

Vom Wollen und Werden

**DER KOALITIONSVERTRAG UND DER NEUE
GESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN – S. 4 f**



6 Laumann fordert mehr
Patientenorientierung



10 Komposite im
Seitenzahnbereich



18 Moderne Behand-
lungskonzepte in der
festsitzenden Prothetik



26 Das Datenschutzkonzept
in der Zahnarztpraxis





Foto: Birni Jackson/Fotolia.com

Telefon- und E-Mail-Verzeichnis der Zahnärztekammer Niedersachsen



→ **Adresse**

ZAHNÄRZTEKAMMER
NIEDERSACHSEN
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

→ **Postanschrift**

ZAHNÄRZTEKAMMER
NIEDERSACHSEN
Postfach 81 06 61
30506 Hannover

→ **Zentrale**

Annette Labendsch,
Christina Illhardt
Telefon: 0511 83391-0
Fax: 0511 83391-116
E-Mail: info@zkn.de

→ **Vorstand**

Präsident
Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida,
hbunke@zkn.de
Vizepräsident
Jörg Röver, jroever@zkn.de

→ **Vorstandssekretariat**

Christine Woltemath,
cwoltemath@zkn.de-102

→ **Geschäftsführung**

Geschäftsführer
Michael Behring-112
Sekretariat
Simone Carnesecca-Gutsche,
scarnesecca@zkn.de-109

→ **GOZ**

**Honorar- und
Vermittlungsangelegenheiten**
Heike Fries, hfries@zkn.de-115
Birgit Weiß, bweiss@zkn.de-181

→ **BuS-Dienst**

Daniela Schmöe,
dschmoe@zkn.de-319

→ **Rechtsabteilung**

Heike Nagel, hnagel@zkn.de-110

→ **Pressestelle**

Kirsten Eigner, keigner@zkn.de-301
Melanie König, mkoenig@zkn.de ...-304

→ **Personalstelle**

Julia Meins, jmeins@zkn.de-176

→ **Mitgliederverwaltung**

**Abteilungsleiterin
Weiterbildung zum FZA OC und Kfo,
Fachsprachen- und Kenntnisprüfungen**
Anne Hillmer,
ahillmer@zkn.de-193

→ **Zahnärzte A – G**

**ZFA-Ausbildung
Bezirksstelle Oldenburg**
Holdine Schattschneider,
hshattschneider@zkn.de-141

→ **Zahnärzte H – K**

**Fürsorgeausschuss
stellv. Abteilungsleiterin**
Anita Henseler,
ahenseler@zkn.de-114

→ **Zahnärzte L**

**ZFA-Ausbildung
Bezirksstellen Osnabrück,
Ostfriesland, Stade, Verden,
Wilhelmshaven**
Sabine Koch, skoch@zkn.de-144

→ **Zahnärzte M – T**

**ZFA-Ausbildung
Bezirksstelle Braunschweig**
Christa Kohl, chkohl@zkn.de-145

→ **Zahnärzte U – Z**

**ZFA-Ausbildung
Bezirksstellen Göttingen, Hannover,
Hildesheim, Lüneburg**
Agnes Schuh, aschuh@zkn.de-142

→ **Buchhaltung**

Abteilungsleiter
Roland Gutsche,
rgutsche@zkn.de-121

→ **Zahnärztliche Stelle**

Hildegard Sniehotta,
hsniehotta@zkn.de-117
Andrea Küssner,
akuessner@zkn.de-117
Dominic Hartwich,
dhartwich@zkn.de-118

→ **Ausbildung / Fortbildung,
Zahnärztliches Fachpersonal**

Leitung
Michael Behring, Geschäftsführer,
mbehring@zkn.de-112
Ansgar Zboron, stellv. Abteilungsleiter,
azboron@zkn.de-302
Sekretariat
Rena Umlandt, rumlandt@zkn.de ...-310
Ausbildung
Ansgar Zboron, azboron@zkn.de ...-302
Sabrina Pfützte, spfuetze@zkn.de ...-303

→ **ZAN – Zahnärztliche Akademie
Niedersachsen,
Seminarverwaltung (Referenten)
Strukturierte Fortbildung**

Gabriele König, gkoenig@zkn.de ...-313

→ **ZAN – Zahnärztliche Akademie
Niedersachsen
Seminarverwaltung (Teilnehmer)**

Marlis Grothe, mgrothe@zkn.de ...-311

→ **Dezentrale Weiterbildung,
Dezentrale Fortbildung der
Bezirksstellen,
Winterfortbildungskongress**

Ansgar Zboron, azboron@zkn.de ...-302
Sabrina Pfützte, spfuetze@zkn.de ...-303

→ **ZMV – Zahnmedizinische
Verwaltungsassistentin**

Isabell Bohnert, ibohnert@zkn.de -331

→ **DH – Dentalhygienikerin**

Karen Schneider,
kschneider@zkn.de-332

→ **ZMP – Zahnmedizinische
Prophylaxeassistentin,
ZMP-Schule**

Karen Schneider,
kschneider@zkn.de-332
Isabell Bohnert, ibohnert@zkn.de -331

→ **Jugendzahnpflege,
Seniorenzahnmedizin**

Rena Umlandt, rumlandt@zkn.de -310

→ **RöV-Aktualisierung Helferinnen /
Begabtenförderung**

Isabell Bohnert, ibohnert@zkn.de -331

→ **Praxisführung / RÖV-Aktualisierung
Zahnärzte, ZQMS**

Christine Lange-Schönhoff,
clang@zkn.de-123
Christian Göhler, cgoehler@zkn.de -315

Das neue Datenschutzrecht – bürokratischer Fluch und Segen



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

Mit Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) am 25. Mai tritt in dessen Folge zeitgleich auch eine Neufassung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in Kraft. Viele Datenschutzerfordernungen galten bereits nach der alten Gesetzeslage, neue Anforderungen und die zunehmende Digitalisierung in allen Lebens- und Geschäftsbereichen haben die Neuauflage des Datenschutzrechts für alle Betriebe und Behörden in Europa erforderlich gemacht. Diametral zu den Aussagen des Koalitionsvertrags der Regierungsparteien, der von Bürokratieabbau spricht, werden Deutschlands Betriebe mit neuen Dokumentationspflichten belastet, die auch unsere Praxen wieder einmal vor neue Herausforderungen stellt.

Als sensibel gehören die Gesundheitsdaten unbestritten auch zu den schützenswerten Daten. Daher sollten wir Praxisinhaber uns zusammen mit unseren Teammitgliedern mit dieser Thematik beschäftigen und unser praxisindividuelles Datenschutzkonzept überprüfen. Im Abgleich mit Musterkonzepten können wir feststellen, welche Änderungen in unseren Praxen notwendig sind, um den geforderten Dokumentations- und Informationspflichten genügen zu können.

Da eine Zahnarztpraxis in Deutschland im Durchschnitt vier Mitarbeiter aufweist, benötigen – statistisch gesehen – die meisten Praxen sicherlich keinen Datenschutzbeauftragten. Praxen, die „in der Regel mindestens zehn Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen“ müssen einen Datenschutzbeauftragten benennen. Ungeklärt ist in dem Zusammenhang noch, was beispielsweise konkret unter „ständig“ zu verstehen ist.

Um das Thema im Praxisalltag nicht ausseren zu lassen, unterstützen wir Sie seitens der Zahnärztekammer mit Informationen auf der ZKN-Homepage, in Seminaren und mit Beiträgen hier im NZB wie Konzeptvorschlägen,

Dokumentationsvorlagen und Fachartikeln. Ein Ziel unserer Bemühungen ist, Sie soweit zu informieren, dass Sie unter den derzeit vielen Dienstleistungsangeboten, die fast täglich in unseren Praxen um eine Auftragsvergabe buhlen, die Spreu vom Weizen trennen können: Nicht wenige Angebote motivieren zu teilweise sehr kostspieligen Auftragsabschlüssen allein dadurch, dass sie versuchen, mit den hohen Bußgeldsanktionen des Gesetzes im Fall von Verstößen Angst zu erzeugen.

Beachten Sie daher unsere Veröffentlichungen auch zu diesem Themenkomplex. Die meisten Praxen werden nach einer relativ kurzen, aber durchaus intensiven Beschäftigung die neuen Anforderungen aus eigener Kraft erfüllen und am Ende hoffentlich auch einen Mehrwert bei QM, IT- und Rechtssicherheit generieren können. Gut eignet sich zur systematischen Bearbeitung der Anforderungen z. B. das mit einem Update Ende März ins ZQMS integrierte Modul Datenschutz. Wesentliche Inhalte dieses Moduls bieten wir auf der ZKN-Homepage auch all denjenigen ZKN-Mitgliedern kostenlos an, die bisher noch keine ZQMS-Anwender sind.

Es ist uns als Ihre Ständesvertretung ein wichtiges Anliegen, Sie, unsere Mitglieder, bei der Bewältigung der zurzeit für viele von Ihnen noch recht undurchsichtigen Vorgaben dieser neuen Datenschutz-Verordnung nach Kräften zu unterstützen. Ziel unser aller Bemühungen ist, dass wir Zahnärzte uns alsbald in erster Linie und mit ganzer Kraft mit dem beschäftigen können, was wir gelernt haben und dem wir uns am liebsten zuwenden: der Behandlung unserer Patienten. ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

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

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

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

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

REDAKTIONSBÜRO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische 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

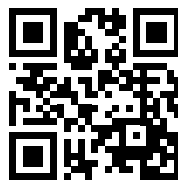
ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 06/18: 8. Mai 2018
Heft 07+08/18: 12. Juni 2018
Heft 09/18: 14. August 2018

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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



17



32



34



LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida:
Das neue Datenschutzrecht –
bürokratischer Fluch und Segen

POLITISCHES

- 4 Vom Wollen und Werden
Der Koalitionsvertrag und der
Gesundheitsminister Jens Spahn
- 6 Laumann fordert mehr
Patientenorientierung
Erste Vorbereitungen für ein
Patientenrechtegesetz II?
- 8 Dr. med. Martina Wenker:
Studienplätze endlich an reale
Nachfrage anpassen
- 9 Mehr Verständnis und Präsenz für die
Freien Berufe in Europa
- 9 Bekanntmachung der nächsten
ordentlichen Sitzung der
Vertreterversammlung der KZVN

FACHLICHES

- 10 Komposite im Seitenzahnbereich
Aktuelle Aspekte der direkten
Adhäsivtechnik
- 17 Koordinierungskonferenz der
ZKN-Bezirksstellenvorsitzenden
in Hannover – Austausch mit
Vorstand und Verwaltung
- 18 Moderne Behandlungskonzepte in
der festsitzenden Prothetik
Minimalinvasive Versorgungsmöglich-
keiten sind auf dem Vormarsch
- 26 Das Datenschutzkonzept in der
Zahnarztpraxis – Welche Grundregeln
sind zu beachten?
- 28 Nach dem Mutterschutz folgt die
Elternzeit – Rechte und Pflichten von
Arbeitgebern und Arbeitnehmern
- 31 Einreichungs- und Zahlungstermine
- 32 ZQMS – immer up to date – DSGVO
Ende März integriert
Partnerkammern trafen sich zum
turnusmäßigen Austausch
- 34 AltenpflegeMesse 2018 in Hannover
- 35 Dr. Ingeburg und Werner Mannherz
verabschieden sich vom ZAMO,
seinen Helfern und Unterstützern

TERMINLICHES

- 37 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 38 ZAN-Seminarprogramm
- 38 Termine

PERSÖNLICHES

- 40 25-jähriges Praxisjubiläum
- 40 Wir trauern um unsere Kollegen
- 40 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!

AMTLICHES

- 41 Beitragszahlung II. Quartal 2018
Wichtige Information zur Zahlung
des Kammerbeitrages
- 42 Niederlassungshinweise
- 43 Ungültige Zahnarzausweise

KLEINANZEIGEN

- 44 Kleinanzeigen

10



26



28



Vom Wollen und Werden

DER KOALITIONSVERTRAG UND DER GESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN

Wer verwundert über den deutlichen, wenn auch nicht überragenden Sieg (68,02 Prozent) der Befürworter der Großen Koalition beim SPD-Mitgliederentscheid gegenüber den ablehnenden Stimmen war (33,98 Prozent), sollte sich die Klientel der SPD-Mitglieder vor Augen führen. Wer hat über den Koalitionsvertrag abgestimmt? Längst ist die SPD von einer Arbeiterpartei zu einer Angestellten- und Rentnerpartei geworden. Das Durchschnittsalter der SPD-Mitglieder ist 60 Jahre. Etwa 22 Prozent der Bevölkerung Deutschlands ab 14 Jahren gehören der Gruppe der 14-30-Jährigen an, bei den Mitgliedern der SPD sind es dagegen nur 7,5 Prozent. Analysiert man den Koalitionsvertrag mit seinen arbeits- und rentenpolitischen Maßnahmen, wurde gezielt die Hauptklientel in den Blick genommen. Außerdem hätte sich die SPD Neuwahlen, die sie vielleicht sogar auf gleiche prozentuale Höhe mit der AfD geworfen hätte, nicht leisten können.

Der am 5. März 2018 bekannt gegebene Mitgliederentscheid hat den Weg für eine Große Koalition geebnet, in der Jens Spahn MdB (CDU) Bundesgesundheitsminister werden soll. Für die 19. Legislaturperiode hat der scheidende Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) die Koalitionsverhandlungen für den Bereich Gesundheit und Pflege führend mit bestritten. Der Parlamentarische Staatssekretär beim (geschäftsführenden) Bundesfinanzminister, Jens Spahn, hat den Koalitionsverhandlungen, außer in der kleinen Runde, für den Bereich Finanzen beigewohnt. Spahn war nach eigener Aussage während des Finishes der Koalitionsverhandlungen zusammen mit einem Kollegen zuständig für die Worte „Werden“ und „Wollen“ im gesamten Koalitionsvertrag. Er erläuterte dazu am 13. Februar in der Talk-Show von Markus Lanz: „Werden“ heiße, das seien die Teile im Koalitionsvertrag die prioritär finanziert seien. Die



Jens Spahn, MdB
Bundesgesundheitsminister

GroKo habe insgesamt einen Spielraum von 45 Mrd. Euro für die Maßnahmen des Koalitionsvertrags zur Verfügung gehabt. „Die Bereiche, die sicher finanziert sind mit den 45 Mrd. Euro haben ein „Werden“ und die wir uns leisten können, wenn zusätzliche finanzielle Mittel da sind oder woanders einspart, da steht ein „Wollen“, so Spahn. Unter dieser semantischen Rücksicht sollte man den Part Gesundheit und Pflege des Koalitionsvertrags noch einmal genau betrachten. Nimmt man Spahn beim Wort, dürfte beispielsweise der schrittweise Abbau der drastischen Unterfinanzierung der ALG II-Empfänger in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu den prioritären, also finanzierten Maßnahmen gehören. Hingegen hat der für Gesundheit zuständige stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Professor Karl Lauterbach, die jährliche Summe von 2 Mrd. Euro genannt, die dafür vorgesehen sei.

Zwischen Lauterbach und Spahn, die in 2013 den Bereich Gesundheit und Pflege des Koalitionvertrags der GroKo der 18. Legislaturperiode ausgehandelt hatten, zeigte sich ein nahezu harmonisches Zusammenspiel bis zu Spahns Wechsel ins Bundesfinanzministerium im Juli 2015. Lauterbach, auch in der vorigen Legislaturperiode für Gesundheit zuständiger stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, und der damalige gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, erläuterten beispielsweise in 2014 in einem gemeinsamen Papier, als Hermann Gröhe schon in Amt und Würden war, wie sie sich die Ausgestaltung des Innovationsfonds vorstellten. Die Besetzung Spahns auf der plötzlich vakanten Stelle des Parlamentarischen Staatssekretärs unter dem damaligen Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) dürfte in der CDU-Spitze für Erleichterung gesorgt haben, denn dadurch musste der damalige „Newcomer“ Gröhe

nicht mehr mit der offensiven gesundheitspolitischen Dominanz Spahns umgehen. Darüber hinaus hatte Spahn Ende 2014 auf dem Bundesparteitag den für Größe vorgesehenen Sitz im CDU-Präsidium eingenommen. Der gesundheitspolitischen Welt ist Spahn auch in seiner Zeit als Parlamentarischer Staatssekretär treu geblieben, immerhin war er noch Vorsitzender des 40-köpfigen Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege seiner Partei. Für die Leichtfüßigkeit, mit der er sich im komplexen Geflecht dieser Materie bewegt, zollt ihm jedermann Respekt – das übrigens dürfte ein weiteres verbindendes Glied zu Karl Lauterbach sein.

Das für einen Vollblutpolitiker seiner Flughöhe unabdingbare Durchsetzungsvermögen des durchaus auch temperamentvollen Spahn ist bekannt, das ihn in früheren Zeiten auch schon einmal hat über das Ziel hinausschießen lassen. Manchem ist noch erinnerlich, wie er im Herbst 2010 den damaligen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rainer Hess, in einer Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags harsch maßregelte, was dazu führte, dass sich der unbeteiligte Karl Lauterbach für Spahns Verhalten entschuldigte, hingegen die anwesenden CDU/CSU-Abgeordneten die quasi schon für sie beendete Anhörung geschlossen verließen. Spahn hat sich ohne jede Förderung durch Angela Merkel nach oben gekämpft. Genutzt hat ihm dabei seine unvergleichliche Gabe, ein vernehmbares Sprachrohr für

diejenigen Gruppierungen innerhalb der CDU zu bilden, die sich in der Merkelschen Politik zunehmend nicht aufgehoben sahen und sehen. Dazu gehören die Jüngeren in der Union, deren Belange er mit teilweise provokanten Äußerungen eine Stimme verliehen hat, dazu gehört der Wirtschaftsflügel der Union, dessen Unzufriedenheit mit der aus seiner Sicht sozialdemokratisierten Kanzlerin vernehmbar ist. Dazu gehört der wertkonservative Flügel der Union, der sich von der Kanzlerin sträflich vernachlässigt fühlt und dazu gehört auch Spahns Kritik an der bisherigen Flüchtlingspolitik, mit der er offensichtlich die Nähe zu diesbezüglich mit der Politik der Union nicht einverstanden, auch zur AfD übergelaufenen Wählern sucht. Spahn hat in den letzten Jahren den unzufriedenen Stimmen in der Union Stimme gegeben, ohne einen öffentlichen Affront mit Angela Merkel zu suchen. Harte Kritik überließ er anderen, hat aber gleichzeitig deutliche Sympathie gegenüber diesen Kritikern gezeigt.

In der aktuellen Gesundheitspolitik hat Spahn, nachdem er von Angela Merkel als Gesundheitsminister in einer GroKo öffentlich genannt worden war, nach derselben Methode agiert. Verbal hat er direkt versucht, denen, die sich noch „zweite Klasse“ gegenüber Privatversicherten fühlen, zu signalisieren, es käme baldigst, insbesondere hinsichtlich unterschiedlichen Terminvergaben bei Ärzten zu einer Angleichung und er hat das Fass des Uralt-Themas PKV-Wechsel unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen aufgemacht. Hier wird deutlich, dass Spahn noch im Wahlkampf-Modus ist, und vor allem noch nicht wieder im Alltag der Gesundheitspolitik angekommen, in dem jedes Wort mit Bedacht gewählt sein will. Lauterbach, der schon vier Jahre als führender Gesundheitspolitiker der GroKo absolviert hat, hat in Reaktion auf Spahns Ankündigung sofort auf den Koalitionsvertrag rekurriert, in dem keine diesbezügliche Reform der PKV angekündigt wird.

Genutzt hat Spahn auch sein persönliches Netzwerk, das er sich im Laufe der Jahre in seiner Partei aufgebaut hat und mittlerweile, wenn man sich so umhört, über die genannten innerparteilichen Gruppierungen sogar weit hinausreichen dürfte. Er scheint in der politischen Zusammenarbeit höchst kollegial, höchst respektvoll zu sein und andere Ansichten bei innerparteilichen Konflikten ernsthaft zu ventilieren. Dafür wird er von vielen Kollegen geschätzt. Darüber hinaus pflegt Spahn einen guten bis sogar wohl freundschaftlichen Umgang mit Mitgliedern von Oppositionsparteien. Einst rief der mittlerweile Enddreißiger die parteiübergreifende „Junge Gruppe“ von Abgeordneten ins Leben. Privat ist der bekennende Katholik Spahn mit dem Journalisten Daniel Funke verheiratet.

Aus dem einstigen „Wollen“ des politischen Aufstiegs von Spahn ist nun ein „Werden“ geworden mit noch nicht limitiertem Endpunkt. Jetzt kommt es darauf an, was er daraus macht. ■ *Quelle: gid Nr. 8 vom 05.03.2018*

Einige Eckdaten

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn:

Geb. 16. Mai 1980 (Alter: 38 Jahre); 1995 Eintritt in die Junge Union; 1997 Eintritt in die CDU; in den Jahren 2002, 2005, 2009, 2013 und 2017 direkt gewählter Abgeordneter des Wahlkreises Steinfurt I/Borken I in den Deutschen Bundestag; seit November 2005 stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Ausschuss für Gesundheit sowie Mitglied in der Koalitionsarbeitsgruppe von CDU/CSU und SPD, die die Gesundheitsreform 2007 vorbereitete; von 2009 bis 2015 Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit und zugleich gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion; bis Juli 2015 ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit; seit Juli 2015 Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen; seit November 2014 Vorsitzender des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege der CDU/CSU-Fraktion.

Laumann fordert mehr Patientenorientierung

ERSTE VORBEREITUNGEN FÜR EIN PATIENTENRECHTEGESETZ II?

Im Mittelpunkt steht der Patient. Dieser Satz ist oft zu hören. Nicht immer ist er richtig. Das Streben nach Gewinn, nach Marktmacht, nach Prämien – vielfach haben die eigentlichen Motive der Akteure im deutschen Gesundheitswesen nichts mit dem Wohl des Patienten zu tun. Menschen geraten unters Skalpell, damit Ärzte geforderte Zahlen bringen oder Krankenhäuser Gewinne machen. Chronisch Kranke erhalten eine Versorgung „von der Stange“, pflegebedürftige Menschen siechen in Heimen dahin, weil Personal fehlt. Patienten werden zu Opfern fehlerhafter Behandlung, um ihr Recht kämpfen sie jahrelang und oft vergebens. Vieles hört man nur hinter vorgehaltener Hand. Es ist die Aufgabe der Gesundheitspolitik, einen Rahmen für das Gesundheitswesen zu setzen, der Fehlentwicklungen begrenzt und dafür sorgt, dass es dem Menschen dient,

ihn gesund erhält beziehungsweise bei Krankheit hilft. Im Jahr 2012 gab es ein Patientenrechtegesetz (PatRG). Mit ihm wurde im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern vornehmlich bestehendes Richterrecht in ein Gesetz gegossen. Darüber hinaus gab es eine Sammlung von Einzelregelungen. Krankenkassen bekamen Fristen zur Bewilligung von Leistungsanträgen vorgeschrieben, die Patienten bekamen Vertretungsrechte in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Landesebene, es gab ein bisschen was zu Fehlermeldesystemen und zum Beschwerdemanagement. Ein großer Wurf war es nicht. Einer, der es ernst meint mit den Rechten derjenigen, die im Gesundheitswesen vermeintlich im Mittelpunkt stehen, ist der ehemalige Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege und heutige nordrhein-westfälische Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU). Von ihm stammt ein Beschlussantrag, der in der kommenden Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden am 7. und 8. März 2018 in Düsseldorf intensiv diskutiert werden dürfte. Ziel: Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) möge sich dafür einsetzen, die Patientenorientierung zu stärken und der Bundesregierung diesbezüglich Dampf machen. Denn Patientenorientierung sei ein grundlegendes Element für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik. Wie das erreicht werden kann, dazu schlägt Laumann ein Bündel von 14 Maßnahmen vor, die hier stichpunktartig wiedergegeben werden:

1. Die bestehenden Beratungs- und Versorgungsangebote sowie deren Zugangswege sollen transparenter werden und Weiterentwicklungspotentiale aufgezeigt werden, um die Orientierung im Gesundheitswesen zu erleichtern und die Patientenautonomie zu fördern.
2. Der Zugang zu den Leistungen muss barrierefrei gestaltet werden und das nicht nur in baulicher, sondern auch in kognitiver, sprachlicher, optischer und akustischer Hinsicht. Zugangsbarrieren aufgrund psychischer Erkrankungen seien ebenfalls angemessen zu berücksichtigen.





Karl-Josef Laumann (CDU)
Landesgesundheitsminister Nordrhein-Westfalen

3. Die Kommunikationskompetenz der im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen soll durch Maßnahmen, wie zum Beispiel eine systematische Berücksichtigung in den Curricula der Gesundheitsberufe, erhöht werden.
4. Die Kommunikation soll insbesondere an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung verbessert werden.
5. Die durch die Krankenhausreform erfolgte Verankerung von Qualität als Planungskriterium und Transparenz über die Versorgungsqualität soll durch Entwicklung geeigneter Methoden und Indikatoren auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden.
6. In den stationären Einrichtungen sollen im Qualitätsmanagement differenzierte Patientenbefragungen eingeführt und ihre Ergebnisse veröffentlicht werden.
7. Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten soll in allen Gremien des Gesundheitswesens und insbesondere auf Landes- und kommunaler Ebene verbessert werden.
8. Alle Anwendungen, die künftig die Telematikinfrastruktur nutzen wollen, müssen einen Beitrag zu mehr Patientensicherheit, Patientensouveränität und Patientenbeteiligung leisten. Hierzu sind Kriterien zu erarbeiten. Die gematik – Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte mbH – soll Patientenorganisationen bei komplexen Sachverhalten unabhängig fachlich unterstützen.
9. Ärzte sollen verpflichtet werden, zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die sie verkaufen, neutrale und evidenzbasierte Informationen über Nutzen und Risiken in den Praxisräumen auszulegen.
10. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens soll eine „Kultur der Patientensicherheit“ gelebt werden. Fehler sollen vermieden, zumindest aus ihnen gelernt

werden. Patientinnen und Patienten sollen stärker in die Behandlungs- und Qualitätssicherungsprozesse eingebunden werden. Zudem soll die Bundesregierung Erleichterungen zur Beweislast und zum Beweismaß prüfen, um deren Stellung in der Auseinandersetzung um Behandlungsfehler zu stärken. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, Versicherte beim Nachweis eines Behandlungsfehlers zu unterstützen.

11. Die Heilberufskammern sollen Sorge dafür tragen, die außergerichtliche Schlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen zu verbessern und grundsätzlich auch ohne Beteiligung des Arztes oder Zahnarztes aktiv werden können. Patientenvertretungen sollen an den Schlichtungsstellen beteiligt werden.
12. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens soll es patientenorientierte Beschwerdemanagementsysteme geben, die auch mit externen Beratungs- und Beschwerdestellen zusammenarbeiten.
13. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll strukturell neu organisiert werden, um die Unabhängigkeit und Neutralität seiner Gutachten und Stellungnahmen sicherzustellen.
14. Die Bundesregierung soll prüfen, ob die gesundheitliche Versorgungsplanung, die mit dem Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung eingeführt wurde und bislang nur für Patienten in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der letzten Lebensphase vorgesehen ist, auf alle Versicherten ausgeweitet werden kann. Damit sollen für alle Patienten die Angebote der medizinischen und palliativen Versorgung sowie der Möglichkeiten der Sterbebegleitung transparent und eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung am Lebensende sichergestellt werden.

Die GMK sollte sich die Zeit nehmen, Laumanns Vorschläge intensiv zu diskutieren. Und nicht nur sie. Die aufgeworfenen Themen erfordern eine ebenso gründliche Auseinandersetzung auf der Bundesebene. Im Ergebnis muss nicht jeder Vorschlag geteilt werden. So darf hinterfragt werden, ob beispielsweise die behauptete Abhängigkeit des MDK von den Krankenkassen tatsächlich zu fachlich nicht vertretbaren oder beeinflussten Gutachterentscheidungen führt oder ob es sich hier nicht eher um ein „gefühltes“ Problem handelt, das auch durch die Verbannung von Kassenmitarbeitern aus den Verwaltungsräten des MDK nicht zu lösen ist. Aber das sind Einzelfragen. Im Großen und Ganzen geht der Beschlussantrag Laumanns offensichtlich in Richtung eines Patientenrechtegesetzes II. Das ist zwar im Koalitionsvertrag nicht vorgesehen; die Stärkung der Patientenrechte steht aber sehr wohl auf der Agenda einer Großen Koalition. ■

_____ Quelle: gjd Nr. 8 vom 05.03.2018

DR. MED. MARTINA WENKER:

Studienplätze endlich an reale Nachfrage anpassen



Ärztammerpräsidentin Dr. Martina Wenker fordert Anpassungen der Kapazitätsverordnungen der Länder – Akademische Lehrkrankenhäuser in klinische Lehre einbinden, um mehr Medizinstudienplätze zu schaffen

„Der Ärztemangel in Deutschland wird durch den Mangel an Medizinstudienplätzen noch dramatischer“, erklärt Dr. Martina Wenker. Die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer (BÄK) möchte daher die großen akademischen Lehrkrankenhäuser der Maximalversorgung in die klinische Lehre ab dem 5. Semester einbinden. „Auf diesem Wege müssen in Deutschland so schnell wie möglich 1.500 zusätzliche klinische Studienplätze geschaffen werden“, fordert die Lungenfachärztin.

Die Zahl der Medizinstudienplätze in Deutschland hat sich seit der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 um 40 Prozent reduziert – von 16.000 auf 9.000 Plätze – und das trotz des absehbaren demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts mit dadurch steigenden Versorgungsbedarfen. Aufgrund dieser Mangelsituation – im Wintersemester 2014/2015 kamen auf die bundesweit 9.000 Studienplätze 43.000 Bewerber – zieht es viele qualifizierte und engagierte junge Menschen nach dem Abitur zum Medizinstudium ins Ausland. „Viele deutsche Studenten haben so auf eigene Kosten bereits erfolgreich den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, das Physikum, absolviert und möchten ihr Studium nun in Deutschland abschließen“, berichtet Wenker. Hierfür fehlen, ebenso wie für zahlreiche erfolgreiche Absolventen des Physikums auf einem sogenannten Teilstudienplatz an deutschen medizinischen Fakultäten, aktuell jedoch die klinischen Lehrkapazitäten an den Universitäten.

„Ich fordere die Politik dazu auf, diesen Mangel zu beheben, indem die akademischen Lehrkrankenhäuser in die klinische Lehre ab dem 5. Semester eingebunden werden“, postuliert die Ärztekammerpräsidentin. „Es kann nicht sein, dass Ärzte aus dem Ausland nach Deutschland kommen, um eine Mangelsituation auszugleichen, während gleich-



Dr. med. Martina Wenker
Präsidentin der ÄKN

zeitig deutsche Abiturienten ins Ausland gehen müssen, damit sie die Chance auf einen Medizinstudienplatz bekommen“, so Wenker.

In Niedersachsen gut hierfür geeignet wären z.B. Krankenhäuser wie die Klinika Braunschweig, Region Hannover, Oldenburg und Osnabrück, aber auch Bremen als akademisches Lehrkrankenhaus für Niedersachsen. „Mit gutem Beispiel geht hier die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) voran, die bereits im September 2017 mit dem Klinikum Braunschweig Kooperationsgespräche führte, um mit dem Campus II 60 zusätzliche Vollstudienplätze am Klinikum Braunschweig zu schaffen“, lobt Wenker. Hier sei aber – sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene – noch viel Luft nach oben.

Obwohl es einen riesigen Bedarf an Ärzten gibt, hat sich die Anzahl der Medizinstudienplätze seit Jahren nicht geändert. Der Grund liegt in den „Verordnungen über die Kapazitätsermittlung zur Vergabe von Studienplätzen“ der Länder – kurz: Kapazitätsverordnung (KapVO) – verborgen. „Das Nadelöhr sind hier die Patientkapazitäten an den Universitätskliniken“, erläutert Wenker. „Um das Problem der zu niedrigen Studienplatzzahlen dauerhaft zu lösen, muss die niedersächsische Kapazitätsverordnung an unseren Versorgungsbedarf angepasst werden“, so die Ärztekammerpräsidentin. ■

Quelle: ÄKN, Presseinformation vom 05.02.2018

Mehr Verständnis und Präsenz für die Freien Berufe in Europa

In Rom fand eine Konferenz des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) zur Zukunft der Freien Berufe in Europa statt. Auf dieser wurde ein „Europäisches Manifest der Freien Berufe“ vorgestellt, an dem die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) beteiligt war. In das Manifest flossen Vorüberlegungen ein, die der Dachverband der europäischen Zahnärzte (CED) entwickelt hatte. Aktuell stehen die Freien Berufe vor großen Herausforderungen: Bewährte Regeln, die dem Schutz von Verbrauchern und Patienten dienen, werden unter ökonomischen Erwägungen als Hindernis für mehr europäisches Wirtschaftswachstum gesehen. Besonders deutlich wird dies im sog. Dienstleistungspaket und dem darin enthaltenen Richtlinienentwurf für einen Verhältnismäßigkeitstest von neuem Berufsrecht.

„Wir brauchen endlich ein Verständnis in Europa darüber, was Freie Berufe besonders macht – und welche gesellschaftliche Sonderstellung sie haben“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel.

„Nur so können wir uns in laufenden EU-Gesetzgebungsverfahren, wie dem Dienstleistungspaket, Gehör verschaffen“, so Engel weiter. „Berufliche Regeln sind kein Selbstzweck. Sie dienen vor allem dem Schutz von Patienten und Mandanten. Eine jüngst veröffentlichte wirtschaftswissenschaftliche Studie der Universität Düsseldorf zeigt zudem, dass diese Regeln auch aus ökonomischen Gründen sinnvoll sind.“

Das Manifest arbeitet die Kriterien heraus, die einen Freien Beruf definieren: Dazu gehören die eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen auf Grundlage einer hohen Qualifikation, eines besonderen Berufsethos und eines Systems der beruflichen Kontrolle, z.B. Kammern. Denn bislang fehlt ein einheitliches Verständnis zur Begrifflichkeit Freier Berufe in Europa, diese werden oft mit anderen Berufen in einen Topf geworfen. Zum Europäischen Manifest der Freien Berufe:

<https://tinyurl.com/y9vegp8g> ■

_____ Quellen: www.bzaek.de, www.med-dent-Magazin.de

Bekanntmachung

der nächsten ordentlichen Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

**Freitag, dem 04.05.2018,
Beginn 19.00 Uhr**

**Fortsetzung am Samstag,
dem 05.05.2018, Beginn 9.00 Uhr**

Tagungsort:

KZV Niedersachsen, 5. Etage
Zeißstr. 11, 30519 Hannover,
Tel.: 0511 8405-0, Fax: 8405-300

TAGESORDNUNG:

1. Eröffnung
2. Feststellung der ordnungsgemäßen Ladung und der Anwesenheit der Vertreter
3. Feststellung der Beschlussfähigkeit
4. Anfragen
5. Berichte des Vorstandes und der ständigen Ausschüsse
6. HVM (Punktwerterhöhung)
7. Schließung der Sitzung

Dr. Ulrich Obermeyer

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Komposite im Seitenzahnbereich



AKTUELLE ASPEKTE DER DIREKTEN ADHÄSIVTECHNIK

Zusammenfassung

Direkte Komposite im Seitenzahnbereich gehören heutzutage zum Standard im Therapiespektrum der modernen konservierend-restaurativen Zahnheilkunde. Aufgrund eines mittlerweile hohen dentalen Ästhetikbewusstseins sind große Teile der Bevölkerung nicht mehr bereit, metallische Restaurationen zu akzeptieren und verlangen nach zahnfarbenen Alternativen.

Einleitung

In der Zahnheilkunde führt die kontinuierliche Erweiterung wissenschaftlicher Erkenntnisse in Kombination mit der Einführung komplett neuer bzw. der Weiterentwicklung vorhandener Füllungswerkstoffe zu Veränderungen in den zahnärztlichen Behandlungskonzepten. Dies beeinflusst die intraorale Verweildauer dentaler Restaurationen erheblich [1, 2]. Während der vergangenen dreißig Jahre haben sich

deutliche Veränderungen in der Anwendung restaurativer Werkstoffe vollzogen [3-5]. Gleichzeitig haben ästhetische Anforderungen mittlerweile auch für die Versorgung von Seitenzahnkavitäten eine große Bedeutung erlangt [6]. Im kaulastragenden Seitenzahnbereich werden Kompositfüllungen mittlerweile seit über drei Jahrzehnten als ästhetische Alternative zu metallischen Restaurationen eingesetzt [7]. Besonders im vergangenen Jahrzehnt stieg diese Entwicklung kontinuierlich an. Erste klinische Daten, die zu Beginn der 1980er-Jahre im Seitenzahnbereich erhoben wurden, waren vor allem aufgrund ungenügender mechanischer Eigenschaften nicht ermutigend. Die geringe Abrasionsbeständigkeit der damaligen Kompositmaterialien führte in kurzer Zeit zum Verlust der Füllungskonturen. Frakturen, Randeinbrüche, Randundichtigkeiten mit Verfärbungen bzw. Sekundärkaries und Hypersensibilitäten als Folge der Polymerisationsschrumpfung waren weitere Gründe, welche die Lebensdauer der Füllungen limitierten [8-12]. Diese Unzulänglichkeiten wurden vor allem durch die Weiterentwicklungen im Materialsektor der Komposite und der Adhäsivsysteme in den letzten Jahren erheblich reduziert [13-15]. Allerdings stellen die negativen Auswirkungen der Polymerisationsschrumpfung – wie im Einzelfall eine ungenügende Haftung an den Kavitätenwänden, eine mangelnde Randdichtigkeit oder Höckerdeflexionen – immer noch das größte Problem der kompositbasierten Werkstoffe dar [16].

→ Vita

PROF. DR. J. MANHART

- ▶ 1994 Approbation nach Studium der Zahnheilkunde in München
- ▶ 1994–2000 Wissenschaftlicher Assistent, Poliklinik für Zahnerhaltung der LMU München
- ▶ 1997 Promotion
- ▶ 1997–1998 Forschungsaufenthalt in Houston, USA, für den Bereich zahnärztliche Werkstoffkunde, interdisziplinäre Therapieplanung und ästhetische Behandlungskonzepte als Adjunct Assistant Professor, Biomaterials Research Center, University of Texas
- ▶ 2001 Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung der LMU München
- ▶ 2003 Habilitation und Lehrbefugnis für das Fachgebiet „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“
- ▶ 2010 Ernennung zum Professor an der Poliklinik für Zahnerhaltung der LMU München



Fotos: Prof. Dr. J. Manhart



Abb. 1a: Ausgangssituation: mehrere alte Amalgamfüllungen im Oberkieferseitenzahnbereich. Die Patientin wünschte den Austausch gegen zahnfarbene Kompositrestaurationen.

Direkte Kompositrestaurationen haben sich in den letzten Jahren immer mehr zu einem unverzichtbaren Bestandteil im Therapiespektrum der modernen konservierend-restaurativen Zahnheilkunde entwickelt. Sie werden unter anderem wegen des breiten Anwendungsspektrums, der Schonung (defektorientierte Kavitätengestaltung) und adhäsiven Stabilisierung der Zahnhartsubstanz sowie des im Vergleich zu indirekten Restaurationsalternativen (Inlays, Teilkronen, Kronen) preiswerteren und zeitsparenderen Verfahrens eingesetzt [17]. Kompositrestaurationen sind außerdem bei Bedarf auch einfach in der Mundhöhle zu reparieren [18]. Die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zu Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich aus dem Jahr 2016 (S1-Handlungsempfehlung; AWMF-Registernr.: 083-028), verabschiedet durch die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Gesellschaft für Restaurative und Regenerative Zahnerhaltung (DGR²Z), fasst das aktuelle, wissenschaftlich abgesicherte Einsatzspektrum direkter Komposite und auch deren Kontraindikationen zusammen [19].

Aufgrund des weltweit zu verzeichnenden Rückgangs des Einsatzes von Amalgam sind die direkten Komposite prädestiniert, in der näheren Zukunft Amalgam als das am weitesten verbreitete eingesetzte Füllungsmaterial abzulösen [20] (Abb. 1 a bis d). Korrekt platzierte adhäsive Kompositfüllungen zeigen hervorragende klinische Überlebensdaten [20] und haben sich dementsprechend einen herausragenden Platz in der restaurativen Zahnheilkunde erobert.

Schichttechnik

Für lichthärtende Kompositmaterialien wird die Verarbeitung in der inkrementellen Schichttechnik bisher als Goldstandard angesehen [21]. Üblicherweise erfolgt die Applikation der herkömmlichen Komposite aufgrund ihrer Polymerisationseigenschaften und der limitierten

Durchhärtungstiefe in Einzelinkrementen mit maximal 2 mm Schichtstärke. Diese werden jeweils separat mit Belichtungszeiten von 10-40 s polymerisiert, je nach Lichtintensität der Lampe, der Farbe bzw. dem Transparenzgrad der entsprechenden Kompositpaste und der Art und Konzentration des in der Kompositpaste enthaltenen Photoinitiators [22]. Dickere Kompositsschichten führten mit den bis vor kurzem verfügbaren Materialien zu einer ungenügenden Polymerisation des Kompositwerkstoffs und somit zu schlechteren mechanischen und biologischen Eigenschaften [23-25]. Mit der Schichttechnik lässt sich zudem durch eine günstige dreidimensionale Ausformung der Einzelinkremente in der Kavität ein niedrigerer C-Faktor („Configuration Factor“ = Verhältnis der gebondeten zu freien Kompositoberflächen) realisieren. Somit können durch möglichst viele frei schrumpfende Kompositoberflächen der materialimmanente polymerisationsbedingte Schrumpfstress und dessen negative Auswirkungen auf die Restauration – wie Ablösung des Komposits von den Kavitätswänden, Randspaltbildung, Randverfärbungen, Sekundärkaries, Höckerdeflexionen, Rissbildung in den Zahnhöckern, Schmelzfrakturen und Hypersensibilitäten – minimiert werden [23, 26].

Bulk-Fill-Technik

Die vorgenannte klassische Schichttechnik mit 2 mm dicken Kompositinkrementen ist vor allem bei großvolumigen Seitenzahnkavitäten ein zeitaufwendiges und techniksensitives Vorgehen, das aus betriebswirtschaftlicher Sicht eines entsprechend kostendeckenden Honoraransatzes bedarf [19, 27, 28]. Um diese Nachteile gegebenenfalls etwas abfedern zu können, wurden in den vergangenen Jahren die Bulk-Fill-Komposite entwickelt, die bei entsprechend hoher Lichtintensität der Polymerisationslampe in einer vereinfachten Applikationstechnik in Schichten von 4-5 mm Dicke, mit kurzen Inkrementhärtungszeiten von 10-20 s, schneller in die Kavität appliziert werden können [22, 30, 33-36] (Abb. 2 a bis f). ▶▶



Abb. 1b: Situation nach vorsichtiger Entfernung der alten Restaurationen.



Abb. 1c: Nach Fertigstellung der Kavitäten wurde das Seitenzahnareal durch das Anlegen von Kofferdam isoliert.



Abb. 1d: Endsituation: Sämtliche Kavitäten wurden mit direkten Kompositrestaurationen in der Schichttechnik versorgt.



Abb. 2a: Ausgangssituation: insuffiziente langzeitprovisorische Füllung aus Glasionomerzement.



Abb. 2b: Nach Entfernung der alten Füllung und Fertigstellung der Kavität wurde Kofferdam angelegt und der Defekt mit einem Teilmatrizensystem abgegrenzt. Die adhäsive Vorbehandlung erfolgte mit einem Self-Etch-Adhäsiv.



Abb. 2c: Mit einem fließfähigen Bulk-Fill-Komposit wurden die ersten 4 mm des Kavitätenvolumens gefüllt.



Abb. 2d: Nach der Polymerisation wurde im zweiten Schritt das restliche okklusale Kavitätenvolumen mit einem hochviskosen Bulk-Fill-Komposit aufgefüllt.



Abb. 2e: Sorgfältige Adaptation des Materials an die Kavitätenränder und Modellation der Kaufläche.



Abb. 2f: Endsituation: mit der Bulk-Fill-Technik hergestellte direkte Kompositrestauration.

►► Ormocere

Die meisten Komposite enthalten auf der klassischen Methacrylatchemie basierende organische Monomermatrizes [37]. Alternative Ansätze hierzu existieren in der Silorantechnologie [38-43] und der Ormocerchemie [16, 44-50]. Bei den Ormoceren („organically modified ceramics“) handelt es sich um organisch modifizierte, nichtmetallische anorganische Verbundwerkstoffe [16, 44-51]. Ormocere können zwischen anorganische und organische Polymere eingeordnet werden und besitzen sowohl ein anorganisches als auch ein organisches Netzwerk [49, 52-54]. Diese Materialgruppe wurde vom Fraunhofer-Institut für Silikatforschung, Würzburg, entwickelt und in Zusammenarbeit mit Partnern in der Dentalindustrie im Jahre 1998 erstmals als zahnärztliches Füllungsmaterial vermarktet [46, 47]. Seither hat für diesen Anwendungsbereich eine deutliche Weiterentwicklung der ormocerbasierten Komposite stattgefunden.

Bei der ersten Generation von zahnmedizinischen Ormoceren wurden der Matrix zur Einstellung der Viskosität und somit zur besseren Verarbeitbarkeit durch den Behandler noch zusätzliche Methacrylate zur reinen Ormocerchemie beigemischt (neben Initiatoren, Stabilisatoren, Farbpigmenten und anorganischen Füllkörpern) [55]. Mit der aktuellen Ormocergeneration ist es gelungen, einen Werkstoff herzustellen, der keine konventionellen Monomere

mehr in der Matrix enthält (Admira Fusion, Voco, Cuxhaven). Ormocerbasierte Komposite gibt es mittlerweile in allen gebräuchlichen Varianten, vom fließfähigen Material über das universell einsetzbare normalviskose Ormocer bis zur durchhärtungsoptimierten Bulk-Fill-Variante für den Seitenzahnbereich. Ormocere unterscheiden sich im klinischen Anwendungsprotokoll nicht von den klassischen methacrylatbasierten Kompositen. Sie müssen mit einem Adhäsivsystem an den Zahnhartsubstanzen verankert, entsprechend ihrer Durchhärtungstiefe in Schichten appliziert und mit Licht ausgehärtet werden (Abb. 3 a bis h).

„Lining“-Technik

Bei der Erstellung von direkten Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich wird von einem Teil der Behandler die sog. „Lining“-Technik eingesetzt. Hierbei wird nach Abschluss der adhäsiven Vorbehandlung der Kavitätenböden mit einer ersten, ca. 0,5-1 mm dünnen Schicht eines fließfähigen Komposits ausgekleidet und dicht versiegelt, bevor nachfolgend das höher viskose Restaurationskomposit aufgeschichtet wird [19] (Abb. 4 a bis h). Die guten Benetzungseigenschaften des fließfähigen Materials gewährleisten, dass schlecht einsehbare oder schwierig zugängliche Kavitätenbereiche, wie z.B. spitze Innenkanten bzw. -winkel der Kavität oder dünn auslaufende proximale Schmelzanschrägungen, blasenfrei mit dem niedrigviskosen



Abb. 3a: Ausgangssituation: überstehende alte Amalgamfüllung in einem ersten Oberkieferprämolaren. Die Patientin entschied sich für den Austausch gegen eine direkte Ormocerrestauration.



Abb. 3b: Nach Fertigstellung der Kavität wurde das Seitenzahnareal durch das Anlegen von Kofferdam isoliert.



Abb. 3c: Der Defekt wurde mit einem Teilmatrizensystem abgegrenzt. Anschließend erfolgte die adhäsive Vorbehandlung.



Abb. 3d: Mit dem ersten Inkrement des Ormocerkomposits wurde die komplette distale Kavitätenwand bis zur Randleistenhöhe aufgebaut.



Abb. 3e: Die nicht mehr benötigte Matrizze wurde entfernt. Dadurch ist ein besserer Zugang zur Kavität für die Applikation der restlichen Inkremente möglich.



Abb. 3f: In der schrägen Schichttechnik wurde im nächsten Schritt der palatinale Höcker aufgebaut.

Füllungsmaterial abgedeckt bzw. ausgefüllt werden [56]. Es wird auch diskutiert, dass eine erste dünne Schicht aus einem fließfähigen Kompositmaterial unter nachfolgend darüber geschichteten Inkrementen aus hochviskösem Komposit aufgrund des geringeren E-Moduls (durch den niedrigeren Füllkörpergehalt) als Puffer bzw. „Stress Breaker“ wirken kann. Dadurch sollen die negativen Auswirkungen der Polymerisationsschrumpfung beim Legen der Füllung und der einwirkenden Kräfte während der klinischen Gebrauchsperiode (z.B. okklusale Kaubelastung) abgemildert werden [57-69]. In Patientenstudien konnte allerdings bisher kein signifikant positiver Einfluss der „Lining-Technik“ auf die klinische Performance von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich nachgewiesen werden [70-76].

Höckerersatz

Die Indikationen für direkte Kompositrestaurationen haben in den vergangenen Jahren aufgrund der materialtechnischen Verbesserungen der Kompositwerkstoffe und zugehöriger Adhäsivsysteme, bei gleichzeitiger Optimierung der Behandlungsprotokolle, eine stetige Erweiterung erfahren [17, 77-87]. Direkte Kompositrestaurationen sind mittlerweile für viele



Abb. 3g: Nachfolgend wurde der bukkale Höcker komplettiert.



Abb. 3h: Endsituation: Der Prämolare wurde mit einer direkten Ormocerrestauration in der einfarbigen Schichttechnik versorgt.

zahnärztliche Praktiker die bevorzugte Füllungsvariante, auch für große Kavitäten im okklusionstragenden Seitenzahnbereich [20, 84, 88-90]. Im Fokus des Interesses steht hierbei auch immer mehr die substanzschonende Versorgung von Defekten mit Höckerbeteiligung als Alternative zu indirekten Onlays und Teilkronen [17, 84, 91-102] (Abb. 5 a bis h).

Der Ersatz von einzelnen oder mehreren Höckern mit direkten Kompositen stellt mittlerweile aus werkstoffkundlicher Sicht kein Problem mehr dar und ist wissenschaftlich abgesichert [19]. Allerdings ist der intraorale Aufbau eines oder mehrerer kompletter Zahnhöcker mit Komposit, zusätzlich zur Versorgung der okklusalen Isthmus- und approximalen Kastenbereiche eines Defektes, für den ►►



Abb. 4a: Ausgangssituation: insuffiziente alte Amalgamfüllung in einem ersten Unterkiefermolaren.



Abb. 4b: Nach Entfernung der alten Füllung und Fertigstellung der Kavität wurde Kofferdam angelegt und der Defekt mit einem Teilmatrizensystem abgegrenzt. Die adhäsive Vorbehandlung erfolgte mit einem Self-Etch-Adhäsiv.



Abb. 4c: Mit einem fließfähigen Ormocer wurde der Kavitätenboden in der „Lining“-Technik mit einer circa 0,5 bis 1 mm dünnen Schicht ausgekleidet.



Abb. 4d: Der Kavitätenboden und sämtliche Innenkanten und -winkel sind durch die erste Schicht mit dem fließfähigen Ormocer versiegelt.



Abb. 4e: Mit dem ersten Inkrement eines normalviskösen Ormocers wurde die mesiale Approximallfläche bis auf Randleistenhöhe ausgeformt.



Abb. 4f: Die nicht mehr benötigte Matrize wurde entfernt. Dadurch ist ein besserer Zugang zur Kavität für die Applikation der restlichen Inkremente möglich. Mit dem nächsten Inkrement wurde der Kavitätenboden nivelliert.



Abb. 4g: Anschließend erfolgte der Aufbau der strukturellen Kauflächen-einheiten in der sequentiellen Höckertechnik.



Abb. 4h: Endsituation: fertig ausgearbeitete und hochglanzpolierte Ormocer-Restaurations. Die Funktion und Ästhetik des Zahnes sind wieder hergestellt.

►► Behandler ein erheblicher Mehraufwand in der additiven Gestaltung. Dies bedarf entsprechender Übung und zieht meist auch eine deutlich längere Ausarbeitungsphase nach sich, da die Höhe der direkt im Mund modellierten Höcker praktisch kaum sofort passt und meist erst durch zeitaufwendiges Zurückschleifen adjustiert werden muss, um eine korrekte statische und dynamische Okklusion einzustellen. Deshalb sind bei der Versorgung sehr großer Kavitäten, die den Ersatz mehrerer Höcker pro Zahn erfordern, indirekte Restaurationen immer noch eine sinnvolle Alternative; dies erfordert aber oft einen zusätzlichen Abtrag an Zahnhartsubstanz [84]. Klinische Untersuchungen zu Seitenzahnkompositrestaurationen mit Höckerersatz zeigen eine akzeptable bis sehr gute klinische Performance und qualifizieren diese Restaurationen in ausgewählten klinischen Fällen als Alternative zu indirekten Versorgungen [88, 103-106].

Adhäsive Haftvermittlung

Am Schmelz stellen Etch-and-Rinse-Adhäsive, denen eine Konditionierung der Zahnoberfläche mit Phosphorsäure vorausgeht, immer noch den Goldstandard dar und sind aufgrund ihrer besseren Haftvermittlung und Randedichtigkeit den selbstätzenden Adhäsiven vorzuziehen [107-114]. Man unterscheidet bei der Etch-and-Rinse-Konditionierungstechnik zwei unterschiedliche klinische Verfahren. Einerseits die auf den Zahnschmelz begrenzte Phosphorsäureätzung (selektive Schmelzätzung) und andererseits die vollständige Ätzung der kompletten Kavität (Schmelz und Dentin) mit Phosphorsäure (Total Etch). Während die Phosphorsäureätzung am Schmelz ein sehr robustes, wenig fehleranfälliges Verfahren darstellt und auch langfristig zu sehr guten Ergebnissen führt, ist die Konditionierung des Dentins deutlich techniksensitiver und kann bei Nichtbeachtung der korrekten Anwendungsparameter, beispielsweise



Abb. 5a: Ausgangssituation: insuffiziente alte Keramikrestauration in einem ersten Unterkiefermolaren.



Abb. 5b: Ausgangssituation: Der mesio-bukkale Höcker ist großvolumig durch die alte Keramikrestauration ersetzt.



Abb. 5c: Zustand nach Entfernung der alten Restauration, Exkavieren und Finieren der Kavität und Isolieren des Behandlungsgebietes mit Kofferdam.



Abb. 5d: Nach dem Abgrenzen der Kavität mit einer Matrice erfolgte die adhäsive Vorbehandlung der Zahnhartsubstanz.



Abb. 5e: Mit dem ersten Kompositinkrement wurden die mesiale Approximalwand und die mesio-bukkale Außenkontur aufgebaut.



Abb. 5f: Im nächsten Schritt wurde das komplette Okklusivvolumen mit Komposit aufgefüllt und die Zahnanatomie ausgeformt.



Abb. 5g: Nach dem Ausarbeiten und Polieren erfolgte die abschließende Kontrolle der statischen und dynamischen Okklusion.



Abb. 5h: Endsituation: In der frontalen Ansicht zeigt sich der gelungene Ersatz des mesio-bukkalen Höckers mit der direkten Kompositentechnik.

der Einwirkzeiten von Säure und Adhäsivkomponenten bzw. der idealen Restfeuchtigkeit des Dentins nach dem Ätzzvorgang, zu Problemen, wie z.B. postoperativen Hypersensitivitäten und Randspaltbildung, führen. Sollen selbstkonditionierende Adhäsivsysteme (Self-Etch-Adhäsive), die eine Säuregruppe in ihren multifunktionalen Monomeren enthalten, für die Haftvermittlung eingesetzt werden, so ist zu beachten, dass diese auf dem Zahnschmelz und insbesondere auf nicht instrumentierten Schmelzoberflächen aufgrund ihres im Vergleich zur Phosphorsäure geringeren Demineralisationspotentials immer noch Schwächen aufweisen [111, 115]. Daher empfiehlt sich vor dem Einsatz von Self-Etch-Adhäsiven eine zusätzliche, auf den Schmelz begrenzte konventionelle Phosphorsäureätzung (selektive Schmelzätzung) [107-109, 116-126]. Dadurch kann am Schmelz langfristig das Risiko von Randverfärbungen und Spaltbildungen mit

allen bekannten Nachteilen minimiert werden. Allerdings sollte eine Phosphorsäureätzung des Dentins bei der Verwendung von älteren Produkten der Gruppe der Self-Etch-Adhäsive vermieden werden, da sich dadurch die Haftung und Randqualität am Dentin deutlich verschlechtern können [121, 125, 127]. Eine versehentliche Ätzung dem Schmelz unmittelbar benachbarter Dentinabschnitte ist allerdings unter klinischen Gegebenheiten, vor allem in unübersichtlichen, schwer zugänglichen Kavitäten und minimalinvasiven Präparationen, nur sehr schwierig – wenn nicht gar unmöglich – zu vermeiden [113, 115]. Spätestens beim Absprühen der Säure wird es zumindest zu einem kurzfristigen Kontakt von dieser mit dem Dentin kommen. Mittlerweile sind bereits seit einiger Zeit alternativ zu den klassischen Etch-and-Rinse-Adhäsiven und den Self-Etch-Adhäsiven auch neuartige Universaladhäsive mit multifunktionalen Monomeren erhältlich. Diese Haftvermittler ►►

► sind mit allen gebräuchlichen Konditionierungstechniken der Zahnhartsubstanzen und sämtlichen derzeit angewendeten Adhäsivstrategien, der phosphorsäurefreien Self-Etch-Technik und den beiden phosphorsäurebasierten Etch-and-Rinse-Konditionierungstechniken, kompatibel („Multi-mode“-Adhäsive) [113, 123, 124, 128-136]. Auch bei den Universaladhäsiven resultiert die vorangehende Phosphorsäurekonditionierung des Zahnschmelzes (selektive Schmelzätzung) in einer besseren Haftvermittlung an derart vorbehandelten Bereichen dieser Zahnhartsubstanz [118, 123, 124]. Im Gegensatz zu den klassischen Self-Etch-Adhäsiven führt eine Phosphorsäureätzung des Dentins bei den neuen Universaladhäsiven aber zu keiner Verschlechterung des Dentinverbundes [128, 130, 137-139]. Die Möglichkeit, bei Verwendung dieser Universaladhäsive das Applikationsprotokoll in Abhängigkeit von intraoralen Notwendigkeiten jederzeit kurzfristig ohne Wechsel des Adhäsivsystems variieren zu können, reduziert die Techniksensitivität der Haftvermittlung und gibt dem Behandler die nötige Freiheit, auf unterschiedliche klinische Situationen (z.B. pulpanahe Dentinabschnitte, Blutungsgefahr der angrenzenden Gingiva, etc.) flexibel reagieren zu können. Die Kombination aus selektiver Schmelzätzung und einem sich gegenüber einer möglichen Dentinätzung robust verhaltendem und wenig fehleranfälligen Universaladhäsiv stellt daher heute eine sehr erfolgversprechende Vorgehensweise in der adhäsiven Zahnheilkunde dar [113].

Klinische Resultate

Die Ergebnisse einer umfangreichen Übersichtsarbeit haben gezeigt, dass die jährliche Verlustquote von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich (2,2%) statistisch nicht unterschiedlich zur Ausfallrate von Amalgamfüllungen (3,0%), deren klinische Langlebigkeit außer Zweifel steht, ist [140]. OPDAM konnte in einer langlaufenden klinischen Studie zum Vergleich von 1202 Amalgam- und 747 Kompositfüllungen in großen Klasse-II-Kavitäten mittlerweile sogar nachweisen, dass Kompositrestaurationen nach 12 Jahren intraoraler Verweildauer mit einer jährlichen Verlustquote von 1,68% signifikant besser abschnitten als Amalgamfüllungen (2,41%) [141]. DA ROSA RODOLPHO stellte nach dem sehr langen Beobachtungszeitraum von 22 Jahren niedrige jährliche Verlustquoten von 1,5% bzw. 2,2% für zwei unterschiedlich hoch gefüllte Hybridkomposite (77 vs. 57 Vol.%) fest, wobei die jährliche Verlustquote für das niedriger gefüllte Material in der zweiten Hälfte der Studiendauer von 1,5% auf 2,2% anstieg, während sie für das höher gefüllte Komposit konstant blieb [142]. PALLESEN konnte in 2 klinischen Studien zu verschiedenen Kompositmaterialien im kaulasttragenden Seitenzahnbereich sehr geringe jährliche Ausfallquoten von 1,6% nach 27-jähriger Beobachtungsdauer [143] und von 1,1% nach 30-jähriger Beobachtungsdauer [144] ermitteln.

Schlussbemerkungen

Die Bedeutung direkter Füllungsmaterialien auf Kompositbasis wird in der Zukunft weiter zunehmen. Es handelt sich hierbei um wissenschaftlich abgesicherte und durch die Literatur in ihrer Verlässlichkeit dokumentierte, hochwertige permanente Versorgungen für den kaulasttragenden Seitenzahnbereich [87, 140-146]. Gemäß der neuen S1-Leitlinie der DGZ und der DGZMK zu Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich aus dem Jahr 2016 (AWMF-Registernummer: 083-028) können diese Restaurationen nach der aktuellen Datenlage erfolgreich zur Versorgung von Klasse-I- und -II-Kavitäten im Seitenzahnbereich eingesetzt werden [19].

Neben den universell einsetzbaren, in verschiedenen Farbschattierungen und Opazitätsabstufungen erhältlichen Hybridkompositen sind seit einiger Zeit weitere Bulk-Fill-Kompositmaterialien speziell für den Seitenzahnbereich auf dem Markt, mit denen man in einer im Vergleich zu den traditionellen Hybridkompositen wirtschaftlicheren Prozedur klinisch und ästhetisch akzeptable Seitenzahnfüllungen legen kann [147-149].

Minimalinvasive Behandlungsprotokolle in Verbindung mit der Möglichkeit, kariöse Läsionen immer früher zu entdecken, wirken sich zusätzlich positiv auf die Überlebensraten solcher Versorgungen aus. Allerdings sind zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen direkten Kompositrestauration mit guter marginaler Adaptation eine sorgfältige Matrizentechnik (bei approximaler Beteiligung), ein wirksames und gemäß Vorgaben appliziertes Dentinadhäsiv, die korrekte Verarbeitung des Füllungswerkstoffes und die Erzielung eines ausreichenden Polymerisationsgrades des Komposits weiterhin notwendige Grundvoraussetzungen. Auch für Defektkonfigurationen mit Höckerersatz werden direkte Kompositrestaurationen mittlerweile vermehrt eingesetzt und erweisen sich hier in ausgewählten klinischen Fällen als Alternative zu indirekten Versorgungen [88, 103-106]. ■

_____ Prof. Dr. Jürgen Manhart, München

Korrespondenzadresse:

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

Die Literaturliste können Sie unter <http://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> herunterladen oder unter nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.



Foto: Referatshilf/ZKN

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Koordinierungskonferenz

Koordinierungskonferenz der ZKN-Bezirksstellenvorsitzenden in Hannover – Austausch mit Vorstand und Verwaltung

Mitte März fand eine turnusmäßige Arbeitssitzung des Vorstands und der Verwaltung mit den Vorsitzenden der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) in Hannover statt. Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, begrüßte die angereisten Bezirksstellenvorsitzenden und teilweise deren Stellvertreter im Seminarraum der Zahnmedizinischen Akademie. Neben den Mitgliedern des Vorstandes nehmen regelmäßig auch die Geschäftsführung sowie einige für die Bezirksstellen wichtige Ansprechpartnerinnen und -partner der ZKN-Verwaltung teil, um Probleme zu erörtern und Fragen zu klären, die bei der Amtsführung in den regionalen Bezirksstellenbüros seit der letzten Arbeitssitzung aufgetreten sind.

Da sich die Geschäftsräume der Bezirksstellen in den meisten Fällen am Praxissitz der Vorsitzenden befinden, gilt es auch regelmäßig, organisatorische Abläufe zu klären. Diese standen auch bei diesem Treffen auf der Agenda. Daneben wurden viele andere Themen erörtert, die in den vergangenen Monaten aus der Kollegenschaft an die Bezirksstellen herangetragen wurden. An erster Stelle sind weiterhin die Praxisbegehungen nach Medizinprodukte-, Infektionsschutz- und Arbeitsschutzgesetz zu nennen. Hier besteht weiterhin großes Interesse daran, die Kompetenz der Zahnärzteschaft für Begehungen gegenüber der Landesregierung verstärkt ins Gespräch zu bringen, mit dem

Ziel, bei den Begehungen beteiligt zu werden. Das Für und Wider wie auch die rechtlichen Rahmenbedingungen solcher Aufgabenverlagerungen und der aktuelle Stand der Gespräche mit dem dafür zuständigen Ministerium wurden ausführlich diskutiert.

Im Vorfeld des Inkrafttretens der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zeigen viele Praxen großes Interesse an einer möglichst rechtskonformen und zeitnahen Umsetzung der rechtlichen Vorschriften. Die diesbezüglichen Fragen aus den Praxen kommen nicht nur in der ZKN in Hannover, sondern auch in den Bezirksstellen an. Hier wurde von den Bezirksstellenvorsitzenden der Wunsch geäußert, auch bei ihnen vor Ort Seminare für die Kollegenschaft angeboten zu bekommen.

Weitere Diskussionsthemen waren der Stand der GOÄ-Novellierung, eine mögliche Fortentwicklung der GOZ, das Gutachterwesen der ZKN, arbeitsrechtliche Fragen, Angelegenheiten zur Aus- und Fortbildung von zahnmedizinischen Fachangestellten sowie die Organisation von regionalen ZMV-Kursen, um den Interessenten die häufig lange Anfahrt nach Hannover zu ersparen.

Bei guter kollegialer Atmosphäre konnten alle Themenfelder konzentriert und konstruktiv abgearbeitet werden. In den nächsten Wochen werden die Mitarbeiterinnen der Bezirksstellen direkt vor Ort in der erweiterten Nutzung der neuen Verwaltungssoftware der ZKN geschult. ■ _____/r

Moderne Behandlungskonzepte in der festsitzenden Prothetik

MINIMALINVASIVE VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN SIND AUF DEM VORMARSCH

Moderne Fertigungstechnologien erlauben die Verwendung industriell vorgefertigter Hochleistungspolymere, durch die heute eine erhebliche Ausdehnung der Vorbehandlungsphase zur Exploration funktioneller und ästhetischer Ziele realisiert werden kann. Damit werden eine zeitlich ausgedehnte Überprüfung des Restaurationsentwurfs und eine hohe Vorhersagbarkeit für die definitive Rehabilitation möglich. Angesichts der hohen Stabilität dieser Materialien kann die Umsetzung in die definitive Versorgung gegebenenfalls auch in einzelne Behandlungssegmente unterteilt werden. Der Einsatz der Adhäsivtechnik in Kombination mit Restaurationsmaterialien zahnähnlicher Transluzenz eröffnet zudem einen wesentlichen Schritt zu minimalinvasiven definitiven Versorgungsoptionen. Zum Zahnhartsubstanzerhalt an potenziellen Pfeilerzähnen haben auch Adhäsivbrücken und Implantate wesentlich beigetragen. Im folgenden Beitrag werden anhand klinischer Beispiele die Prinzipien moderner prothetischer Möglichkeiten aufgezeigt und im Hinblick auf ein minimalinvasives Vorgehen diskutiert.

Einleitung

Traditionelle Versorgungskonzepte mit metallbasierten Kronen und Brücken werden aufgrund ihrer guten klinischen Langzeiterfolge als Goldstandard definiert [45]. Als Nachteil wird jedoch der mit der Kronen- oder Brückenpfeilerpräparation verbundene hohe Zahnhartsubstanzenabtrag empfunden. Messungen des Substanzenabtrags in Abhängigkeit von verschiedenen Präparationsgeometrien konnten belegen, dass durch Vollkronenpräparation sowohl im Front- als auch im Seitenzahnbereich bis zu 70 Prozent der Zahnhartsubstanz der klinischen Krone abgetragen werden [3,18,19]. Diese Werte beeinflussen zunehmend die Therapieauswahl [43]. Das Ausmaß der verbleibenden Zahnhartsubstanz hat bei endodontisch behandelten Zähnen in verschiedenen In-vitro-Untersuchungen einen signifikant positiven Einfluss auf deren Bruchfestigkeit, und zwar unabhängig vom Zahntyp [10,54]. So können bei einem endodontisch behandelten Molaren durch die Therapieentscheidung, eine Teilkrone anstelle einer Vollkrone einzusetzen, bis zu 45 Prozent zusätzliche Zahnhartsubstanz erhalten werden [43]. Vergleichbare Werte konnten

Foto: Prof. Dr. D. Edelhoff



Abb. 1a: Gefräste herausnehmbare Okklusionsschienen aus zahnfarbenem Polycarbonat



Abb. 1b: Nach einer mehrmonatigen Evaluierungsphase wurde die Oberkieferschiene mittig separiert und in Referenz zu der eingliederten linken Schienenhälfte im noch nicht präparierten zweiten Quadranten eine Kieferrelationsbestimmung mit einem hochpräzisen Registrierungsmaterial auf BisAcrylat-Basis (Luxa Bite, DMG) vorgenommen, die mit Aluwax korrigiert wurde.



für die Präparation von Retainern für Adhäsivbrücken und Adhäsivattachments ermittelt werden [17,34]. Bemerkenswert ist, dass im Rahmen klinischer Studien zu vollkeramischen Teilkronen und Veneers in den Beobachtungszeiträumen von bis zu 12,6 Jahren entweder keine [27] oder – im Vergleich zu Studien mit metallkeramischen Vollkronen – eine extrem geringe Devitalisierungsrate der Pulpa auftrat [58]. Demnach scheint sich eine geringe Invasivität der Präparation und Restauration vorteilhaft auf den Erhalt der Vitalität restaurierter biologischer Pfeiler auszuwirken. Vor diesem Hintergrund hat sich in der festsitzenden Prothetik in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel hin zu weniger invasiven Therapiekonzepten vollzogen [11,24,34,56,60]. Der vorliegende Beitrag greift einige Therapiekonzepte auf, durch die eine erhebliche Reduzierung des Zahnhartsubstanzabtrags umgesetzt werden kann, und versucht, diese zu bewerten.

Zahnfarbene CAD/CAM-Schienen zur Vorbehandlung komplexer Rehabilitationen

Polycarbonat als Material für CAD/CAM-gefertigte zahnfarbene Okklusionsschienen zeichnet sich durch überragende Materialeigenschaften aus, die sich von herkömmlichen Schienen aus transparentem PMMA erheblich unterscheiden (Abb. 1a). Zu den Vorteilen der zahnfarbenen CAD/CAM-gefertigten Polycarbonatschienen zählen die bessere Passgenauigkeit bedingt durch die Umgehung der Polymerisationsschrumpfung (bereits unter industriellen Bedingungen durchgeführt), eine höhere Langzeitstabilität von Form und Farbe, die günstigere Biokompatibilität, ein geringerer Verschleiß und ein besseres ästhetisches Erscheinungsbild. Zudem können zahnfarbene Polycarbonatschienen aufgrund ihrer Flexibilität ohne erhöhte Frakturgefahr auch in sehr geringen Schichtstärken (0,3 mm) hergestellt und eingesetzt werden. Der angenehme Tragekomfort, kombiniert mit einer akzeptablen Ästhetik, führt zu einer verbesserten Compliance der Patienten im Sinne einer „23-Stunden-Schiene“. Durch die Teilung in eine Ober- und Unterkieferschiene bei größeren Veränderungen der Vertikaldimension können zudem die im Waxup festgelegten ästhetischen und funktionellen Aspekte komplett in die Okklusionsschienen übertragen und realitätsnah wie auch reversibel durch den Patienten erprobt werden. Dieses „Zwei-Schienen-Konzept“ erlaubt zudem eine konservierende, chirurgische, parodontologische, endodontische wie auch implantologische Vorbehandlung unter den herausnehmbaren Schienen und erleichtert eine segmentale Umsetzung in die spätere definitive Restauration (Abb. 1b).

Vollkeramische Veneers im Frontzahnbereich

Aufgrund des guten klinischen Langzeiterfolgs, der überragenden Ästhetik und der geringen Invasivität können adhäsiv befestigte Veneers [44] in vielen Indikationen ►►

NEUES SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

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

Termin: Nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Teamgebühr: 550 €

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff

Tel.: 0511 83391-123

E-Mail: clange@zkn.de

Zahnmedizinische Akademie
Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

ZAN



Abb. 2a: Einsatz eines oszillierenden „halben“ Torpedos beim Anlegen einer approximalen Hohlkehle während einer Veneer-Präparation im Medium-Wrap-Design. Aufgrund der einseitigen Diamantierung des Instruments ist eine Traumatisierung des Nachbarzahns während der Präparation ausgeschlossen.



Abb. 2b: Veneers und Okklusionsonlays nach der adhäsiven Eingliederung. Die minimalinvasiven vollkeramischen Restaurationen wurden mit verschiedenen Methoden hergestellt (Sintertechnologie auf feuerfesten Stümpfen an den Inzisivi, monolithische Lithium-Disilikat-Keramik an den Eck- und Seitenzähnen).

► eine interessante Alternative zu einer Versorgung mit konventionellen Einzelkronen sein [7,60]. Silikatkeramische Werkstoffe gelten aufgrund der günstigen optischen und mechanischen Eigenschaften als Material der Wahl zum Ersatz verloren gegangenen Zahnschmelzes [39,40]. Minimalinvasive Veneer-Präparationen stellen ebenso wie die provisorische Versorgung und adhäsive Eingliederung höhere Anforderungen an den Behandler als klassische Vollkronenpräparationen mit konventioneller Zementierung. Der Erhalt von Zahnschmelzanteilen ist beim Veneer ein wesentlicher, den Erfolg bestimmender Faktor [8,30]. Damit stellen Veneers eine vornehmlich additive Versorgungsform dar.

Für Veneer-Präparationen gelten klare Prinzipien. Dennoch können sie – abhängig von der individuellen klinischen Situation (Zahnposition, Grad der Destruktion, bestehende Füllungen, Okklusionsverhältnisse, parodontales Umfeld etc.) – äußerst flexibel in der Gestaltung sein [41,52]. Dies gilt sowohl für die inzisale Gestaltung und Lokalisation des Präparationsrands als auch für die interproximale Ausdehnung [48,52]. Die Lokalisation der marginalen Präparationsgrenze kann supragingival, equigingival oder intrasulkulär erfolgen. Eine supragingivale Präparationsgrenze weist zahlreiche Vorteile hinsichtlich der Schmelzpräsenz, einer einfachen Präparation und Abformung, einer guten Kontrollmöglichkeit bei der adhäsiven Befestigung (Überschussentfernung) und keinerlei Interferenzen (Traumatisierung) mit der marginalen Gingiva auf. Die intrasulkuläre Präparation bietet sich für umfangreichere Formveränderungen, zum Schließen von interdentalen Bereichen wie „schwarzen Dreiecken“ sowie zur Abdeckung exponierter Dentin-Wurzelzement-Areale und bestehender Kompositfüllungen an.

Bei der inzisalen Gestaltung erlaubt das Anlegen einer palatinalen Hohlkehle die höchsten Freiheitsgrade für die Festlegung der Inzisalkantenposition, insbesondere bei umfangreicheren Zahnhartsubstanzverlusten [41,52]. Ähnliches gilt für die interproximale Ausdehnung der Präparation [40,48]. Während das häufig angewendete Medium-Wrap-Design durch den Erhalt des Kontaktpunkts

die Breite des bestehenden Zahns erhält und damit die Länge gemäß dem definierten Breiten-Längen-Verhältnis vorgibt, ermöglicht das Long-Wrap-Design, bei dem die Kontaktpunkte durch eine tiefe interproximale Ausdehnung aufgelöst werden, erheblich mehr Variationsmöglichkeiten in Form und Stellung. Letzteres Design sollte daher vornehmlich bei starken Verfärbungen, Diastemata, umfangreichen Formänderungen, schwarzen Dreiecken und ausgeprägten Füllungen zum Einsatz kommen. Zudem ist bei Veneers in direkter Nachbarschaft zu Kronen die Long-Wrap-Variante ebenfalls empfehlenswert, da dadurch der Kontaktpunkt zwischen beiden Restaurationen aus Keramik gestaltet werden kann. Für die interproximale Präparation bieten sich oszillierende Instrumente (z.B. Sonicline-Aufsätze „halbes Torpedo“ SF8878KM, Komet) und Soflex-Scheiben (2382 M, 3M) an (Abb. 2a) [22].

In bestimmten Indikationen kann der Übergang zu einer Vollkrone fließend sein. Eine solche zirkuläre Präparationsform (360°) wird auch als Full-Wrap-Design bezeichnet und empfiehlt sich vor allem bei komplexen Fällen mit einer Anhebung der Vertikaldimension der Okklusion, um den palatinal an den Oberkieferfrontzähnen entstehenden Freiraum zu schließen [14]. Alternativ kann die von Vailati und Belser beschriebene Three-Step-Technik eingesetzt werden, bei der dieser palatinaler Raum zunächst mit Komposit aufgebaut wird, bevor die Versorgung der Labialflächen mit adhäsiv befestigten keramischen Veneers („Sandwich“-Technik) erfolgt [56].

Grundsätzlich ist eine vom Wax-up abgeleitete diagnostische Schablone oder ein Silikonindex (Präp-Guide) für die Orientierung während der Präparation unverzichtbar, da hierdurch eine Ökonomisierung des Substanzabtrags in Anlehnung an die bereits definierte Außenkontur des späteren Veneers ermöglicht wird [30,40,46]. Bei ausgeprägten Verfärbungen sollte die Präparationstiefe geringfügig ausgedehnt werden, um dem Zahntechniker eine adäquate Maskierungsmöglichkeit zu bieten [14,17].

Silikatkeramische Veneers stellen eine vorhersagbare und erfolgreiche Restaurationsform dar. In einer kürzlich veröffentlichten retrospektiv angelegten Zehn-Jahres-Studie

wiesen sie eine klinische Überlebenswahrscheinlichkeit von 93,5 Prozent auf [5] (Abb. 2b). Die ersten klinischen Zwischenergebnisse einer prospektiv angelegten klinischen Studie zu Veneers im Long-Wrap-Design sind vielversprechend, allerdings ist die Datenlage wie auch zu Veneers im Full-Wrap-Design zurzeit noch unzureichend [28]. Als wesentliche Risikofaktoren für Veneers gelten Bruxismus, eine unzureichende Schmelzpräsenz sowie endodontisch behandelte Zähne [5,8,30,44].

Vollkeramische Okklusionsonlays

Auch im Seitenzahnbereich stellen adhäsiv befestigte vollkeramische Teilrestaurationen eine gesicherte Therapieform dar [26,58]. Auch wenn einerseits in der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) im Zeitraum zwischen 1997 und 2014 ein Rückgang an Karieserkrankungen bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) um 30 Prozent sowie eine Halbierung der Wurzelkaries im selben Zeitraum zu beobachten waren, scheint andererseits die Inzidenz nicht kariöser Defekte wie erosiver Läsionen

auch in generalisierter Ausprägung in den letzten Dekaden deutlich zuzunehmen [61,62]. Dies lässt zukünftig einen steigenden Bedarf an minimalinvasiven Einzelzahnrestaurationen erwarten [42].

Insbesondere junge Patienten mit ausgeprägten abrasiven und/oder erosiven Veränderungen an den Zähnen lassen angesichts der noch stark ausgedehnten Zahnpulpa den Wunsch nach einer dauerhaften, wenig invasiven Versorgung aufkommen. Als wesentliches Behandlungsziel ist die Ausschaltung abrasions- und erosionsfördernder Einflüsse zu nennen. Bei stark ausgeprägten und progredienten Zahnhartsubstanzverlusten können eine ästhetische und funktionelle Rehabilitation sowie die Rekonstruktion der Biomechanik betroffener Zähne notwendig werden. Die restaurativen Maßnahmen sollten einem weiteren pathologischen Verschleiß dauerhaft entgegenwirken. Die Anforderungen an diese minimalinvasiven Seitenzahnpräparationen unterscheiden sich erheblich von weit invasiveren klassischen Versorgungsformen. Neu eingeführte Schleifkörpergeometrien für Okklusionsonlays an Prämolaren ►►



Abb. 3a: Anlegen eines okklusalen Plateaus für ein Okklusionsonlay aus Lithium-Disilikat-Keramik. Die spezifische Geometrie des Schleifkörpers (Occlushaper 8370.314.035, Komet) formt eine anatoforme Höckerunterstützung für das spätere Onlay und schafft genügend Raum in der Zentralfissur zur Umsetzung eines Freiraums für den Immediate Sideshift (ISS) während der dynamischen Okklusion.



Abb. 3b: Anlegen einer zirkulären marginalen Hohlkehle für ein Okklusionsonlay aus Lithium-Disilikat-Keramik. Der nicht diamantierte Pin an der Spitze des Schleifkörpers (8849P.314.016, Komet) limitiert die marginale Eindringtiefe auf 0,5 mm unter Erhalt des Zahnschmelzes und verhindert damit ein Überpräparieren.



Abb. 3c: Anlegen eines approximalen Präparationsrands mit einem oszillierenden Instrument (Schallspitzen SFM6/SFD6, Komet). Wie in Abbildung 2a ist durch die einseitige Diamantierung des Instruments eine Traumatisierung des Nachbarzahns während der Präparation ausgeschlossen.



Abb. 3d: Ausgedehnte abrasiv/erosiv bedingte Defekte an den Oberkieferseitenzähnen haben bei einer 40-jährigen Patientin zu einer massiven Absenkung der Vertikaldimension der Okklusion (VDO) geführt.



Abb. 3e: Monolithische Okklusionsonlays aus IPS e.max Press (Eintrübungsgrad HT, Ivoclar Vivadent) mit einer okklusalen Schichtstärke von 1 mm und einem 0,5 mm starken zirkulären Rand (ZT Oliver Brix, Bad Homburg)



Abb. 3f: Ansicht nach adhäsiver Eingliederung der glaskeramischen Okklusionsonlays mit einem lichthärtenden, niedrigviskösen Befestigungsmaterial (Syntac, Total Etch, Variolink, Monobond Plus)



Abb. 4a: Gerüste für einflügelige Adhäsivbrücken aus Zirkoniumoxidkeramik (links) und einer Nichtedelmetall-Legierung (rechts) zum Ersatz lateraler Oberkieferschneidezähne



Abb. 4c: Situation einer 17-jährigen Patientin nach kieferorthopädischer Vorbehandlung. Es bestehen multiple Nichtanlagen unter anderem der lateralen Schneidezähne des Oberkiefers.



Abb. 4b: Applikation eines MDP-haltigen Primers (z.B. Monobond Plus, Ivoclar Vivadent, oder Ceramic Primer Plus, Kuraray) auf die mit Korund (50 µm Korngröße) bei einem Strahlendruck von 1 bar gestrahlte Oberfläche eines Flügels aus Zirkoniumoxidkeramik



Abb. 4d: Situation nach adhäsiver Eingliederung von additiven glaskeramischen Veneers an den zentralen Inzisivi und den Canini sowie zwei einflügeligen Adhäsivbrücken auf Basis von Zirkoniumoxid an den Palatinalflächen der zentralen Inzisivi zum Ersatz der nicht angelegten lateralen Inzisivi

► und Molaren können den Behandler bei der Umsetzung einer idealen Präparationsform unterstützen (z.B. Okklusionsonlay-Set 4665 oder 4665 ST, Komet) (Abb. 3a und b). Dazu zählen auch spezielle Schallspitzen (Schallspitze SFM6, Komet), die einerseits eine keramikgerechte Geometrie für die marginale Gestaltung der Präparationsgrenze enthalten und andererseits durch eine einseitige Diamantbelegung eine Traumatisierung der Nachbarzähne verhindern (Abb. 3c). Die Mehrzahl der aktuell verfügbaren klinischen Langzeituntersuchungen zu vollkeramischen Teilrestaurationen im Seitenzahnbereich bezieht sich auf leuzitverstärkte Glaskeramiken, während heute auch wesentlich festere Varianten auf der Basis von Lithium-(Di)Silikat-Keramik verfügbar sind [27,36,51]. Mit der Einführung von Lithium-Disilikat-Keramik wie IPS e.max Press oder CAD (Ivoclar Vivadent), die gegenüber klassischen Silikatkeramiken eine höhere Biegefestigkeit und Risszähigkeit aufweisen, haben sich die Richtlinien für die Abtragsraten glaskeramischer Onlays erheblich reduziert. Heute gelten okklusale Mindestschichtstärken von 1 mm für monolithische Restaurationen (Maltechnik) (Abb. 3d bis f). Eine weitere Reduzierung dieser Schichtstärke wird zurzeit bei entsprechender Unterstützung durch Zahnschmelz diskutiert [11,24,27,36].

Glaskeramische Okklusionsonlays erscheinen derzeit aufgrund zahnschmelzähnlicher Eigenschaften und optimalen Grenzflächenverhaltens sehr gut geeignet, stark abradierete und erodierte Seitenzähne zu rekonstruieren [37]. Sie sind besonders zahnhartsubstanzschonend, solange man es vermeidet, über den Äquator hinaus in die Infrawölbung des Zahns zu präparieren. Damit bieten sie die Möglichkeit, erheblich invasivere traditionelle prothetische Maßnahmen zu umgehen. Eine entscheidende Voraussetzung für den Langzeiterfolg ist eine vornehmlich zahnschmelzbezogene Präparation. Alle Übergänge sollten allerdings weich und abgerundet gestaltet werden, um Belastungsspitzen innerhalb der Restauration zu vermeiden [2]. Grundsätzlich macht es Sinn, zwischen reinen Onlays (rein okklusale Ausdehnung) und „Onlay-Veneers“ (Einbeziehung der vestibulären Fläche) zu unterscheiden. Letztere wären indiziert, wenn eine umfangreiche Farb- und Formänderung (Bukkalkorridor) in der ästhetischen Zone (Prämolarenbereich) erwünscht wäre [15]. Onlays aus leuzitverstärkter Glaskeramik zeigten in einer kontrollierten prospektiven klinischen Studie nach zwölf Jahren zufriedenstellende Langzeitergebnisse und können auch bei ausgedehnten Zahnhartsubstanzdefekten eingesetzt werden [26]. In einer weiteren klinischen Studie mit einer Beobachtungsdauer von 12,6

Jahren wurde an vitalen Zähnen eine Misserfolgsquote von 20,9 Prozent, an endodontisch behandelten Zähnen jedoch von 39 Prozent ermittelt [58].

Adhäsivbrücken im Frontzahnbereich

Die ersten Adhäsivbrücken wurden in den 1970er-Jahren beschrieben [47]. Sie können heute als Alternative zu einer Implantatversorgung für den Ersatz von Einzelzähnen eingesetzt werden, wenn Kontraindikationen für eine Implantation vorliegen, aufwendige chirurgische Verfahren umgangen werden sollen, ungünstige Platzverhältnisse für Implantate bestehen, das Patientenalter (Wachstumsphase) nicht adäquat oder ein Implantat einfach nicht erwünscht ist [50]. Adhäsivbrücken werden heute vornehmlich auf der Basis von Gerüsten mit einem hohen E-Modul wie einer Nichtelegierung oder Zirkoniumoxidkeramik hergestellt (Abb. 4a). Die empfohlenen Abtragsraten für Klebeflügel bewegen sich zwischen 0,5 und 0,7 mm [34]. Als weitere Voraussetzungen gelten vitale, überwiegend karies- und füllungsfreie Pfeilerzähne, ausreichende Platzverhältnisse zur Gegenbeziehung (ca. 0,8 mm) sowie die Präsenz von ausreichend Zahnschmelz [50]. In einer klinischen Langzeitbewertung (Literaturreview) wurden für zweiflügelige Adhäsivbrücken über einen Zeitraum von zehn Jahren signifikant schlechtere Überlebenswahrscheinlichkeiten ermittelt als für konventionelle Endfeilerbrücken [45]. Es ist zu beachten, dass Oberkieferfrontzähne hinsichtlich eines Vitalitätsverlusts der Pulpa als besonders gefährdet eingestuft werden, wenn sie als Brückenanker für klassische Brücken mit einer Vollkronenpräparation Verwendung finden [9]. Zudem hat sich der Einsatz retentiver Elemente bei Adhäsivbrücken als wesentlicher erfolgsrelevanter Faktor herausgestellt und sollte unbedingt unter Beachtung der jeweiligen Materialeigenschaften der Keramik oder des Metalls in der Präparation Berücksichtigung finden [1,34].

Durch die Einführung von einflügeligen Adhäsivbrücken auf Metallbasis in den 1980er-Jahren konnte die Invasivität nochmals reduziert und eine unphysiologische Verblockung der Pfeilerzähne vermieden werden [31]. In den 1990er-Jahren führte die Verfügbarkeit einer infiltrierten Aluminiumoxidkeramik zum ersten Einsatz zweiflügeliger vollkeramischer Adhäsivbrücken in einer klinischen Studie, in der sich im weiteren Verlauf das Konzept der einflügeligen Adhäsivbrücke auf Zirkoniumoxidbasis als vorteilhaft erwies [34,50]. Voraussetzung für einen zufriedenstellenden Langzeiterfolg ist die rigide Einhaltung des Protokolls für die adhäsive Befestigung, beispielsweise durch Abstrahlen der Innenfläche des Flügels mit reduziertem Strahlendruck (1 bar), kleine Strahlpartikel (Korund der Korngröße $\leq 50 \mu\text{m}$) und anschließendes Auftragen eines MDP-haltigen Primers oder MDP-haltigen Befestigungskomposits (Abb. 4b). Einflügelige Adhäsivbrücken auf Zirkoniumoxidbasis haben ein hohes ästhetisches Potenzial und können auch bei jüngeren Patienten eingesetzt werden (Abb. 4c und d). In einer klinischen Langzeitstudie mit 42 einflügeligen Adhäsivbrücken auf Zirkoniumoxidbasis waren nach sechs Jahren noch alle Brücken in situ [35]. Als relative Misserfolge wurden zwei Retentionsverluste und eine Sekundärkaries festgestellt, die zum einen durch adhäsive Wiederbefestigung und zum anderen durch eine Kompositfüllung behoben werden konnten.

In ausgewählten Fällen, wie im Unterkieferfrontzahnbereich, können einflügelige Adhäsivbrücken auch auf Basis von Lithium-Disilikat-Keramik angefertigt werden [49].

Restorationen aus CAD/CAM-Polymeren

CAD/CAM-Polymere verfügen aufgrund der optimalen standardisierten Polymerisationsbedingungen über eine hohe Homogenität, die zahlreiche Vorteile mit sich bringt. Dazu zählen eine höhere Langzeitstabilität, eine bessere ►



Abb. 5a: Non-invasive Restaurationen aus hochgefülltem CAD/CAM-Polymer für einen 22-jährigen Patienten mit extrem fortgeschrittenen generalisierten erosiven Defekten. Als Mindestschichtstärke wurden 0,3 mm definiert.



Abb. 5b: Einprobe der non-invasiven Restaurationen mit Try-in-Paste im Oberkieferfrontzahnbereich. Durch den rein additiven Charakter der Veneers aus CAD/CAM-Polymer kann ein Höchstmaß an Zahnhartsubstanz erhalten bleiben.



Abb. 5c: Okklusionsonlays bei der Einprobe mit Try-in-Paste im Unterkieferseitenzahnbereich. Auch hier wurden keinerlei Präparationen an der bereits schwer erodierten Zahnhartsubstanz durchgeführt.

►► Biokompatibilität, ein besseres Verschleißverhalten gegenüber manuell hergestellten Polymeren sowie eine gegenüber keramischen Restaurationsmaterialien günstigere CAD/CAM-Verarbeitbarkeit bei geringen Schichtstärken infolge einer höheren Kantenstabilität [33,51,55]. Grundsätzlich können PMMA-basierte, meist ungefüllte Materialien für die langzeitprovisorische Versorgung (z.B. Telio CAD, Ivoclar Vivadent, oder Vita CAD-Temp, Vita Zahnfabrik) von solchen mit einem hohen anorganischen Anteil für die definitive Restauration (z.B. Lava Ultimate – nur Teilrestaurationen –, 3M, oder Vita Enamic, Vita Zahnfabrik) unterschieden werden. Für die dauerhafte adhäsive Befestigung werden mit Ausnahme von Vita Enamic (ätzbar mit Fluorwasserstoffsäure) ein vorsichtiges Strahlen der Innenfläche der Restauration (Rocatec Soft, 3M, 33 µm Korngröße oder Korund (Al₂O₃) 50 µm Korngröße bei 1 bar Strahlendruck) und das nachfolgende Auftragen eines Haftvermittlers empfohlen [4].

Für die intraorale adhäsive Befestigung der CAD/CAM-Polymere an bereits bestehende Restaurationen bieten sich Verfahren zur intraoralen Silikatisierung (z.B. CoJet, 3M) an. Um während des intraoralen Silikatisierungsprozesses nur exakt die Klebeflächen zu silikatisieren, empfiehlt sich der Einsatz einer Tiefziehfolie, die selektiv im Bereich der Oberflächenkonditionierung perforiert wird [20]. Durch die Verwendung eines Spezialstrahlguts (Rocatec Soft) werden die Oberflächen der bestehenden Restaurationen in einem Arbeitsschritt gereinigt, angeraut, aktiviert und silikatisiert. Mittlerweile wird in klinischen Studien auch die Eignung dieser Materialien als permanente Versorgungsformen untersucht [13,29]. Hierbei wird unter anderem ein besonderes Augenmerk auf die Abrasionsfestigkeit und das Verhalten im direkten Kontakt zum natürlichen Antagonisten zu richten sein. Durch den Einsatz der CAD/CAM-Polymere ergeben sich zunehmend neue interessante Therapieoptionen und Indikationsbereiche [53]. So könnten sich weniger invasive Restaurationsformen unter anderem in der Versorgung parodontal vorgeschädigter Dentitionen entwickeln, da Polymere über ein niedrigeres E-Modul verfügen und damit bei sehr grazilen Geometrien weniger fraktur anfällig sind als keramische Werkstoffe. Weitere Vorteile ergeben sich aus den besseren CAD/CAM-Verarbeitungseigenschaften gegenüber Keramiken im Hinblick auf die Kantenstabilität, die in bestimmten Indikationen ein rein additives restauratives Vorgehen erlauben und eine Präparation überflüssig machen (Abb. 5a bis c) [16].

→ Vita

PROF. DR. DANIEL EDELHOFF

- 1999-2001 DFG-Forschungsaufenthalt am Dental Clinical Research Center der Oregon Health and Sciences University in Portland, Oregon, USA.
- 2002 Oberarzt an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums der RWTH Aachen. Die Habilitation (Venia Legendi) erfolgte 2003.
- 2006 Ruf auf die W2-Professur für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Von 2006 bis 2009 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Implantologie.
- 2009 Associate Member der American Academy of Esthetic Dentistry (AAED).
- 2010 Auszeichnung „Bester Vortrag“ auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie.
- 2011, 2012 und 2013 Lehrpreis „Bester Dozent“ verliehen durch die Bayerische Landes Zahnärztekammer.
- 2012 Member des International College of Dentists (ICD).
- Wissenschaftliche Leitung des 8. Weltkongresses der International Federation of Esthetic Dentistry (IFED) 2013 in München.
- Seit 2014 Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Active Member der European Academy of Esthetic Dentistry (EAED) und Associate Editor der internationalen multidisziplinären wissenschaftlichen Fachzeitschrift Clinical Oral Investigations.
- Seit 2016 Präsident der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie (ADT).



Foto: LMU München

Diskussion

Die gesicherte adhäsive Anbindung an den Zahnschmelz und an silikatkeramische Restaurationsmaterialien hat bereits vor Jahrzehnten die Präparationsgestaltung erheblich zugunsten der Schonung gesunder Zahnhartsubstanz beeinflusst [18,19]. Diese Restaurationen werden vor allem wegen der geringen Devitalisierungsgefahr für die Pulpa, des schonenden Umgangs mit der Zahnhartsubstanz und des hohen ästhetischen Potenzials als vorteilhaft angesehen. Bei aller Euphorie gegenüber den dargestellten Möglichkeiten ist zu beachten, dass bei den beschriebenen Methoden eine hohe Behandlerabhängigkeit im Hinblick auf die Präparation (vornehmlich im Zahnschmelz), die adhäsive Eingliederung sowie die abschließenden Maßnahmen zur Feinadjustierung der statischen und dynamischen Okklusion besteht [6,8,25,57]. Die Einhaltung definierter Richtlinien in den verschiedenen klinischen und technischen Behandlungsphasen gilt als Schlüsselfaktor für den klinischen Langzeiterfolg [12].

Während zu minimalinvasiven Versorgungsformen mit keramischen Werkstoffen eine hohe Anzahl klinischer Langzeitstudien verfügbar ist [5,6,35,44,58], fehlen zurzeit ausreichend valide klinische Daten zum Langzeitverhalten für minimalinvasive definitive Versorgungsformen aus CAD/

CAM-Polymeren [21,59]. Das Autorenteam konnte bislang sehr gute Erfahrungen mit langzeitprovisorischen Einzelzahnversorgungen mit CAD/CAM-Polymeren auf PMMA-Basis sammeln [16,32]. Eine prospektiv angelegte kontrollierte klinische Studie mit hochgefüllten CAD/CAM-Polymeren als definitives Restaurationsmaterial bei Patienten mit generalisierten Zahnhartsubstanzverlusten wurde vor mehr als drei Jahren in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der LMU München begonnen [Projekt-Nr. 541-12]. Die mittlerweile mehr als zehn Patienten zeigten sich von dem vornehmlich additiv ausgerichteten Versorgungskonzept ausnahmslos begeistert, da in der Mehrzahl dieser komplexen Fälle entweder keine oder eine nur geringfügige Präparation erforderlich war. Allerdings lässt der kurze Beobachtungszeitraum zurzeit noch keine abschließende wissenschaftliche Bewertung zu.

Schlussfolgerung

Dem prothetisch tätigen Zahnarzt werden heute zahlreiche Alternativen zu klassischen, meist sehr viel invasiveren Therapiemitteln an die Hand gegeben. Zu zahlreichen weniger invasiven Versorgungsmöglichkeiten gibt es mittlerweile valide Langzeitdaten. So gelten sie bezogen auf die Werkstoffklasse Keramik in vielen Indikationen als wissenschaftlich gesichert. Für CAD/CAM-Polymere als definitive Versorgungsform müssen diese Langzeitergebnisse noch abgewartet werden. Generell gelten die beschriebenen Methoden als techniksensitiv und verlangen daher fundierte Vorkenntnisse vonseiten des Behandlers und des Zahntechnikers. Auch kann der vorliegende Beitrag nur einen kleinen Teil des Gesamtspektrums der zur Verfügung stehenden minimalinvasiven Therapiemöglichkeiten darstellen. ■

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Daniel Edelhoff
 Klinikdirektor Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
 Klinikum der Universität München
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Goethestraße 70, 80336 München
 E-Mail: daniel.edelhoff@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. Daniel Edelhoff
 Josef Schweiger
 Otto Prandtner
 Priv.-Doz. Dr. Jan-Frederik Güth, München und
 Priv.-Doz. Dr. Michael Stimmelmayer, Cham

Literatur bei den Verfassern

Quelle: Bayerisches Zahnärzteblatt (BZB) Nr. 09/2017

fit 4 Praxis

Kooperationsveranstaltung von



Kassenzahnärztliche Vereinigung
 Niedersachsen



► Nobody is perfect – but me?!

Personalführung für Anfänger und Fortgeschrittene

Themenschwerpunkte:

- Kommunikation
- Mitarbeiterführung
- Mitarbeiterbindung
- Teamentwicklung
- Praxiserfolg steigern



► Termin > Sa | 16.06.2018 | 10:00–14:00 Uhr
KZV Niedersachsen

Zeißstraße 11 | 30519 Hannover

Referentin > Verena Billerbeck | Kock + Voeste,
 Existenzsicherung für die
 Heilberufe GmbH

BZÄK-Punkte > 5

Teilnahmegebühr > 25,00 Euro | pro Person

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



Das Datenschutzkonzept in der Zahnarztpraxis – Welche Grundregeln sind zu beachten?

Mit der Einführung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) am 25.05.2018 gelten neue Anforderungen für den Nachweis, dass ausreichende Maßnahmen zur Sicherstellung des rechtskonformen Datenschutzes in der Zahnarztpraxis ergriffen wurden. Verantwortlichen Zahnärzten ist deswegen dringend anzuraten ein, den individuellen Bedürfnissen ihrer Praxis angepasstes, Datenschutzkonzept zu implementieren, um den vom Gesetzgeber auferlegten Rechenschafts- und Dokumentationspflichten ausreichend nachzukommen. Die meisten Praxisinhaber stehen bei der Umsetzung notwendiger Datenschutzmaßnahmen vor dem Problem, dass der Gesetzgeber nur in wenigen Fällen konkrete Inhaltsvorgaben zur Verfügung stellt. Deswegen beantworten wir im zweiten Teil unserer Fachartikel-Serie zum Thema Datenschutz in der Zahnarztpraxis die Fragen zum Datenschutzkonzept: Benötige ich tatsächlich ein Datenschutzkonzept in meiner Zahnarztpraxis? Welche Grundsätze sollten bei der Umsetzung einer Datenschutzorganisation berücksichtigt werden und welche Pflichten haben die Verantwortlichen nach erfolgreicher Einführung eines Datenschutzkonzeptes zu erfüllen?

Grundlagen zum Datenschutzkonzept in der Zahnarztpraxis

Jede Zahnarztpraxis benötigt – unabhängig von der Mitarbeiterzahl oder Größe der Praxis – für eine rechtskonforme Verarbeitung personenbezogener Daten eine Organisation und dadurch ein sogenanntes Datenschutzkonzept. Mit der Einführung eines Datenschutzkonzeptes kann nicht nur der Schutz genutzter Patienten-/Mitarbeiterdaten sichergestellt, sondern auch die zukünftig bestehende Rechenschaftspflicht gegenüber der Aufsichtsbehörde erfüllt werden.

Unter der Rechenschaftspflicht im Sinne der DSGVO ist zu verstehen, dass Praxisinhaber alle Maßnahmen, die zum Schutz der verwendeten personenbezogenen Daten ausgewählt, umgesetzt, dokumentiert und auf Wirksamkeit überprüft wurden, jederzeit umfassend und schnell gegenüber der Aufsichtsbehörde darlegen können müssen.



*Dr. jur. Matthias Müller,
Nürnberg*

Dies bedeutet eine Art Umkehr der Beweislast, sprich die Behörde muss dem Praxisinhaber nicht mehr den konkreten Datenschutzverstoß nachweisen, sondern der Verantwortliche muss die Rechtskonformität seiner Praxisabläufe nachvollziehbar darlegen können. Dieser Pflicht können Zahnärzte nur nachkommen, wenn eine entsprechende Organisation vorhanden ist, die sich an den individuellen Gegebenheiten der jeweiligen Praxis orientiert.

Checkliste für die Einführung eines Datenschutzkonzeptes

Sinnvoll ist zunächst die eindeutige Festlegung der Verantwortlichen für die Bearbeitung des Datenschutzkonzeptes. Praxisinhaber können diese Aufgaben entweder selbst übernehmen oder an qualifizierte Mitarbeiter bzw. externe Fachkräfte delegieren. Am effizientesten ist erfahrungsgemäß der Einsatz von langjährigen Mitarbeitern, die interne Arbeitsabläufe kennen in Kombination mit einem externen Datenschutzespezialisten.

Sodann sind alle Arbeitsabläufe und Systeme zu identifizieren, bei denen personenbezogene Daten von Patienten oder Mitarbeiter (z.B. Name, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten, etc.) erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Dieser Arbeitsschritt hilft nicht nur bei der rechtlichen Überprüfung datenschutzrelevanter Verarbeitungs-



DSGVO
25.05.2018

© i-photosdesign Fotolia.com

prozesse, sondern legt auch den Grundstein für das gem. Art. 30 DSGVO geforderte „Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten“. Dieses Verzeichnis ähnelt der bereits aus dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bekannten Verfahrensübersicht (§§ 4d, e BDSG). In diesem Verzeichnis sind alle wesentlichen Angaben zur Datenverarbeitung der Zahnarztpraxis aufzuführen. Sollte bereits eine strukturierte Verfahrensübersicht vorliegen, dürfte eine Anpassung an die neuen Vorgaben des Art. 30 DSGVO kein größeres Problem darstellen. Soweit in Ihrer Praxis allerdings noch keine solche Übersicht vorhanden ist, wird dringend geraten ein solches Verzeichnis zu erstellen bzw. erstellen zu lassen. Dies alleine schon deswegen, weil bereits bei Fehlen eines „Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten“ zukünftig Bußgelder (theoretisch in Höhe von bis zu 10 Mio. Euro) drohen. (Tipp: Mehr zum Thema: „Das Verzeichnis der Verarbeitungsübersichten“ lesen Sie in der Mai-Ausgabe des NZB). Auf der Grundlage dieses Verzeichnisses kann eine „Datenschutz-Anamnese“ durchgeführt werden. Die Hauptaufgabe bei der Erstellung eines Datenschutzkonzeptes besteht darin, aus den festgestellten Datenverarbeitungsvorgängen und der in der Zahnarztpraxis evtl. bereits vorhandenen Datenschutzregelungen für die daraus abgeleiteten Datenschutz-Defizite entsprechende technisch und organisatorische Maßnahmen (sog. „TOMs“) zu entwickeln. Dabei sollten auch der zeitliche Umsetzungsrahmen und die Festlegung von Verantwortlichen geregelt werden. Zudem sollte eine Überprüfung der Verschwiegenheitsverpflichtung eigener Mitarbeiter erfolgen und die Verträge

externer Dienstleister einer datenschutzrechtlichen Kontrolle unterzogen werden. Letztlich sollten Sie Ihre Mitarbeiter frühzeitig für das Thema Datenschutz sensibilisieren und nachhaltig schulen, weil das beste Datenschutzkonzept nutzlos ist, wenn es nicht in der Praxis gelebt wird.

Vertrauen ist gut – Kontrolle ist besser

Ein Datenschutzkonzept endet nicht mit der erfolgreichen Umsetzung der fehlenden TOMs, sondern muss als stetiger Entwicklungsprozess gesehen werden. Dabei kann sich an dem aus dem Qualitätsmanagement bekannten PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act) orientiert werden. Dieser beschreibt das stetige Kreislaufverhalten, um ein immer höheres Qualitätsniveau für den Schutz personenbezogener Daten zu erreichen.

Fazit

Die rechtskonforme Verarbeitung personenbezogener Daten kann nur durch Einführung eines auf die Bedürfnisse der jeweiligen Zahnarztpraxis zugeschnittenen Datenschutzkonzeptes erfolgen.

Die Entwicklung eines solchen Konzeptes ist somit der Grundstein des Datenschutzes in Ihrer Zahnarztpraxis. Umso wichtiger ist es, dass diese Aufgabe mit der erforderlichen Gewissenhaftigkeit und Fachkompetenz erfüllt wird. Verantwortlichen Praxisinhabern wird dringend geraten, sich frühzeitig mit der Einführung eines Datenschutzkonzeptes auseinanderzusetzen und nicht erst damit zu beginnen, wenn die Aufsichtsbehörde sich bereits angekündigt hat oder womöglich schon ein Datenschutzverstoß vorliegt. ■

_____ Dr. jur. Matthias Müller, Nürnberg

**In der nächsten Ausgabe (Mai) des NZB lesen Sie:
„Einsatz von (externen) Dienstleistern in der Zahnarztpraxis – Welche Risiken gibt es bei der Auftragsdatenverarbeitung?“**

Datenschutz in der Zahnarztpraxis

Referent: Dr. Matthias Müller, Nürnberg

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

Gebühr: € 121,-

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

SONDERSEMINAR
aus aktuellem Anlass



<https://zkn.de/praxis-team/datenschutz0.html>

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



Foto: © detailblick-foto/Fotolia.com

Nach dem Mutterschutz folgt die Elternzeit – Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern

In der Januar-Ausgabe des NZB wurden auf den Seiten 30ff die rechtlichen Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes unter dem Titel „Das neue Mutterschutzgesetz ... oder was tun bei einer Schwangerschaft des Praxispersonals?“ vorgestellt und diskutiert. An den Mutterschutz (Punkt 1-16) schließt sich die Elternzeit (17-17.6) an.

17. Elternzeit

Für Kinder, die nach dem 01.01.2001 geboren wurden, können die Eltern Elternzeit beanspruchen. Während der Elternzeit ruht das eigentliche Arbeitsverhältnis, es besteht also weder eine Arbeits- noch eine Vergütungspflicht. Nach Beendigung der Elternzeit besteht ein Anspruch auf Wiederaufnahme des ruhenden Arbeitsverhältnisses. Einen Anspruch nach der Elternzeit, den alten Arbeitsplatz wieder zu erhalten, gibt es grundsätzlich nicht, vielmehr kann der Arbeitgeber die Rückkehrerin auf einem gleichwertigen Arbeitsplatz einsetzen. Etwas Anderes gilt nur, wenn im Arbeitsvertrag ein ganz bestimmter Arbeitsplatz vereinbart wurde.

Die nachfolgenden Ausführungen gelten für ab dem 01.07.2015 geborene Kinder.

Die gesetzliche Grundlage für die Elternzeit bildet das Bundeselterngeld und Elternzeitgesetz (BEEG).

17.1 Dauer, Antragsfristen und Form

Die Elternzeit kann auf bis zu drei Abschnitte verteilt werden. Der Anspruch auf Elternzeit besteht grundsätzlich bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes. Allerdings müssen diese drei Jahre nicht hintereinander und nicht komplett beansprucht werden. Ein Anteil von bis zu 24 Monaten kann zwischen dem dritten Geburtstag und dem vollendeten achten Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden (§ 15 (2) BEEG). Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist hierfür nicht erforderlich.

Grundsätzlich muss die Elternzeit spätestens 7 Wochen vor Inanspruchnahme (Antritt der Elternzeit) schriftlich beim Arbeitgeber beantragt werden. Etwas Anderes gilt jedoch, wenn die Elternzeit zwischen dem dritten Geburtstag und der Vollendung des achten Lebensjahres genommen werden soll. In diesem Fall muss der schriftliche Antrag spätestens 13 Wochen vor dem Beginn der Elternzeit dem Arbeitgeber vorliegen (§ 16 (1) BEEG).

Schriftlich bedeutet, dass der Antrag auch unterschrieben werden muss. Ein Antrag per Email oder Fax genügt den gesetzlichen Anforderungen nicht und löst auch keinen Kündigungsschutz aus (BAG, 10.05.2016, 9 AZR 145/15 und 149/15).

Bei Beantragung der Elternzeit muss verbindlich geklärt werden, für welche Zeit innerhalb von zwei Jahren Elternzeit genommen werden soll.

Elternzeit kann grundsätzlich von beiden Elternteilen gleichzeitig beansprucht werden, ohne dass sich dadurch die Gesamtdauer der Elternzeit verkürzt.

172 Elternzeit und Urlaubsanspruch

Der Arbeitgeber kann den Erholungsurlaub, der dem Arbeitnehmer oder der Arbeitnehmerin für das Urlaubsjahr zusteht, für jeden vollen Kalendermonat der Elternzeit um ein Zwölftel kürzen (§ 17 (1) S.1 BEEG). Diese Kürzung tritt jedoch nicht automatisch ein. Gemäß der Rechtsprechung (BAG, 19.05.2015, 9 AZR 725/13) muss sie vielmehr vor der Beendigung des Arbeitsverhältnisses erklärt werden. Es ist ratsam, diese Erklärung mit der schriftlichen Bestätigung der Elternzeit zu verknüpfen. Gemäß § 16 (1) S. 8 und 9 BEEG ist der Arbeitgeber verpflichtet, eine solche Bescheinigung auszustellen. Nachstehend ein Formulierungsvorschlag für eine solche Erklärung:

„Sehr geehrte Frau Mustermann,

hiermit bestätigen wir die von Ihnen beantragte Elternzeit für den Zeitraum vom TT.MM.JJJJ bis zum TT.MM.JJJJ für Ihr Kind ...

In diesem Zusammenhang teilen wir Ihnen mit, dass wir von der Möglichkeit des § 17 Abs. 1 Satz 1 BEEG Gebrauch machen. Ihr jährlicher Urlaubsanspruch verkürzt sich daher für jeden vollen Kalendermonat der Elternzeit um ein Zwölftel.

Mit freundlichen Grüßen“

Die Möglichkeit zur Kürzung besteht jedoch nicht, wenn während der Elternzeit Teilzeitarbeit beim Arbeitgeber geleistet wird (§ 17 (1) Satz 2 BEEG).

Konnte vor der Elternzeit der Erholungsurlaub nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen werden, so besteht gem. § 17 (2) BEEG ein Übertragungsanspruch des Urlaubes bzw. des Resturlaubes auf die Zeit nach Beendigung der Elternzeit. Der Urlaub kann dann im laufenden oder nächsten Urlaubsjahr genommen werden. Kehrt die Mitarbeiterin (oder der Mitarbeiter) z.B. infolge eigener Kündigung nicht mehr aus der Elternzeit an den Arbeitsplatz zurück, ist der nicht gewährte Urlaub abzugelten (§ 17 (3) BEEG).

173 Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit

Während der Elternzeit ist eine Teilzeitbeschäftigung von bis zu 30 Stunden pro Woche möglich (§ 15 (4) BEEG). Diese kann beim bisherigen oder einem anderen Arbeit-



Ass. Jur. Sabrina Pfützle,
Abteilung Aus- und
Fortbildung der ZKN



Michael Behring, LL.M.,
Geschäftsführer der ZKN

Fotos: Privat, ZKN

geber erfolgen. Eine Teilzeittätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber bedarf der Zustimmung des Arbeitgebers. Dieser kann seine Zustimmung gemäß § 15 (4) S. 4 BEEG nur innerhalb von 4 Wochen aus dringenden betrieblichen Gründen verweigern. Die Ablehnung bedarf der Schriftform. Grundsätzlich sollen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer einvernehmlich über die Teilzeittätigkeit während der Elternzeit einigen. Ein (Rechts-)Anspruch auf Teilzeittätigkeit während der Elternzeit besteht nur in den Grenzen des § 15 (6) und (7) BEEG. Hierfür ist es u.a. erforderlich, dass in der Regel mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt werden und keine dringenden betrieblichen Gründe dem Teilzeitwunsch entgegenstehen. Eine Geltendmachung eines Anspruches auf Teilzeittätigkeit während der Elternzeit muss dem Arbeitgeber mindestens sieben Wochen vorher schriftlich mitgeteilt werden (§ 15 (7) Nr. 5 BEEG).

Wurde die Arbeitszeit für die Dauer der Elternzeit reduziert, besteht nach Beendigung der Elternzeit ein Anspruch der Mitarbeiterin auf Rückkehr zur früheren Arbeitszeit.

174 Teilzeitananspruch nach der Elternzeit

Nach Ablauf der Elternzeit lebt das bisherige Arbeitsverhältnis wieder auf. Hat z.B. die Mitarbeiterin vor der Elternzeit in Vollzeit gearbeitet, kann sie nur die Rückkehr in ein Vollzeitverhältnis verlangen. Möchte oder kann sie nach der Elternzeit „nur“ noch in Teilzeit arbeiten, benötigt sie hierfür in Kleinbetrieben das Einverständnis des Arbeitgebers. Einen Rechtsanspruch auf ein Teilzeitarbeitsverhältnis besteht nur in Unternehmen, die mehr als 15 Arbeitnehmer beschäftigen (§ 8 (7) TzBfG).

175 Geburt eines weiteren Kindes während der Elternzeit

Wird während der Elternzeit ein weiteres Kind geboren, beendet dies nicht automatisch die Elternzeit. ►►

► Die betreffende Arbeitnehmerin (oder der betreffende Arbeitnehmer) kann jedoch in diesen Fällen einen Antrag auf vorzeitige Beendigung der Elternzeit stellen. Grundsätzlich ist dieser Antrag zu bewilligen, der Arbeitgeber kann ihn nur aus dringenden betrieblichen Gründen innerhalb von vier Wochen nach Eingang schriftlich ablehnen (§ 16 Abs. 3 Satz 2 BEEG). Wird nicht frist- und formgerecht abgelehnt, tritt die Beendigung der Elternzeit ein. Bei seiner Entscheidung über die Zustimmung zur vorzeitigen Beendigung der Elternzeit ist der Arbeitgeber an billiges Ermessen gemäß § 315 BGB gebunden. Nur wenn er darlegt, dass objektiv nachvollziehbare dringende betriebliche Gründe gegen die vorzeitige Beendigung sprechen, darf er seine Zustimmung verweigern (BAG, 21.04.2009, 9 AZR 391/08).

Auch ohne die Zustimmung des Arbeitgebers kann die Elternzeit vorzeitig beendet werden, wenn die in Elternzeit befindliche Schwangere die Schutzfrist gemäß § 3 (2) bzw. § 6 (1) MuSchG in Anspruch nehmen will (§ 16 (3) BEEG). Diese vorzeitige Beendigung muss rechtzeitig vorher durch die Schwangere mitgeteilt werden.

Der durch die vorzeitige Beendigung nicht genutzte Anteil der Elternzeit kann im Umfange von maximal 24 Monaten

zu einem späteren Zeitpunkt (maximal bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes) beansprucht werden. Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist nicht erforderlich.

17.6 Kündigungsschutz

Für Personen in der Elternzeit besteht ein besonderer Kündigungsschutz gemäß § 18 BEEG. Er beginnt mit Beantragung der Elternzeit, frühestens jedoch 8 Wochen vor Beginn der Elternzeit bei einer Elternzeit bis zum vollendeten dritten Lebensjahr des Kindes bzw. 14 Wochen bei einer Elternzeit zwischen dem dritten Geburtstag und dem vollendeten achten Lebensjahr des Kindes. Auch während der Elternzeit besteht ein Kündigungsverbot. Nur im Ausnahmefall (z.B. Praxisauflösung) kann nach vorheriger Genehmigung durch die für Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde eine Kündigung erfolgen. ■

Michael Behring, LL.M.

Geschäftsführer der Zahnärztekammer Niedersachsen

Ass. Jur. Sabrina Pfütze

Mitarbeiterin der ZKN-Abteilung Aus- und Fortbildung

PRAXISBEGEHUNGEN – AUFRUF ZUR MITHILFE:

Das ZKN-Vorstandsreferat „Zahnärztliche Praxisführung“ braucht Ihre Hilfe!

Im Zusammenhang mit den in den letzten Monaten stark zugenommenen Praxisbegehungen durch die staatlichen Gewerbe- und Gesundheitsämter wird aus den niedersächsischen Praxen auf verschiedenen Kanälen vermehrt von Unterschieden in der Aus- und Durchführung der Begehungen berichtet. Es soll sich dabei um Unterschiede sowohl zwischen gleichen Ämtern aber in unterschiedlichen Zuständigkeitsregionen unseres Flächenlandes Niedersachsen, als aber auch innerhalb der jeweiligen Hoheitsgebiete einzelner Behörden durch unterschiedliches Vorgehen verschiedener Behördenmitarbeiter/innen handeln. Das Team des ZKN-Vorstandsreferats „Zahnärztliche Praxisführung“ möchte hier gerne den Praxen bei eventuellen Schwierigkeiten helfen!

Aber um Ihnen und Ihren Praxen effektiv, rechtswirksam und damit wirklich helfen zu können, sind wir auf die Hilfe unserer Mitgliedspraxen angewiesen!

Bitte helfen Sie uns und schicken Sie uns Ihren Schriftwechsel mit den Behörden und insbesondere Ihre Begehungsprotokolle zu!

Für Aufklärungs- und Schulungszwecke, aber auch für Gespräche mit den Behörden sind wir ebenso an Bildmaterial und Gesprächsnotizen im Zusammenhang mit Begehungen aus Ihren Praxen interessiert.

Bitte senden Sie uns Ihre Unterlagen auf folgenden, alternativen Wegen ein:

- Als PDF-Dateien per E-Mail (max. 15 MB an Dateianhängen pro Einzel-E-Mail) unter: praxiservice@zkn.de
- Auf dem Postweg:
Zahnärztekammer Niedersachsen
Zahnärztliche Praxisführung
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

Entweder anonymisieren Sie Ihre Unterlagen selbst (Ihre Adressdaten schwärzen) oder Sie überlassen uns das, was wir Ihnen jetzt schon hiermit verlässlich zusichern!

Bei Fragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Christine Lange-Schönhoff (Telefon 0511 83391-123 oder E-Mail praxiservice@zkn.de). ■

Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung

Einreichungs- und Zahlungstermine

2018

April / Mai / Juni / Juli

APRIL	MAI	JUNI	JULI
01 SO Oster-sonntag	01 DI Tag der Arbeit	01 FR	01 SO
02 MO Oster-montag	02 MI	02 SA	02 MO
03 DI	03 DO	03 SO	03 DI
04 MI	04 FR	04 MO	04 MI
05 DO	05 SA	05 DI	05 DO
06 FR	06 SO	06 MI	06 FR
07 SA	07 MO	07 DO	07 SA
08 SO	08 DI	08 FR	08 SO
09 MO	09 MI	09 SA	09 MO
10 DI	10 DO Christi Himmelfahrt	10 SO	10 DI
11 MI	11 FR	11 MO	11 MI
12 DO	12 SA	12 DI	12 DO
13 FR	13 SO	13 MI	13 FR
14 SA	14 MO	14 DO	14 SA
15 SO	15 DI	15 FR	15 SO
16 MO	16 MI	16 SA	16 MO
17 DI	17 DO	17 SO	17 DI
18 MI	18 FR	18 MO	18 MI
19 DO	19 SA	19 DI	19 DO
20 FR	20 SO Pfingstsonntag	20 MI	20 FR
21 SA	21 MO Pfingstmontag	21 DO	21 SA
22 SO	22 DI	22 FR	22 SO
23 MO	23 MI	23 SA	23 MO
24 DI	24 DO	24 SO	24 DI
25 MI	25 FR	25 MO	25 MI
26 DO	26 SA	26 DI	26 DO
27 FR	27 SO	27 MI	27 FR
28 SA	28 MO	28 DO	28 SA
29 SO	29 DI	29 FR	29 SO
30 MO	30 MI	30 SA	30 MO
	31 DO		31 DI

ZQMS – immer up to date – DSGVO Ende März integriert

PARTNERKAMMERN TRAFEN SICH ZUM TURNUSMÄSSIGEN AUSTAUSCH

Ende Februar trafen sich turnusmäßig die Partnerkammern des Zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystems (ZQMS) in den Räumen der Landes Zahnärztekammer Hessen. Für die Zahnärztekammer Niedersachsen nahmen an dem Treffen Dr. Jürgen Reinstrom, Nordenham, und Dr. Stefan Liepe, Hannover, teil.

Nach der Zahnärztekammer Nordrhein, die bereits seit Oktober 2017 Mitglied der Partnerkammern ist, erweiterte sich der Kreis der am ZQMS teilnehmenden Kammern im neuen Jahr um zwei weitere Kammern. Mit Berlin und Schleswig-Holstein wird ZQMS nun in 11 Bundesländern von den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten verwendet sowie von den zahnärztlichen Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr, in denen ZQMS ebenfalls zur Anwendung kommt. Die Erweiterung um drei Kammern macht erneut deutlich, wie erfolgreich und nutzbringend für die Kollegenschaft eine kammerübergreifende Zusammenarbeit sein kann.

Neben der Begrüßung der neuen Mitglieder wurden beim diesjährigen Partnerkammertreffen die anstehenden Aktualisierungen und Weiterentwicklungen für das ZQMS vorgestellt. Im thematischen Fokus stand dieses Jahr die Integration der im Mai in Kraft tretenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), deren Einarbeitung ins ZQMS bis Ende März bereits abgeschlossen sein wird. Damit sind die Zahnarztpraxen wie gewohnt auch für dieses Thema gut vorbereitet und die neuen und alten Anforderungen können effizient und effektiv mit Hilfe von Checklisten und Formularvorlagen von den Zahnarztpraxen erfüllt werden. ZQMS ist das Qualitätsmanagementsystem von Zahnärzten für Zahnärzte – nähere Informationen sowie eine Einladung zu einem Anwendertreffen am 12. September in Hannover unter:

<https://zkn.de/praxis-team/praxisfuehrung/zqms.html> ■

____ Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung



Die Repräsentanten der ZQMS-Partnerkammern

Seit Ende März neues Update mit Integration der neuen datenschutzrechtlichen Anforderungen nach DSGVO

Anwendertreffen Mittwoch, 12.09.2018

Infos unter <https://zkn.de/praxis-team/praxisfuehrung/zqms.html>



Foto: © momius/Fotolia.com

Qualitätsmanagement ZQMS & ZQMS ECO

Zwei starke Partner für Ihre Praxis
Schon registriert? www.zqms-eco.de

ZQMS



ZQMS ist ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes Qualitätsmanagementsystem

ZQMS ECO



ZQMS ECO ist ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes Praxisführungsinstrument



<https://zkn.de/praxis-team/praxisfuehrung/zqms.html>

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



Foto: Altenpflege Messe

AltenPflegeMesse 2018 in Hannover

Die große Fachmesse der internationalen Pflegewirtschaft findet alle zwei Jahre in Hannover statt und bietet einem interessierten Publikum breit aufgestellt Produkte und Dienstleistungen für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege an. Die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) war ebenfalls vertreten, um – wie in den Jahren zuvor – mit Wissen und Fachkenntnissen die Fragen der Besucher zu beantworten. Vom 06. bis 08. März trafen 550 Aussteller auf ca. 26.000 Fachbesucher; es herrschte an allen drei Tagen reger Publikumsverkehr in den vier Messehallen. In diesen Tagen beantwortete das Team der ZKN Fragen zur Alterszahnmedizin, aufsuchenden Betreuung und Problemen rund um Zahnpflege bei Pflegebedürftigen; das Interesse war – wie bei den vorherigen Messen – ungebrochen hoch. Dabei reichte der Fragenkomplex von Zahnputztechniken über Zahnpasten, Zahnbürsten und weitere Hilfsmittel beim Putzen, Prothesenpflege, Handhabung von einfachem bis kompliziertem Zahnersatz bis hin zu Tricks und Kniffen, wenn Pflegebedürftige nicht die Zähne putzen lassen möchten.

Am Rande bot sich auch ein reger Informationsaustausch mit Heimbetreibern, Berufsschullehrern und Vertretern von Politik und Wirtschaft, so dass wir unseren Wunsch, die Alterszahnmedizin weiter in die Pflege hineinragen zu können, gut in die Tat umsetzen konnten.

Das hochmotivierte Messe-Team setzte sich zusammen aus: Simone Römer, Dr. Annette Vietinghoff-Sereny, Dr. Axel Strukmeier, Dr. Lena Schwabe, Silke Lange, Dr. Dorothee

Riefenstahl, Dr. Jürgen Reinstrom und Gisela Gode-Troch. Ein besonderer Dank geht an ZKN-Mitarbeiterin Rena Umlandt, die unsere Messteilnahme hervorragend vorbereitet und organisiert hat. ■

_____ Gisela Gode-Troch

Vorsitzende des ZKN-Ausschusses für Alterszahnmedizin



Foto: G. Gode-Troch

Gisela Gode-Troch auf Augenhöhe mit dem 1,2 m großen „Pepper“, einem Prototyp eines „Roboter-Alltagsbegleiters“, der in späteren Weiterentwicklungen zu einer täglichen Lebenshilfe für Menschen mit zu geringer menschlicher Betreuung werden soll.

„WIR BEGEGNEN DEN MENSCHEN AUF GLEICHER EBENE, AUF AUGENHÖHE“

Dr. Ingeburg und Werner Mannherz verabschieden sich vom ZAMO, seinen Helfern und Unterstützern

Wir dokumentieren hier den Abschiedsbrief des Zahnmobil-Gründerehepaars Dr. Ingeburg und Werner Mannherz an die Helfer und Unterstützer des von ihnen vor 5 Jahren ins Leben gerufenen hannoverschen Zahnmobils (ZAMO). Der aufrichtig ausgesprochene herzliche Dank gepaart mit dem vorwärts gerichteten Wunsch „Viel Erfolg“ spiegelt das ehrenamtliche Wirken der Zahnärztin und des Ingenieurs über die 5 Jahre der Auf- und Ausbauzeit für das Zahnmobil, immer auf Augenhöhe mit allen Betroffenen, in Worten wieder.

Auch die Redaktion schließt sich den Dankesworten an. In diesem Fall aber besonders an und für das Ehepaar Mannherz, dessen selbstloses Wirken wir über die Jahre mit dem NZB begleiten durften: Herzlichen Dank und einen fortan erfüllten Ruhestand in bester Gesundheit, liebes Ehepaar Mannherz! ■ _____NZB-Redaktion

An alle Zahnmobilsten, Freunde davon, Sponsoren und Spender,

die uns geholfen haben, das ZAMO aufzubauen und ein-satzbereit zu halten: Sei es mit Rat und Tat oder finanziell, mit ehrenamtlichem Einsatz oder mit Materialspenden. Nur mit Ihrer aller Hilfe war und ist es uns möglich, denen zu helfen, denen sonst keiner hilft.

Nach zwei Jahren Vorarbeit stand das ZAMO am 18. April 2012 zum ersten Einsatz am Kontaktladen „Mecki“. Inzwischen auf 6 m² optimal als fahrbarer zahnärztlicher Behandlungsbereich eingerichtet und selbstverständlich dazu die Hygiene-Einrichtungen nach RKI-Vorschrift, incl. einer PC-gestützten Dokumentation aller Patienten- und Hygienedaten, dank Z1 der Fa. CGM.

Nach 5 Jahren, zum 1. April 2017, habe ich, Dr. Ingeburg Mannherz, die Leitung der Institutsambulanz an Dr. Dirk Ostermann übergeben.

In 2016 wurde der Förderverein Zahnmobil e.V. gegründet. Werner Mannherz war bis zum 31. Dezember 2017 erster Vorsitzender. Nach seinem Rücktritt wurden in einer außerordentlichen Mitgliederversammlung der neue Vorstand gewählt: Carsten Krüger, 1. Vorsitzender, Dr. Dirk Ostermann, 2. Vorsitzender, Kai Rühmann, Schatzmeister, Karl-Heinz Maekeler, Schriftwart.

Auch diese neue Mannschaft braucht Ihre Hilfe, um denen helfen zu können, denen sonst keiner hilft.

Unterstützung für den Ausbau des neuen Domizils in der Zeißstraße 11, das notwendig wurde, da die Diakonie das Haus in der Hagenstraße 36 kündigte, ohne dass wir es

rechtzeitig erfahren haben, um etwas Passenderes zu finden. Die neuen Räume liegen im Kellerbereich. Bis zum Jahresende 2018 werden wir noch die Schautafel in der Marienstraße bestücken, um so zu versuchen, Geld für diejenigen zu beschaffen, die sonst mit der zerbrochenen Prothese in der Hosentasche herumlaufen oder überhaupt nicht mehr kauen können. Da alle auf dem ZAMO ehrenamtlich arbeiten, fallen dann nur(!) die Laborkosten für Reparaturen an.

Wir verabschieden uns hiermit aus dem aktiven Leben des ZAMOs und bedanken uns ganz herzlich bei allen, ►►

Foto: Looewer/KZIN



V.l.n.r.: Rainer Müller-Brandes, Leiter des Diakonischen Werkes Hannover, Dr. Ingeburg Mannherz und Werner Mannherz, Initiatoren des Zahnmobils Hannover und Dr. Dirk Ostermann, der die zahnärztliche Leitung fortführt.

► die uns und damit dem ZAMO bisher mit Rat und Tat zur Seite standen, die uns finanziell auf die Beine gestellt haben. Und in dem Zusammenhang nennen wir doch einen Namen: Zahnarzt Dr. Klaus Winter, ehem. Vorsteher der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte. Ohne ihn, ohne das Hilfswerk, gäbe es nämlich kein ZAMO! Danke Klaus!

Danke allen, die uns Material spendeten, damit wir behandeln und beispielsweise die Hygienevorschriften einhalten können. Danke allen, die ihr Wissen, ihre Geschicklichkeit, ihre Zeit einbringen, um Zahnschmerzen zu beseitigen. Danke allen, die das ZAMO immer wieder auf Vordermann bringen, damit es fahren kann, damit behandelt werden kann. Danke allen, die als Assistentinnen den Zahnärztinnen und Zahnärzten zur Seite stehen. Ohne sie würden sie hilflos im ZAMO stehen. Danke allen, die das ZAMO sorgfältig durch die Stadt und über Land kutschieren. Danke!

Es war für uns eine Zeit neuer, besonderer und wunderbarer Erfahrungen – in verschiedensten Bereichen. Die Offenheit und Dankbarkeit der Menschen, denen wir helfen konnten, ist etwas tief Berührendes. Bedürftige, Obdachlose, so genannte Papierlose und Flüchtlinge, Menschen aus 31 Ländern haben wir durch das ZAMO behandeln können.

Die großartige Unterstützung in der Mitarbeit durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte, welche in unserem Credo „Wir begegnen den Menschen auf gleicher Ebene, auf Augenhöhe“ behandelten. Für die vielen sei stellvertretend ein Name genannt: Zahnarzt Dr. Meinolf Krillke, der einmal im Monat für einen Tag aus Werl kommt, um auf dem Zahnmobil mitzuarbeiten. Den Helferinnen, welche mit Herzlichkeit und absoluter Akzeptanz jeden – Männer, Frauen und Kinder gleich – liebevoll angenommen haben. Alle unsere Fahrer, ob Versicherungsmitarbeiter, Studienrat, Bankvorstand, leitender Polizeibeamter, selbständiger Handwerksmeister und weitere: Sie alle haben sich ehrenamtlich eingebracht. Die Diakonie Hannover, welche die

Trägerschaft mit dem klaren Hinweis übernommen hat, dass wir für die Organisation, Mitarbeiter und Gelder aber selbst aufkommen müssen. Und so geschah es auch. Vieles wurde auch im Verbund mit der Caritas durchgeführt. Die zwei berufsständischen niedersächsischen Einrichtungen, Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen unterstützen in vorbildlicher Weise das ZAMO, wie auch die Bundeszahnärztekammer. Die Stadt Hannover stellte sich von Anfang an auf einen neutralen Standpunkt. Dafür erhielten wir durch die Region Hannover, dank des Sozial-Dezernenten E. Jordan, jederzeit einen Ansprechpartner und auch finanzielle Unterstützung. Von den unterstützenden Dental-Firmen waren herausragend drei: Henry Schein, Niederlassung Hannover mit C. Brüning, und Fa. Alpro mit K. Peters sowie das Dentallabor Kretschmer. Zu nennen wären noch viele weitere hannoversche Unternehmen. Sie sind alle nachzulesen auf unserer Internetseite (www.zahnmobil-hannover.de). Diese Seite ist das Ergebnis einer ebenfalls herausragenden, kostenlosen Unterstützung der Firma bci GmbH aus Isernhagen. Danke auch dafür! Viele kirchliche und soziale Einrichtungen unterstützten uns. Die hannoverschen Freimaurerlogen, wo ich auch Mitglied bin, halfen uns vom Start an. So sind allein aus diesen Logen bislang 38.000 Euro dem ZAMO zugeflossen. Es sind auch viele Privatpersonen, die das ZAMO finanziell unterstützten: anlässlich eines Geburtstags, Jubiläums oder einfach so, aus dem Verständnis für die Not heraus. Ihnen allen sagen wir, in Vertretung der Patienten, herzlichst Danke. Albert Schweitzer sagte: Freiheit besteht vor allem darin, das zu tun, was man nach seinem Gewissen tun soll. So traten wir vor über 8 Jahren an, etwas Neues zu schaffen. Wir haben es auf den Weg gebracht; eine jüngere Generation führt es jetzt weiter. Viel Erfolg! ■

_____ *Herzlichst*

Ingeburg und Werner Mannherz

MOTTO DES TEAMS VOM ZAHNMobil HANNOVER:

„Zu uns kommt jeder als Mensch“

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

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

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



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

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



Fotos: Zahnmobil

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
06.06.2018, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Aktuelle Parodontaltherapie im Alltag – Ein Kompendium aus Wissenschaft und Praxis, PD Dr. Gregor Petersilka, Würzburg

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
26.09.2018, 16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	„Ich gehe auf dem Zahnfleisch ...“, psychiatrische Erkrankungen und zahnärztliche Behandlungen, Dr. Martin Gunga, Lippstadt

BEZIRKSSTELLE LÜNEBURG

Ort: Fachhochschule Lüneburg, Volgershall 1, 21339 Lüneburg
 Fortbildungsreferent: Dr. Axel Wiesner, Buchholzer Straße 7, 21271 Hanstedt, Tel.: 04184 1305

TERMIN	THEMA/REFERENT
13.06.2018, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Dentale Erosionen – Ursachen-Diagnostik-Prävention-Therapie, Prof. Dr. Annette Wiegand, Göttingen
26.09.2018, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Update Endodontie – Was gibt es neues und was braucht man wirklich?, Dr. Johannes Cujé, Hamburg

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
28.04.2018, 9:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Moderne Kariestherapie, Dr. Anne-Katrin Lührs, Hannover
30.05.2018, 19:00 Uhr – ca. 22:00 Uhr	Zahnarzt und Werbung – Aktuelles aus dem Wettbewerbs- und Berufsrecht, Rechtsanwältin Christiane Köber, Bad Homburg & Heike Nagel, ZKN Hannover
24.10.2018, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Mini-Implantate zur Prothesenstabilisierung als Alternative zu Standard-Implantaten, Prof. Dr. Torsten Mundt, Greifswald

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
21.04.2018, 9:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Vom Ernst des Klebens Direkte und indirekte Restaurationen richtig adhäsiv befestigen. Wissenschaftlicher Hintergrund, klinisches Procedere, Tipps & Tricks, Prof. Dr. Claus-Peter Ernst, Mainz

BEZIRKSSTELLE VERDEN

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
21.04.2018, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Mundhöhlenkarzinom – Diagnose und Therapie, Dr. Dr. Susann Jung, Münster
30.05.2018, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Physiotherapie und Tape bei CMD, Martina Sander, Hamburg
29.08.2018, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	ECC-Therapie bei Kleinkindern, Sabine Rienhoff & Jan Rienhoff, Hannover

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

06.06.2018 **Z/F 1833** **8 Fortbildungspunkte**

Dentalfotografie Praktische Übungen und Einstellungsoptimierung, Tipps und Tricks

Klaus-Dieter Fröhlich DGPh, Hannover
Mittwoch, 06.06.2018 von 13:00 bis 19:00 Uhr
Seminargebühr: 132,- €

08.06.2018 **Z 1834** **9 Fortbildungspunkte**

Endo Intensiv

Dr. Christoph Zirkel, Köln
Samstag, 08.06.2018 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 352,- €

16.06.2018 **Z 1836** **5 Fortbildungspunkte**

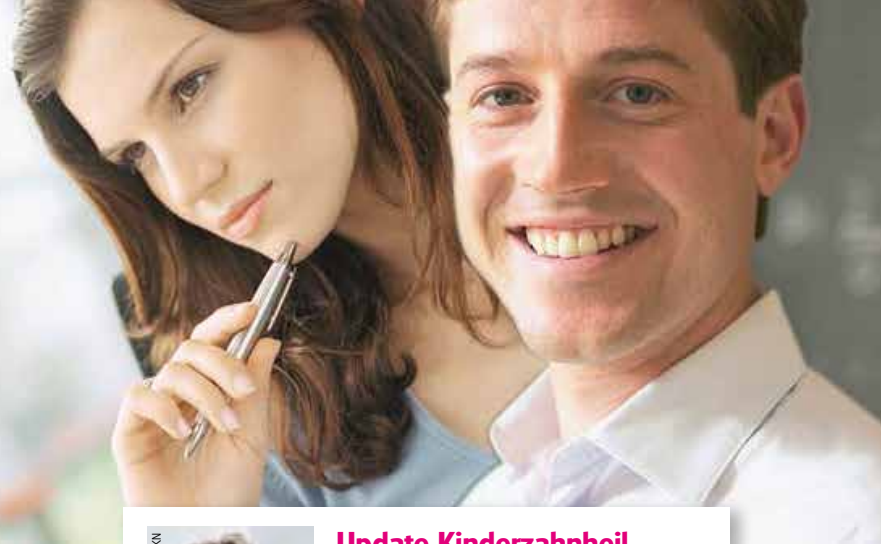
Pimp your Endo

Dr. Christoph Sandweg, Wuppertal
Samstag, 16.06.2018 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 159,- €

22./23.06.2018 **Z 1837** **15 Fortbildungspunkte**

CMD in der zahnärztlichen Praxis – Kursreihe Kurs II: Okklusale Therapie bei CMD. Was ist möglich – was ist nötig?

PD Dr. Daniel Hellmann, Aalen
Freitag, 22.06.2018 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Samstag, 23.06.2018 von 09:00 bis 13:00 Uhr
Seminargebühr: 521,- €



Dr. Sabine Runge

Update Kinderzahnheilkunde – Füllungen – welche, wann, was?

Um erfolgreich Kinder aller Altersstufen in der Zahnarztpraxis behandeln zu können, verlangt es spezielle fachliche Kompetenz der Zahnärztin/des Zahnarztes und des Teams. Die Kariestherapie bei Milchzähnen weist eine andere Behandlungsstrategie auf als die am

bleibenden Zahn. Das Behandlungsspektrum ist dabei so vielfältig wie der Patient selber.

Ziel des Kurses ist es, einen Überblick über die Behandlungen bei Kindern zu geben.

Folgende Themen werden in diesem Kurs besprochen:

- ▶ Füllungstherapie im Milchgebiss – wann und mit welchem Material?
- ▶ Versorgung der Milchzähne mittels Stahlkronen – wann und wie?
- ▶ Endodontie im Milchgebiss – wann und wie?
- ▶ MIH – was ist das und wie behandelt man diese Zähne?

Im Kurs werden praxisrelevante Behandlungsmethoden dargestellt, sodass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer diese Tipps gleich in der eigenen Praxis umsetzen können.

Dr. Sabine Runge, Kiel

Samstag, 02.06.2018 von 09:00 – 13:00 Uhr

Kursgebühr: 143,- €

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 1841

5 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Termine

📅 20. – 21.04.2018	Hamburg	17. ZMF-Kongress 2018, Infos: http://tinyurl.com/zmf-hh-18
📅 16. – 23.06.2018	Malta	29. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, Infos: www.sportweltspiele.de
📅 15. – 17.11.2018	Bad Homburg vor der Höhe	51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie Infos: www.dgfdt.de

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

01.06.2018 Z/F 1840

Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept Seminar und praktischer Arbeitskurs

Dr. Michael Maak, Lemförde
Freitag, 01.06.2018 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 325,- €

22.06.2018 F 1834

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing
Freitag, 22.06.2018 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 236,- €

04.07.2018 F 1836

Röntgenkurs für die Zahnarzhelferin/ZFA Achtung: Kein Auffrischkurs!

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Göttingen
Daniela Schmöe, Hannover
Mittwoch, 04.07.2018 von 9:30 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 185,- €
Für Frühbucher bis zum 04.05.2018 Seminargebühr: 170,- €

Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V. Fortbildung 2018

MKG-chirurgische Interventionen bei Patienten fortgeschrittenen Alters und mit körperlichen sowie geistigen Einschränkungen

→ **Allgemeine Aspekte**, PD Dr. Dr. Alexander Gröbe

→ **Die Gerinnung betreffend**, Dr. Dr. Felix Bartels

→ **BRONJ, MRONJ – alles eins?**, Dr. Christian Lohse

→ **LA oder ITN, rechtliche und anästhesiologische Aspekte**, Prof. Dr. Jürgen Schäffer

Ort:

DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH
Henrietenstift
Marienstraße 72-90, 30171 Hannover

Datum:

05.05.2018, 10:00 – 13:00 Uhr

Anmeldung:

Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.
Zahnärztehaus
Zeißstraße 11 a, 30519 Hannover
Fax: 0511 83391-116
E-Mail: rtoru@zkn.de

Behördliche Begehung – gut vorbereitet



Viola Milde

Das Thema „Hygiene in der Zahnarztpraxis“ ist aktueller denn je und das Damoklesschwert einer möglichen behördlichen Begehung schwebt über dem Praxisalltag.

Das Seminar „Behördliche Begehung – gut vorbereitet“ beleuchtet die Anforderungen umfassend und bearbeitet folgende Themen:

- ▶ Ablauf einer behördlichen Begehung
- ▶ Unterschiedliche Schwerpunkte: Gesundheitsamt – Gewerbeaufsichtsamt
- ▶ Basisdokumente, grundlegende Anforderungen
- ▶ Praxisbereiche, die hygienisch beleuchtet werden und worauf es in den jeweiligen Räumen ankommt
- ▶ Der Aufbereitungsprozess (Anforderungen der Risikoklassen) Schwerpunkt: „semikritisch B“/„kritisch B“
- ▶ Dokumentation, was sollte in welcher Form dokumentiert werden?
- ▶ Anforderungen an die Geräte, die Teil des Aufbereitungsprozesses sind.
- ▶ Abdruckdesinfektion
- ▶ Die Behandlungseinheit ... hygienisch beleuchtet
- ▶ Wasserführende Systeme
- ▶ Arbeitsanweisungen, in welcher Form und für welche Arbeitsschritte?
- ▶ Personalhygiene und Schutzausrüstung
- ▶ Aufbereitung der Praxiswäsche/Schutzkleidung
- ▶ Praxisreinigung, was muss beachtet werden
- ▶ Medizinprodukte-Betreiberverordnung, MPBetreibV, Bestandsverzeichnis, Gerätebücher, Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung
- ▶ Gefahrstoffe
- ▶ Alltägliche Hygienefallen, Beispiele aus der Praxis

Das Seminar richtet sich gleichermaßen an Praxisinhaber und Praxisteam/Hygienebeauftragte. Es bietet selbstverständlich ausreichend Zeit, um auch Ihre individuellen, praxisspezifischen Fragen stellen zu können.

Viola Milde, Hamburg

Samstag, 02.06.2018 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr: 126,- €

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 1842

25-JÄHRIGES PRAXISJUBILÄUM



Foto: Privat

Einen besonderen Dank möchte ich meiner langjährigen Mitarbeiterin Cornelia Hanse aussprechen.

Frau Hanse begann in Braunschweig am 01.04.1969 bei meinem Kollegen Matthiess ihre Ausbildung, dem sie als fertige Zahnarzthelferin – wie auch seinem Nachfolger Tschentke – bis zum 31.03.1993 treu blieb.

Ab dem 01.04.1993 wurde sie als frisch gebackene ZMF Mitarbeiterin in meiner Praxis, wo sie sich bald weiterbildete und als ZMV eine unentbehrliche Kraft in unserem Praxisteam geworden ist – und das seit nunmehr 25 Jahren! Diese Treue wirkt sich positiv in unserer Praxis aus und ist eine wichtige Orientierung für Team und Patienten. Bermerkwenswert ist auch, dass Frau Hanse im nächsten Jahr 50 Jahre im Dienst am Menschen in einer Zahnarztpraxis tätig sein wird, Respekt.

Mein Team und ich danken Frau Hanse von Herzen für ihre langjährige Treue und kompetente Hilfe in allen verwaltungstechnischen und menschlichen Belangen! ■

_____ Dr. Markus Pfennig, Braunschweig



Foto: © iStockphoto.com

Wir trauern um unsere Kollegen

Dr. Dr. Thomas Salland, Osnabrück
geboren am 09.09.1947, verstorben am 18.12.2017

Peter Rohleder, Lüchow
geboren am 27.02.1957, verstorben am 24.01.2018

Reinhard Scobel, Schüttof
geboren am 19.02.1935, verstorben am 27.01.2018

Dr. Dieter Scharlow, Hemmingen
geboren am 20.11.1934, verstorben am 07.03.2018

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



Foto: © iStockphoto.com

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

05.03.2018 Dr. Ingeborg Sonntag (80), Salzgitter

18.03.2018 Dr. Hildrun Schneemann (75),
Langenhagen

20.03.2018 Dr. Alfred Schmidt (85), Sarstedt

20.03.2018 Dr. Ernst Vogelsang (94), Südheide

22.03.2018 Dr. Christa Braun (80), Celle

22.03.2018 Dr. Konrad Mordass (93), Hannover

23.03.2018 Dr. Otto Thole (87), Osnabrück

25.03.2018 Dr. Jürgen Bergemann (80), Wildeshausen

25.03.2018 Dr. Beate Hartkämper (70), Osnabrück

25.03.2018 Dr. Monika Fricke-Klengel (70),
Eschershausen

25.03.2018 Dr. Silke Mares (75), Hannover

28.03.2018 Dr. (Univ. Belgrad) Dusan Vasiljevic (70),
Friedeburg

28.03.2018 Dr. Dirk Kurt Wagner (75), Visbek

03.04.2018 Helmut Meyer (87), Lamstedt

04.04.2018 Dr. Hilmar Schmalz (80), Cuxhaven

05.04.2018 Dr. Karsten Henning (75), Rotenburg

08.04.2018 Dr. Hans-Heinrich Rotermund (92),
Schwarmstedt

09.04.2018 Dr. Hans-Joachim Kohne (92), Goslar

15.04.2018 Dr. Manfred Sieglaff (86), Hannover



Beitragszahlung II. Quartal 2018

Der Kammerbeitrag für das II. Quartal 2018 ist fällig geworden.

Kammerangehörige, die keine Abtretungserklärung unterschrieben haben bzw. nicht am Lastschriftinzugsverfahren teilnehmen, werden gebeten, den Kammerbeitrag einschließlich eventuell noch vorhandener Rückstände zu überweisen.

Hannover, im April 2018

ZKN AMTLICH

Bitte
beachten!

Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages

Sicher kennen Sie das auch: Wie schnell vergisst man in der Hektik des Praxisalltags einen Termin oder eine Überweisung. Die Konsequenzen sind zumeist unangenehm. Auch bei den vierteljährlich zu leistenden Kammerbeiträgen kann es passieren, dass die Zahlungsfristen versäumt werden, und dann sieht man sich einem unangenehmen Mahnverfahren gegenüber.

Das muss nicht sein. Wir können Ihnen helfen, damit genau das nicht geschieht.

Ihren Kammerbeitrag, den die Zahnärztekammer Niedersachsen zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Aufrechterhaltung ihres Geschäftsbetriebes aufgrund der Beitragsordnung erhebt, zahlen Sie bisher durch Einzelüberweisung. Einfacher für Sie wäre es, wenn der Beitrag künftig – wie bisher pro Quartal – von der Kammer im Abbuchungsverfahren eingezogen werden könnte.

Hierbei können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

- Entweder erteilen Sie der ZKN die Genehmigung zum Lastschriftverfahren. Das hat für Sie den Vorteil, dass keine Kosten mehr für Einzelüberweisungen anfallen.
- Oder Sie geben uns eine Abtretungserklärung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen. Dann ziehen wir die Mitgliederbeiträge von Ihrem KZVN-Honorarkonto ein, ohne dass Sie sich darum kümmern müssen.

Die Formulare finden Sie auch auf der ZKN Homepage über dem untenstehenden QR-Code bzw. dem dort hinterlegten Link. Sie können diese selbstverständlich auch telefonisch oder per Fax anfordern. Bitte senden Sie die Formulare unterschrieben an die ZKN zurück – auch per Fax 0511 83391-116 möglich. Ihre Erklärung können Sie jederzeit widerrufen.

Als positiver Nebeneffekt werden die Kosten für den Verwaltungsaufwand bei der ZKN und damit für die gesamte niedersächsische Kollegenschaft minimiert.



Rufen Sie gern an, wenn Sie noch Fragen dazu haben.

Ansprechpartner:

Anne Hillmer,
Tel. 0511 83391-193

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

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

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

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

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

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig. Der Gesellschaftervertrag ist spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

ZULASSUNG EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS

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



© diego cervo / iStockphoto.com

VERLEGUNGEN

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

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

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

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

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

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

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

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

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

_____ Stand 26.03.2018

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Hartfried Pietz Nr. 7607
 Detlev Böttcher Nr. 8299
 Astrid Jäneke Nr. 5105
 Konrad Mack Nr. 8946

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

_____ ZKN

STELLENMARKT

Engagierter Kollege/in
gesucht, zur Entlastung unseres Chefs. Unsere gut strukturierte Praxis liegt ländlich mit guter Stadtbinding. Arbeiten wo andere Urlaub machen. Interesse? coelche2108@ewetel.net

Region Hannover/Kreis Celle
Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams ab 1.7.2018 od. später für langfristige Zusammenarbeit gesucht! Bewerb./Infos: suche.ZA@gmx.de

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

Praxisgem. in Braunschweig
sucht Koll. mit Zulassung – auch für Angestelltenverhältnis. Schichtsystem. Bei Bedarf Wohnung vorhanden. dorismadsen@web.de
Tel.: 0171 7969954

VERSCHIEDENES

Praxisräume für KFO in Celle
160 oder 210 m² in Bestlage ab Juli 2018 zu vermieten.
Dr. Günter Pütz
Tel.: 0511 775207 oder dr.puetz@gmx.de

Praxisräume in Celle für KFO
Zentrumslage mit Parkplatz, 150 m² zu vermieten.
Tel.: 05141 9784823 ab 19 Uhr

VERKAUF

Praxisabgabe im Raum Bremen
In Bremen wohnen, im Grünen arbeiten, 3 BHZ, Labor, erfahrenes Team, Implantologie, eigene Parkplätze, für 2 Behandler geeignet. Innenstadt Delmenhorst, 60% GOZ. praxisuebergabe2018@hotmail.com

Praxis LK Hildesheim
Etablierte Praxis, tolles Team, treue Patienten, ab 01.01.2019 & nach Vereinbarung abzugeben, zu verkaufen & vermieten ggf. mit Immobilie, Preis VB praxisboto@t-online.de

KFO Praxisabgabe Hannover
Etablierte KFO-Praxis in 2018 abzugeben.
Tel.: 01577 8773928

Praxisinventar zu verkaufen
Rö-Filmentwickler Dürr XR 24Pro, OPG, Planmeca CC 2002 mit Autoprint, Behandlungseinheit Flex Integral (FC) mit Behandlungsstuhl. Tel.: 05139 27676 hthielemann@t-online.de

Osnabrück Stadtmitte
Etablierte Praxis – kl. PxLabor
3 BHZ – digitales Röntgen-OPG, aus privaten Gründen: Ziehe weg, günstig abzugeben.
Tel. 0171 7827810 ab 19 Uhr

Praxisauflösung
Röntgen-Gendex-Secodent, Dürr-Ew. Vacuklav31-B, Zubehör (Meladoc) Meladesit65, MelaQuick12, Vacomix10, UV-Lampe Optima10, Pentamix12
Tel.: 05141 9784823 ab 19 Uhr

ZMV jetzt auch in Osnabrück

Die Aufstiegsfortbildung zum/zur Verwaltungsassistenten/in (ZMV) ist berufsbegleitend konzipiert, sodass der Unterricht vorwiegend freitags und samstags erfolgt. Um eine optimale Vereinbarkeit von Beruf, Fortbildung und Privatleben zu gewährleisten, findet der Unterricht jedoch nicht an jedem Wochenende statt. Schwerpunkte der 400stündigen Fortbildung sind die Bereiche Abrechnung, Kommunikation und Qualitätsmanagement.

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

- ▶ Abschluss als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r, Zahnarzt Helfer/in oder stomatologische Schwester
- ▶ Nachweis über den Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses (mind. 9 Stunden, nicht älter als 2 Jahre)

KURSDAUER

November 2018 bis November 2019
Grds. 14-tägig freitags und samstags

ANSPRECHPARTNERIN

Isabell Bohnert
Tel.: 0511 83391-331
E-Mail: ibohnert@zkn.de

Nähere Infos und Anmeldung unter:

<https://zkn.de/praxis-team/zan-beruf-und-bildung/fortbildung-fachpersonal-zmv.html> ODER
<http://kurzelinks.de/2czg>



ZKN



Sichern Sie Ihre Zukunft – bilden Sie aus!

Zahnmedizin ist Teamwork, daher sind Zahnarztpraxen auf qualifiziertes Fachpersonal angewiesen. Keine Zahnärztin bzw. kein Zahnarzt kann auf Dauer erfolgreich ohne ausgebildetes Personal arbeiten. Fachkräfte fallen jedoch nicht vom Himmel, sie müssen vielmehr über Jahre hinweg ausgebildet werden.

Der demografische Wandel und der damit verbundene Fachkräftemangel wirft bereits heute spürbar seine Schatten voraus. Besuchten im Jahr 2016 noch rund 846.700 junge Menschen die allgemeinbildenden Schulen in Niedersachsen, wird deren Zahl voraussichtlich auf 807.000 im Jahr 2025 sinken. Folglich werden künftig merklich weniger junge Menschen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Ein Großteil unserer Auszubildenden verfügt traditionell über einen Realschulabschluss. Durch die wieder gestiegene Studierneigung werden Realschülern künftig auch vermehrt Ausbildungsberufe offen stehen, die bisher zumeist von Abiturienten genutzt wurden. Auch dies führt zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Ausbildungsberufen. Ein weiterer belastender Faktor ist die Neuregelung der Rente für langjährig bzw. besonders langjährig Versicherte. Diese ermöglicht einen früheren Ausstieg aus dem Berufsleben, was den Praxen vorzeitig Fachkräfte entziehen kann. Auch dürfen wir nicht außer Acht lassen, dass viele Mitarbeiterinnen nach der Familienphase nicht bzw. nicht in Vollzeit zurückkehren. Die Löhne, die in niedersächsischen Zahnarztpraxen gezahlt werden, werden zwischen den Parteien des Arbeitsvertrages

frei und individuell ausgehandelt. Wie bereits dargestellt, wird sich die Anzahl der zur Verfügung stehenden Fachkräfte verringern. Gleichzeitig wird jedoch die Anzahl der behandelnd tätigen Zahnmediziner weiter steigen, denn nach wie vor sind Studienplätze in der Zahnmedizin sehr begehrt. Gemäß dem wirtschaftswissenschaftlichen Gesetz von Angebot und Nachfrage wird eine Angebotsverknappung bei konstanter oder wachsender Nachfrage zu steigenden Preisen (Löhnen) führen. Bedauerlicherweise können Zahnarztpraxen jedoch die gestiegenen Kosten nicht beliebig durch Einnahmesteigerungen ausgleichen. Im Gegensatz zur Wirtschaft ist es den Praxen leider nicht möglich, die Preise für ihre Dienstleistungen nach eigenem Ermessen festzulegen. Abschließend bitten wir Sie daher: Bilden Sie aus! Sichern Sie sich rechtzeitig Ihren Fachkräftenachwuchs! Schaffen Sie Ausbildungsplätze! Bilden Sie möglichst auch über den eigenen Bedarf hinaus aus. Noch haben wir Gelegenheit, den Entwicklungen gegenzusteuern. Zwar können wir den demografischen Wandel nicht stoppen, jedoch können wir uns bemühen, dessen Auswirkungen abzumildern. Wer heute nicht ausbildet, darf sich morgen nicht beklagen, wenn es kein Fachpersonal mehr gibt! ■

*Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf
Referent im ZKN-Vorstand
für das Fachpersonal*

*Michael Behring, LL.M
Landesausbildungsberater*