Kennwort) enthalten, die bis zu fünf Wörter umfassen darf.

- (2) Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. In einen Wahlvorschlag kann nur aufgenommen werden, wer in dem Wahlkreis für den der Wahlvorschlag eingereicht wird, zur Kammerversammlung wahlberechtigt ist und schriftlich seine Zustimmung erteilt hat (Anlage 4). Die Zustimmung ist unwiderruflich; sie ist dem Wahlvorschlag beizufügen.
- (3) Der Wahlvorschlag muss von mindestens 20 im Wahlkreis Wahlberechtigten unterschrieben sein. Diese Wahlberechtigten dürfen nicht Bewerber dieses Wahlvorschlages sein. Neben der Unterschrift sind Familienname, Vorname und Anschrift anzugeben. Die Unterschriften der Wahlberechtigten sind auf dem Wahlvorschlag selbst oder auf einem gesonderten Beiblatt zu leisten. Ein Wahlberechtigter darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen und versichert dies auf dem Wahlvorschlag (Anlage 3). Hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig.
- (4) Von den Unterzeichnern gilt der Erste als Vertrauensperson für den Wahlvorschlag, der Zweite als Stellvertreter, sofern keine anderen Personen ausdrücklich benannt werden. Die Vertrauensperson ist zur Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen gegenüber dem Wahlleiter und dem Wahlausschuss ermächtigt.“

4. Bestimmungen über die Stimmabgabe

§ 24 WO-ZKN sieht hierzu folgendes vor:

- „(1) Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.
- (2) Ist auf dem Stimmzettel mehr als ein Wahlvorschlag aufgeführt, so hat jeder Wahlberechtigte nur eine Stimme. Zur Stimmabgabe kennzeichnet der Wähler auf dem Stimmzettel den Bewerber, dem er seine Stimme geben will, durch ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Er ist nicht an die Reihenfolge, in der die Bewerber innerhalb eines Wahlvorschlages aufgeführt sind, gebunden.

- (3) Ist auf dem Stimmzettel nur ein Wahlvorschlag genannt, so hat jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie in diesem Wahlkreis Mitglieder der Kammerversammlung zu wählen sind. Zur Stimmabgabe kennzeichnet der Wähler die Bewerber, denen er seine Stimme geben will, durch jeweils ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.
- (4) Es ist nicht zulässig, weitere Vermerke in den Stimmzettel einzutragen.
- (5) Werden die Namen von mehr Bewerbern mit Stimmabgabevermerken versehen, als der Wähler abzugeben berechtigt ist, so ist die Stimmabgabe ungültig.
- (6) Der Wähler legt den entsprechend Absatz 2 bzw. Absatz 3 gekennzeichneten Stimmzettel in den inneren Briefumschlag und verschließt diesen. Der Briefumschlag darf keine Kennzeichen haben, die auf die Person des Wählers schließen lassen.
- (7) Der Wähler unterschreibt die Erklärung auf dem Wahlausweis unter Angabe des Ortes und des Datums.
- (8) Der Wähler legt den verschlossenen inneren Briefumschlag und den unterschriebenen Wahlausweis in den äußeren Briefumschlag, verschließt diesen, versieht ihn auf der Rückseite mit den Absenderangaben und übersendet diesen Brief (Wahlbrief) auf Kosten der Zahnärztekammer Niedersachsen dem Wahlleiter.
- (9) Der Wahlbrief muss spätestens an dem Tag, mit dessen Ablauf die Wahlzeit endet, dem Wahlleiter zugegangen sein. Als rechtzeitig zugegangen gelten auch die auf dem Postweg dem Wahlleiter bis zum Tage nach Ablauf der Wahlzeit, 15:00 Uhr, eingegangenen Wahlbriefe. Geht der Wahlbrief erst nach diesem Zeitpunkt und vor Feststellung des Wahlergebnisses beim Wahlleiter ein, so gilt er auch dann als rechtzeitig zugegangen, wenn er nach dem aufgedruckten Poststempel spätestens einen Tag vor Ablauf der Wahlzeit abgesandt worden ist.“ ■

Hannover, 14.03.2020

Der Wahlleiter
(Dr. Pramann, Rechtsanwalt und Notar)



© diego cervo / iStockphoto.com

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

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

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u. a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	19.03.2020
für die Sitzung am	22.04.2020
Abgabe bis	28.04.2020
für die Sitzung am	03.06.2020
Abgabe bis	15.06.2020
für die Sitzung am	15.07.2020
Abgabe bis	03.08.2020
für die Sitzung am	02.09.2020
Abgabe bis	28.09.2020
für die Sitzung am	28.10.2020
Abgabe bis	09.11.2020
für die Sitzung am	09.12.2020

Die Sitzungstermine für 2021 werden im September 2020 festgelegt.

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 10.779 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis 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 22.637 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,3% 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 29.413 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,6% 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: 17.02.2020

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Marlies Fritsch..... Nr. – vom 06.07.1998
Lea Marleen Eilers..... Nr. 9606 vom 03.08.2018
Dr. Tom Gaidies Nr. 9439 vom 16.01.2018
Dr. Andreas Dmoch..... Nr. 3368 vom 10.03.1995
Dr. Dietrich Lutz..... Nr. 1711 vom 18.06.1985
Dr. Joachim Hartz..... Nr. 2396 vom 21.02.1990

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

_____ZKN

VERKAUF

Celle Landkreis

Ertragsstarke, langjährig etablierte Praxis mit neuer techn. Ausstattung günstig aus Altersgründen ab 1.4.2020 abzugeben. Tel.: 0157 39333761

Raum BS-WF-WOB

Langjährig etablierte gewinnstarke Praxis abzugeben, 125 qm, 2 BHZ, 3 BHZ vorinstalliert. Tel.: 0163 7675095 oder zahnsos@web.de

Doppelpraxis im Speckgürtel

von Hannover, zentralste Praxis im Ort, langjähr. etabliert, 3 Beh.-Zimmer, 4. mögl. hell u. barrierefrei, RKI-Konformität d. Begehung bestät. / Hoher Gewinnanteil / zahn007@gmx.net

Praxisabg. Landkreis Hannover

Etablierte umsatzstarke 5. Zi. Gemeinschaftspraxis abzugeben. Cerec, volligital vernetzt. 180 qm, Fahrst., Klimaanlage. Einarbeitungszeit f. d. Übergang möglich. praxisabgabe20@gmx.de

Rinteln-Schaumburg Kernstadt

3 BHZ, Praxislabor, Dig. Röntgen, OPG+Sensor im Ärztehaus abzugeben. Gerne noch Weiterarbeit als angestellter ZA! doktore@directbox.com

STELLENMARKT

OS nördl. Lkr. Doppelpraxis

Etabliert u. umsatzstark, sucht angestellte/n ZÄ/ZA mit Möglichkeit der Sozietät oder Übernahme. 5 BHZ, versiertes Team, Kleinstadt, verkehrsgünstig angebunden. mariushossbach@yahoo.de

BERICHTIGUNG – WIR BITTEN UM BEACHTUNG

Im NZB 02/2020, Seite 39, wurde die E-Mail-Adresse der Health Point Foundation vom Autor versehentlich nicht korrekt angegeben.

Die richtige Schreibweise lautet: **germany@healthpointfoundation.org**

Gleichzeitig nutzen wir die Gelegenheit, Sie, unsere Leserinnen und Leser, nochmals auf den Artikel in der Februar-Ausgabe und die Bitte um Unterstützung für das Projekt hinzuweisen. ■

___NZB-Redaktion

Was ist los – keine Post von der ZKN mehr?



Möglicherweise haben Sie seit Monaten keine Post von Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) mehr bekommen. Wenn das so ist, gibt es dafür zwei mögliche Gründe, die Sie beide schnell auflösen können, denn: Ihre ZKN hat den Briefversand aus ökologischen und ökonomischen Gründen auf elektronische Post umgestellt und verschickt – bis auf ganz wenige Ausnahmen – nur noch E-Mails! Darüber wurde in 2018 jedes Mitglied mehrfach – noch mit Briefpost – informiert und um Mitteilung der jeweiligen E-Mailadresse gebeten.

Grund 1: Sie haben Ihrer ZKN bisher Ihre E-Mailadresse noch nicht mitgeteilt. Dies können Sie schnell nachholen über dieses Formular: <https://t1p.de/eigenemail>

Grund 2: Sie haben Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt, erhalten aber dennoch keine Mails von der ZKN. Möglicherweise ist Ihr Postfach überfüllt und kann keine neuen Mails mehr aufnehmen, Sie müssen Ihren Spam-Ordner passend konfigurieren oder das E-Mail-Konto ist erloschen. Sollte ein Mitglied Ihres Teams für Sie Ihren E-Maileingang bearbeiten, sollten Sie ihm/ihr mitteilen, dass Ihnen Mails der ZKN vorzulegen sind.

Wie dem auch sei: Wenn Sie keine Post mehr in den letzten Monaten von Ihrer ZKN bekommen haben, müssen Sie handeln!



kostenfreies
Werbemittelpaket



Scannen für Onlineversion

Ausbildungskampagne „Du bist alles für uns“

Bestellen Sie jetzt Ihr **kostenfreies** Werbemittelpaket
„Du bist alles für uns“ (1 Poster und 5 Flyer).

Praxis _____
(in schwarzer Schrift & Druckbuchstaben)

Straße _____

PLZ Ort _____

Postermotiv DIN A2 (bitte ankreuzen) 1 2 3



bitte ausgefüllt an: ausbildung@zkn.de oder Fax 0511 83391-306

Datenschutzrechtliche Hinweise (z. B. datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit, Verarbeitungszweck, Ihre Rechte im Rahmen der Verarbeitung, ggf. Speicherdauer etc.) erhalten Sie unter dem nachstehenden QR-Code.



ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

Tel.: 0511 83391-0
Fax: 0511 83391-306
E-Mail: ausbildung@zkn.de
www.zkn.de