

KZBV

Der Berufsstand steht bereit, Schutzsuchende unbürokratisch zu versorgen S. 19



HDZ-SPENDENAUFTRUF S. 22



Corona-Pandemie:
Strategie-Optionen zur
Bekämpfung einer
Pandemie
S. 4 ff.

Privatversichert –
immer die richtige Wahl?
S. 20 ff.

Patientenspezifische
Therapie periimplantärer
Entzündungen
S. 24 ff.

Neues Curriculum-Angebot der ZKN

Kompaktkurriculum Parodontologie

Wissenschaftlicher Leiter Professor
Dr. Ingmar Staufenbiel (MHH)



Die Parodontitis gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen. Die neue S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) ist die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I-III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP). Sie bildet den aktuellen Stand der Wissenschaft ab und hat umfangreiche Konsequenzen für die Strukturierung und das Leistungsgeschehen von Befundung, Diagnose und der systematischen Therapie parodontaler Erkrankungen.

Die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) fußt auf der S3-Leitlinie und stellt die parodontologische Versorgung der gesetzlich versicherten Bevölkerung seit Juli 2021 auf eine komplett neue Grundlage.

Mit diesem „Kompaktkurriculum Parodontologie“ bieten Professor Dr. Ingmar Staufenbiel und sein Referententeam an drei Wochenenden als Online- oder Hybridveranstaltung und zum Abschluss als Präsenzveranstaltung die Vermittlung des fachlichen und abrechnungstechnischen Wissens und Könnens auf Basis aktueller wissenschaftlicher Kenntnisse in einem attraktiven zeitlichen Rahmen und zu preiswerten Konditionen an. Doch schauen Sie selbst, wie attraktiv für Sie und Ihre beruflichen Ziele das Programm ist.

Professor Dr. Staufenbiel und sein Referententeam freuen sich auf Sie!

Anmeldung unter
<https://bit.ly/3wSxB63>



PAR kompakt – 2. Zyklus

Modul 1 - Update Grundlagenwissen

- > **Online:** 07.10.2022, 14:00 – 19:30 Uhr
Referierende: Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel, Dr. Marco Flohr, Dr. Hiam Kecho
- > **Hybrid:** 08.10.2022, 9:00 – 18:30 Uhr
Referierende: Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel, Dr. Knut Adam

Modul 2 - Diagnostik und Therapie parodontaler Erkrankungen

- > **Online:** 11.11.2022, 14:00 – 19:30 Uhr
Referierende: Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel, Dr. Knut Adam
- > **Hybrid:** 12.11.2022, 9:00 – 18:30 Uhr
Referierende: Min-Young Kim, Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel

Modul 3 - Periimplantäre Entzündungen und Abrechnung, Fallbesprechungen

- > **Online:** 09.12.2022, 14:00 – 19:30 Uhr
Referierende: Dr. Tim Hörnschemeyer, Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel
- > **Präsenz:** 10.12.2022, 9:00 – 16:00 Uhr
Referent: Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



WICHTIGE HINWEISE

- > Das Curriculum ist nur als Komplettpaket buchbar. Bei Nichtteilnahme an einem Modul kann keine Erstattung erfolgen.
- > Kosten: 1.200 EUR; zahlbar je Modul zu 400 EUR
- > Es muss ein Patientenfall dokumentiert und in Modul 3 präsentiert werden.
Vorzugsweise von einer Patientin oder einem Patienten mit Parodontitis Stadium 3 oder 4 oder Periimplantitis.
- > Maximale Teilnehmeranzahl 20
- > Bei den Hybridveranstaltungen wird ca. 14 Tage vorher abgefragt, ob eine Teilnahme vor Ort oder online gewünscht ist. Diese Rückmeldung ist dann verbindlich.
- > Sollten für die Hybridveranstaltungen weniger als 5 Anmeldungen für eine Teilnahme in Präsenz vorliegen, wird diese rein online umgesetzt.

Mit neuer Ausbildungsverordnung ZFA moderne Basis für Perspektiven im Beruf gelegt.

Die Veröffentlichung fand im Bundesgesetzblatt am 25.03.2022 statt.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Der Veröffentlichung vorausgegangen ist ein jahrelanger Prozess, initiiert von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), sowie dem Verband medizinischer Fachberufe (VmF). Die Sozialpartner hatten im Konsensverfahren zusammen mit den zuständigen Ministerien, der Kultusministerkonferenz (KMK) und dem Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB) die abgestimmten Entwürfe von Ausbildungsordnung mit Ausbildungsrahmenplan und Rahmenlehrplan an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben.

Die neue „Verordnung über die Berufsausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten“ (ZahnmedAusbV) wird am 1. August 2022 inkrafttreten, 21 Jahre nach der letzten Novellierung.

Beibehalten werden die Berufsbezeichnung Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) (ZFA), die Systematik einer dreijährigen Berufsausbildung, die Ausbildungsstruktur und die Berufsgruppenzuordnung. Die ZFA-Ausbildung wird auch weiterhin als Monoberuf strukturiert, also in einer gemeinsamen, umfassenden generalistischen Ausbildung ohne Differenzierung.

Neu sind die Themen „Umweltschutz und Nachhaltigkeit“ sowie „Digitalisierte Arbeitswelt“, welche integrativ vermittelt werden. Zudem wird mit der gestreckten Abschlussprüfung (GAP) künftig eine neue Prüfungsform gewählt, die die Zwischenprüfung ersetzt. Anstelle der Zwischenprüfung erfolgt nun der erste Teil der Abschlussprüfung nach ca. 18 Monaten. Die betreffenden Ausbildungsinhalte müssen bis dahin abschließend vermittelt werden.

Mit der neuen ZFA-Ausbildung wird weiterhin eine Allround-Fachkraft ausgebildet. Die Bereiche Arbeits- und Praxishygiene, Medizinproduktaufbereitung, Digitalisierung, Datensicherheit und Kommunikation sind deutlich überarbeitet worden. Erklärtes Ziel der an der Ausarbeitung der

Verordnung beteiligten Sozialpartner war es, das Qualifikationsprofil der ZFA so auszugestalten, dass die Ausbildung weiterhin attraktiv für junge Menschen bleibt und ihre Bedürfnisse besser abbildet, dass die Bedarfe

der Praxen über ein breites Tätigkeitsspektrum abgedeckt werden und dass der Anschluss an eine Weiterqualifizierung optimiert wird. Auch zukünftig werden die Zahnmedizinischen Fachangestellten mit der bestandenen Prüfung Medizinprodukte vollumfänglich aufbereiten und freigeben können. Sie werden ferner die notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse erwerben, um bei der Erstellung von Röntgenbildern mitzuwirken.

Zur Unterstützung der Ausbildungspraxen und Auszubildenden wird derzeit unter Mitwirkung der BZÄK eine Umsetzungshilfe erarbeitet, die in den nächsten Wochen zur Verfügung stehen wird. Damit sind die Vorbereitungen allerdings noch nicht abgeschlossen. Die Zahnärztekammer Niedersachsen bereitet für die ausbildenden Praxen eine Online-Schulung vor, die wir Ihnen vor den Sommerferien anbieten werden. Ferner wird es in nächster Zeit vertiefende Informationen über die ZFA durch die BZÄK geben.

Ich wünsche Ihnen, verehrte Kolleginnen und Kollegen, in der derzeit nach wie vor schwierigen Zeit weiterhin Zuversicht, einen erholsamen Frühling und einen klaren Fokus auf das Notwendige!

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

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

*Henner Bunke
D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der ZKN
BZÄK Vorstandsreferent der ZFA Ausschüsse*



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

Foto: NZB-Archiv

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

57. Jahrgang

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

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur
An der Alten Fabrik 4, 30629 Hannover
Tel.: 0511 5693790; E-Mail: info@mqdesign-werbeagentur.de
Internet: www.mqdesign-werbeagentur.de

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 06/22: 10. Mai 2022
Heft 07-08/22: 14. Juni 2022
Heft 09/22: 9. August 2022

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



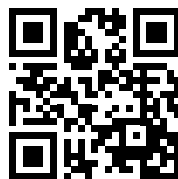
BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage bei:

► Plakat KIGARU

Wir bitten um freundliche Beachtung.



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

16



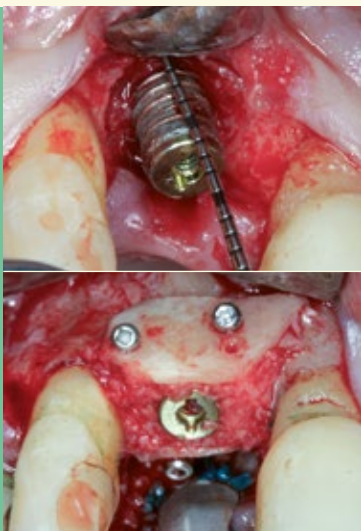
LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida: Mit neuer Ausbildungsverordnung ZFA moderne Basis für Perspektiven im Beruf gelegt

POLITISCHES

- 4 Corona-Pandemie: Strategie-Optionen zur Bekämpfung einer Pandemie
- 12 Leistungserbringer tragen keine Verantwortung für mögliche Datenschutzverstöße im Rahmen der Telematik-Infrastruktur (TI)
- 13 Klartext der Bundeszahnärztekammer
- 14 Steuerzufüsse als schleichendes Gift – Wie raus aus der Finanzierungsillusion?
- 16 Verwaltungsstellen-Versammlungen in Niedersachsen
- 19 Der Berufsstand steht bereit, Schutzsuchende unbürokratisch zu versorgen

24



40



FACHLICHES

- 20 Privatversichert – immer die richtige Wahl?
- 23 Private Krankenversicherung: PKV-Unternehmen: Neue Kooperationen mit Krankenkassen abgeschlossen

FACHLICHES

- 24 Patientenspezifische Therapie periimplantärer Entzündungen
- 34 Implantatplanung und chirurgische Aspekte zur Reduktion des Periimplantitisrisikos
- 40 Multimediale Möglichkeiten Technisch hochmoderner Lehrraum in der Zahnklinik für die Lehre aller Studiengänge eröffnet
- 41 Wenn Dr. Blendax vor Gericht bestehen muss – Schulung neuer Gutachter in Hannover
- 42 GOZ:
 - ZKN-Relevante Rechtsprechung
 - ZKN-Berechnungsempfehlung
- 43 Rechtstipp(s): Juristische Spitzfindigkeit bei der Knochendeckelmethode

34



41



TERMINLICHES

- 44 ZAN-Seminarprogramm
- 45 Termine
- 46 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 47 Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages – Selbstzahlergebühr

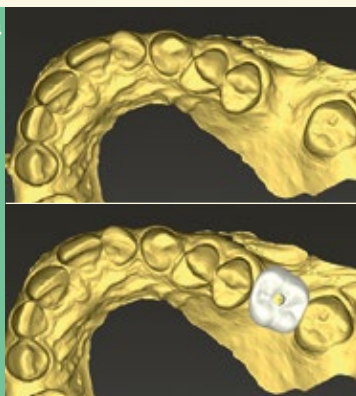
PERSÖNLICHES

- 48 85 Jahre Dr. Schirbort – ein Geburtstag einmal anders!
- 48 Vielen lieben Dank für insgesamt 70 gemeinsame Jahre
- 49 Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen
- 49 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

AMTLICHES

- 50 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 52 Neuzulassungen
- 52 Öffentliche Zustellungen
- 52 Ungültige Zahnarztanweisung

34





Corona-Pandemie

STRATEGIE-OPTIONEN ZUR BEKÄMPFUNG EINER PANDEMIE

Die Corona-Pandemie als Denkanstoß für ein neues Infektionsschutzgesetz: Eine Einschätzung von Rechtsanwalt Dirk Wüstenberg aus Offenbach.

Die COVID-19-Pandemie wird in einigen Jahren vorbei sein – vermutlich eher wegen der vorbeugend wirkenden Impfungen als wegen der Bekämpfungsmaßnahmen. Nach der Pandemie ist vor der Pandemie. Die nächste wird kommen. Welche Strategien sollte der Deutsche Bundestag von heute dem Deutschen Bundestag von morgen oder übermorgen in Form eines neuen Infektionsschutzgesetzes mit auf den Weg geben?

I. Einleitung

Zweck des Infektionsschutzrechts ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen und die

Weiterverbreitung bereits ausgebrochener Krankheiten zu verhindern (§ 1 Abs. 1 IfSG). Nach dem IfSG werden Maßnahmen zur Vorbeugung (§§ 16 bis 23a IfSG) und Maßnahmen zur Weiterverbreitungsverhinderung (§§ 24 bis 32 IfSG) unterschieden. Die Impfung gilt als Maßnahme zur Vorbeugung, als Maßnahme „der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten“ (§ 20 Abs. 1 IfSG). Diese Unterteilung in Vorbeugung und Bekämpfung ist sowohl logisch (vorher, nachher) als auch in Bezug auf gewöhnliche Infektionskrankheiten (zum Beispiel solche, welche sich durch Hautkontakt oder Austausch von Körperflüssigkeiten ausbreiten) medizinisch sinnvoll. In Bezug auf Krankheiten, die sich über die Atemluft sehr schnell verbreiten (Pandemie), taugt die Unterscheidung nicht wirklich. Denn dort ist die Impfstrategie in Sachen Pandemie sowohl Teil der Bekämpfungs- als auch Teil der Vorbeugemaßnahmen.

1. Ordnungsrahmen

Es ergibt sich demnach eine gedankliche Aufteilung in zweimal zwei Kategorien: Unterschieden werden können die gewöhnlichen Infektionskrankheiten und die Pandemien. Innerhalb jeder dieser Kategorien kann in Vorbeuge- und in Bekämpfungsmaßnahmen unterschieden werden. In Konsequenz dieser Zuordnung könnten die Impfungen betreffend die Pandemien zusätzlich in die Kategorie der Bekämpfungsmaßnahmen (§§ 24 bis 32 IfSG) aufgenommen werden. Es könnten Vorschriften eingefügt werden, welche im Pandemiefall die Verpflichtung der Exekutive zur Entwicklung, Herstellung und Verabreichung von Impfstoffen (Leistungsverwaltung) sowie die Verpflichtung derselben zur Rücknahme verhängter Lockdown-Maßnahmen gegenüber geimpften Personen regeln (teilweise Rücknahme von Grundrechtseingriffen gegenüber Geimpften). Ebenso könnten dort Vorschriften aufgenommen werden, die regeln, ob und welche Maßnahmen gegenüber im Wege der Erkrankung immun gewordenen Personen vorgesehen sind (Rücknahme von Grundrechtseingriffen gegenüber Genesenen)¹. Derartige Regeln erscheinen bezüglich der gewöhnlichen Infektionskrankheiten überflüssig zu sein.

Das bisherige IfSG war lediglich auf einen gewöhnlichen Krankheitsausbruch zugeschnitten. Ein Pandemiefall war zwar im Jahre 2012 durchgespielt², nicht aber zu Gesetzesvorschriften verarbeitet worden. Anlässlich der Corona-Pandemie sind im März und im November 2020 und im April 2021 Vorschriften mit teils kleinen Buchstaben eingefügt worden (bisher §§ 5³, 5a⁴, 28a⁵, 28b⁶, 28c⁷, künftig vielleicht noch §§ 28d, 28e usw.). Eine juristische Aufarbeitung, welche sich in separaten Abschnitten für diesen bzw. jenen Ausbruchfall widerspiegelt, fehlt.

2. Entscheidungsebene

Logisch ist es, den Umgang mit einer „Epidemie von nationaler Tragweite“ auf der Nationalen Ebene (Bundesebene) zu regeln.⁸ Wenn sich ein Krankheitserreger mit hoher Geschwindigkeit ausbreitet, entstehen stets länderübergreifende Sachverhalte mit der politischen Folge, dass die nächsthöhere Verwaltungsebene angesprochen ist (arg. Subsidiaritätsprinzip, hier zugunsten der höheren Ebene). Infolgedessen muss das IfSG die künftigen Pandemiefälle selbst und möglichst abschließend regeln. Auf Rechtsverordnungen der Landesregierungen (vgl. § 32 IfSG) sollte verzichtet werden. Der neue § 28b IfSG ist ein Anfang in die richtige Richtung.

II. Optionen im Groben

Die Frage nach dem Inhalt der vom Bund zu treffenden Entscheidungen dreht sich auch um die Frage nach der Strategie. Es gibt betreffend die Bekämpfungsmaßnahmen die drei Optionen „alles“, „etwas“ und „nichts“.

Zwecks Bekämpfung der gewöhnlichen Influenza⁹ unter-

nimmt die deutsche Politik „nichts“. Das heißt: Sie nimmt keine Bekämpfungsmaßnahmen nach §§ 24 ff. IfSG vor, sondern verweist die Bürger auf die Schutzimpfung nach § 20 als Vorbeugemaßnahme. Zusätzliche Maßnahmen werden nicht durchgeführt. Dem Gesetzgeber ist bekannt, dass eine Schutzimpfung wegen der Vielzahl verschiedener Grippeviren, welche die Krankheit Influenza auslösen können, und wegen des Auftretens von Mutationen dieser Viren bekanntermaßen nicht immer hilft. Eine Impfung nützt vielleicht in 80 Prozent der Virenfälle. Das Risiko, dass dem einzelnen Bürger keine Vorbeugemaßnahme zur Verfügung steht (die übrigen 20%), nimmt der Gesetzgeber in Kauf. Je nach Grippezeit erkranken mindestens 63.000 bis 275.000 Menschen in Deutschland¹⁰ zuzüglich einer recht großen Dunkelziffer. Von diesen Menschen besuchen einige ein Krankenhaus und versterben mindestens einige hundert bis vielleicht 25.000 oder 30.000 Menschen alljährlich. Die Sterberate liegt je Jahr bei irgendwo zwischen 0,0004 und 0,04 (maximal vier Prozent). Das öffentliche Gesundheitssystem wird auch in schlechten Jahren (Quote von bis vier Prozent) nicht überlastet.

Die Wahl dieser Option ist zulässig/rechtmäßig. Der Staat muss trotz des Grundrechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) nicht eingreifen.¹¹ Die Vorschrift Art. 1 Abs. 3 GG, wonach der Staat an „die nachfolgenden Grundrechte“ (darunter dasjenige auf Leben) gebunden ist, gebietet nur den relativen Schutz und zudem nur hinsichtlich von Menschen (nicht Viren oder Vulkanen etc.) verursachter Gefahren. Das Recht auf absoluten Schutz des Lebens gibt es weder in einem (menschlichen) Entführungsfall¹² noch in einem (natürlichen) Krankheitsfall – nämlich gar nicht. Ein Staat muss nicht mit allen Mitteln helfen.

Zwecks Bekämpfung der Coronavirus-Krankheit-2019¹³ unternahm die deutsche Politik mehr. Die Intensivstationen der Krankenhäuser hätten ohne Bekämpfungsmaßnahmen ▶▶





Foto: © Insta, photos/Shutterstock.com

► überfüllt sein können. Deshalb¹⁴ setzte die deutsche Politik nicht nur auf die Impfung als vorbeugende Maßnahme, sondern zusätzlich auf Bekämpfungsmaßnahmen (z. B. Lockdown).

Im Fall COVID-19 hat die deutsche Politik sich für die Variante „etwas“ statt „alles“ entschieden, weil ihr tatsächlich bzw. rechtlich nichts anderes übrig blieb. Die Variante „Nichtstun“ schied von vornherein aus, weil der deutsche Staat nach dem einfachen Recht¹⁵ rechtlich verpflichtet war, zu handeln, und weil er zudem den Kollaps des Gesundheitssystems vermeiden wollte. Für die Option „nichts“ entschieden sich die Politiker in Schweden und Uruguay in der Zeit von März bis Oktober 2020. Dort wurde es bei Appellen an die Bevölkerung belassen. Die Variante „Allestun“ schied rein tatsächlich ebenso aus, denn die deutsche Staatsverwaltung war auf eine Pandemie gar nicht vorbereitet. In Deutschland fehlte es im Februar/März 2020 materiell an Mund-Nasen-Masken, an Corona-Schnelltests, an der Erfahrung, auf die Schnelle Quarantäne-Hotels einzurichten und an vielem mehr. Es fehlte personell an hinreichend vielen Pflegekräften und Ärzten, an Logistik- und Sicherheitspersonal. Es fehlte zudem an der geistigen Einstellung in Politik und Gesellschaft, einen Pandemiefall wie eine Naturkatastrophe oder einen Krieg einzustufen und entsprechend schnell und heftig zu managen. Niemand in Deutschland wollte dem Virus den Kampf erklären und die Pandemiebekämpfung wie ein militärähnliches Vorhaben begreifen. Anders dagegen verhielt es sich nach recht kurzer Zeit in der VR China, wo die Stadt Wuhan abgeriegelt wurde. Die Krankheit COVID-19 entstand vermutlich im September 2019 irgendwo in Ostasien, vielleicht gar in Wuhan. Bis zum Dezember 2020 erinnerte das durch die Medien vermittelte Bild des örtlichen Politikgeschehens in China an das Motto „vergessen, verdrängen, verschweigen, vertuschen“. Doch dann wurde gehandelt – mit Staatsgewalt von oben nach unten. Es kam zu einem Strategiewechsel.

Der deutschen Politik verblieb nur die Option „etwas“. Daran wird sich bei der Bekämpfung der laufenden COVID-19-Pandemie nichts ändern. Mit Blick auf künftige Pandemien aber sollte der mögliche Handlungsrahmen nicht vorschnell eingeengt, sondern es überlegt werden, wann die Option „nichts“ und wann die Option „alles“ die bessere sein dürfte.

1. Option „nichts“

Der Staat kann ausschließlich auf die Eigenverantwortung der Bürger setzen und den Naturgewalten (Virus) freien Lauf lassen. Je mehr die Bürger auf sich selbst gestellt sind, desto stärker sind die ihnen zugesprochenen Freiheitsrechte ausgestaltet. Je zügiger seine Bürger erkranken und genesen, desto früher ist das Staatsvolk immun, weil sich die sog. Herdenimmunität einstellt. Die Zeitspanne des Zuwartens kann in Abhängigkeit von der Übertragungsgeschwindigkeit durchaus Jahrzehnte dauern. Möglicherweise setzt der Staat deswegen ergänzend und nur auf den Impfschutz als Beitrag zur Beendigung der Pandemie (vgl. die deutsche „Strategie“ zur Beendigung der gewöhnlichen Influenza). Die Immunität entsteht bei dem einzelnen Bürger durch die Erkrankung samt nachfolgender Gesundung (natürliche Immunisierung) oder durch die Impfung (künstlich erzeugte Immunisierung). Bei der Influenza reiche dies. Die Krankheitsfolgen sind in aller Regel nicht schwerwiegend, die Sterblichkeitsrate ist relativ niedrig.

a) Krankheitsdaten

An der Influenza versterben „nur“ 0,0004 bis 0,04 aller Infizierten – durchschnittlich vielleicht so um die unter 0,3 Prozent (0,003). Die exakte Quote ist hier nicht relevant. Klar ist, dass diese Quote von vielleicht 0,3 Prozent aller Infizierten trotz des unterschiedlichen Bezugspunkts (Infizierte bzw. Erkrankte) extrem weit abweicht von der bei der Krankheit Ebola festzustellenden Quote von etwa 60 Prozent aller Erkrankten.

Die Zahlen über die Krankheit COVID-19 ähneln eher denen über die Influenza als denen über Ebola. Die Sterblichkeitsrate bei COVID-19 liegt – je nach Studie – zwischen 0,2 Prozent und 3,0 Prozent. Das deutsche Onlineportal statista weist am 3. Mai 2021 für Deutschland eine Fallsterblichkeitsrate von 2,68% aus, für die Türkei eine solche von 0,9% und für Mexiko eine solche von 10,42%. Indien käme – trotz der Notlage in den dortigen Krankenhäusern – auf 1,33%.¹⁶ In Indien sah es im Mai 2021 so aus: „Die aktuelle Situation: Jeden Tag erlebt das Land einen neuen Höchststand an Infektionen und an Toten. 3.980 Tote in den vergangenen 24 Stunden, so viele Todesfälle in Verbindung mit dem Virus wie noch nie. Mit 412.262 Corona-Neuinfektionen verzeichnet das Land erneut einen weltweiten Höchstwert. Damit ist die Gesamtzahl der Infektionen auf mehr als 21 Millionen gestiegen, die der Todesfälle auf gut 230.000. Menschen sterben auch, weil es nicht genügend Sauerstoff gibt.“¹⁷ Legt man die beiden Zahlen 21 Millionen Infektionen und 0,23 Millionen Todesfälle zugrunde¹⁸, ergibt dies eine Sterblichkeitsquote von 1,1 Prozent. Hätte Indien eine Million gut ausgestattete Krankenhäuser zusätzlich (Leistungsverwaltung), wäre die Sterblichkeitsquote vermutlich geringer. Mehrere

internationale (Meta-)Studien aus dem Jahre 2020 wiesen eine Sterblichkeitsquote von etwa 0,3 Prozent Todesfälle je Infektionsfall aus. Die beiden Krankheiten sind folglich trotz aller Unzulänglichkeiten in den Statistiken in Bezug auf die Sterblichkeitsrate statistisch ähnlich¹⁹ Die exakte Quote ist auch hier nicht relevant. Möglicherweise liegt sie auch beim Doppelten des bisher angenommenen Wertes²⁰, d.h. bei vielleicht 0,6 Prozent.

Anhand dieses Zahlenmaterials soll lediglich deutlich werden, dass die COVID-19-Sterblichkeitsquote erheblich niedriger liegt als die Ebola-Sterblichkeitsquote von rund 60 Prozent und dass infolgedessen eher die Option „nichts“ als die Option „alles“ als Alternative in Betracht gekommen wäre. Die Frage heißt: Bei welchen Krankheiten (statische Daten) soll der deutsche Staat außer dem Fördern des Entwickelns und Anbietens von Impfstoffen „nichts“ tun und die Bürger auf ihre Eigenverantwortung verweisen?

b) Leistungsverwaltung

Der Deutsche Bundestag hatte im Fall COVID-19 entschieden, dass er Infektions-, Krankheits- und Todesfälle akzeptiert und sich zum Ziel gesetzt, die Krankenhäuser vor dem Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung zu bewahren.²¹ Wegen Fehlens von Personal und Material war in der Zeit vom ca. 11. März 2020 bis ca. 21. April 2020 und dann erneut ab ca. 25. Oktober 2020 mit dem nahenden Kollaps zu rechnen, so dass die getroffenen Lockdown-Maßnahmen, welche über die allgemeinen Regeln wie Abstandsregel, Maskentragungsregel, Hygienekonzept und Raumlüftung hinausgingen, grundsätzlich verhältnismäßig waren.²² Ein Staat, der die Option „Nichtstun“ wählen möchte, sollte dafür Sorge tragen, dass die Menschen, welche trotz Eigenverantwortung und etwaigen Impfangebots erkranken, in ihrer Nähe ein gut ausgerüstetes, nicht überfülltes Krankenhaus aufsuchen können. Kann er dies nicht, muss er sich „etwas“ anderes als die zu wählende Option einfallen lassen. Die Frage heißt: Wie viele Krankenhäuser mit wie vielen Betten und mit welcher Spezialisierung sollen bereitstehen (Kapazitäten)? Kommerziell betriebene Krankenhäuser müssen ökonomisch entscheiden und im Zweifel Bettenkapazitäten optimal begrenzen. Diese Notwendigkeit zur Sparsamkeit kann in einem Pandemiefall zu einem kontraproduktiven Resultat führen.

Möglicherweise benötigt der deutsche Staat einen Plan B. In einem Pandemiefall könnten Gebäude, welche sonst für große Veranstaltungen wie Kongresse oder Messen genutzt werden, binnen weniger Wochen in eine Art städtisches Lazarett umgewandelt werden. Soll der Staat für den Pandemiefall Krankenhäuser auf Vorrat bereithalten? Wer auf einen Lockdown verzichten will, muss eine ausreichende Gesundheitsversorgung gewährleisten. Wer keine Kapazitäten nutzen kann, kann auf einen Lockdown – zum Leidwesen der Bürger – nicht verzichten.

2. Option „alles“

Der Staat kann auch versuchen, alles Erdenkliche zu tun, um die Bürger vor einer Infektion zu bewahren. Dann aber muss er viel strikter und rigoroser vorgehen, als es Deutschland in den Jahren 2020 und 2021 getan hatte. Denn je härter der Grundrechtseingriff, desto kürzer muss er dauern. Dies gilt bei allen Infektionskrankheiten – sowohl bei Krankheiten mit einer Sterblichkeitsquote von vielleicht einem Prozent als auch bei Krankheiten mit einer Sterblichkeitsquote von vielleicht 60 Prozent. Bei einer Epidemie der Influenza oder einer Pandemie der COVID-19 darf der strikte Lockdown sicherlich nicht länger als – vorschlagsweise – zwei Monate dauern. Sonst wird bei einer statistisch relativ leichten Krankheit mit den „Kanonen geschossen“, d.h. das öffentliche Leben ausgeschaltet.

a) VR China

Die Politiker in der Volksrepublik China hatten sich im Februar 2020 für das Ziel der „Ausrottung“ des Virus auf dem gesamten Staatsgebiet entschieden. Sie haben nicht das Ziel ausgerufen, lediglich das Gesundheitssystem vor einer Überlastung der Krankenhäuser zu bewahren.

Die VR China gliedert sich in die Staatsebene, die Provinzebene, die Bezirksebene, die Kreisebene, die Gemeindeebene und die Dorfebene. Die provinzunmittelbare Stadtregion Wuhan ist verwaltungstechnisch auf der Bezirksebene angesiedelt. Die Bezirksebene-Einheiten dürfen in drei Politikbereichen eine eigene Gesetzgebung erbringen, und zwar in den Bereichen Stadtmanagement, Kulturerbe und Umweltschutz. Das Pandemie-Management zählt zum Bereich Stadtmanagement.²³ Die Gesetzgebungskompetenz ist durch Vorgaben von der Staatsebene eingeschränkt, hier durch das nationale „Gesetz zur Begegnung unvorhergesehener Vorfälle“ (Notfallgesetz), das „Gesetz zur Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten“ (Infektionsschutzgesetz (chinfSG)) sowie die Durchführungsverordnung „Verordnung über plötzliche öffentliche ▶▶

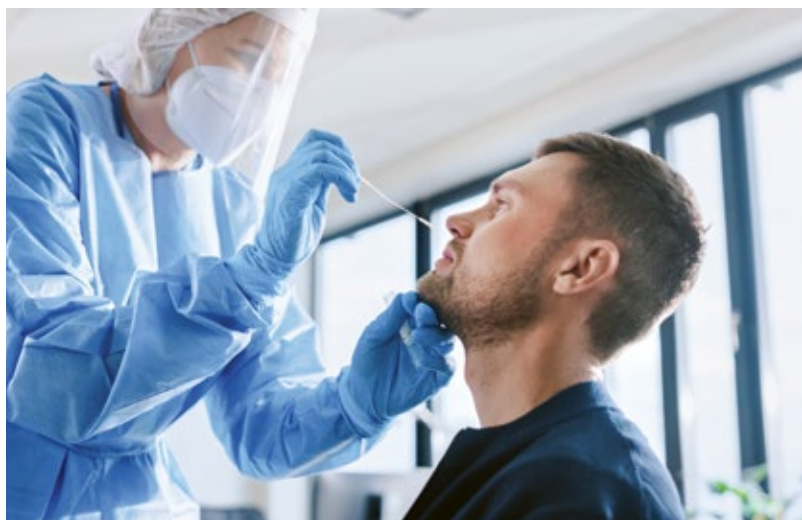


Foto: © stock.adobe.com - Gorodenkoff

► Gesundheitsnotfälle“ (chinGesNotfVO) samt des Präventionskonzepts „vorbereitender Plan für öffentliche Gesundheitsnotfälle“.²⁴ Die beiden gesetzlichen Prinzipien heißen Prävention und Kontrolle. Die Prävention hatte im Fall COVID-19 nicht funktioniert. Zwecks Kontrolle der Krankheit COVID-19 wurden mehrere Sondervorschriften eingeführt.²⁵ Nach § 42 chinGesNotfVO muss das Virus „gestoppt“, nach § 1 chinIfSG „eliminiert“ werden.²⁶

Die zur Kontrolle eingesetzten Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen begannen in der Stadt Wuhan am 23. Januar 2020 – ca. vier Monate nach Beginn des Krankheitsausbruchs – mit einem Verbot der Ausreise aus der Stadt. Einreise ja, Ausreise nein. Die Stadt wurde gegenüber den Einwohnern der Stadt über sechs Wochen lang (Ausgehsperrung) bzw. zehn Wochen lang (Ausreiseverbot) bis zum 08. April 2020 rigoros abgeriegelt. Innerhalb der Stadt bestand zunächst die Fortbewegungsfreiheit²⁷ Diese wurde erst am 10. Februar eingeschränkt (Ausgangssperre betreffend den Großteil der Bevölkerung) – und zwar von der Partei auf „Bundesebene“.²⁸ Wer krankheitsverdächtig war/wurde, musste sich zu einem Checkpoint begeben. Damit der Krankheitsverdacht begründet werden konnte, musste jeder Bürger ab dem 20. Februar zweimal täglich seine Temperatur messen (lassen). Das Tragen von Nase-Mund-Masken war verpflichtend und ist in Ostasien wegen der innerstädtischen Luftverschmutzung seit Jahrzehnten ohnehin üblich (Eigenverantwortung).

Die Einhaltung aller gesetzlichen und quasi-gesetzlichen Vorschriften wird in der VR China konsequent umgesetzt: durch die soziale Kontrolle vor Ort im Sinne eines Blockwart-Systems, durch die digitale Überwachung mittels an Straßenkreuzungen aufgestellten oder in Drohnen eingebauten Kameras mit Gesichtserkennungssoftware und mittels Mobilfunktechnik mit Bewegungsprofilanalyse. Der Zweck heiligt die Mittel. Er wird zu einem absoluten. Ein Motiv für die Wahl der Option „alles“ könnte es sein, dass ein Abstandhalten von 1,5 oder zwei Metern in Millionenstädten nicht immer möglich ist.

Die Politik der VR China funktioniert im Fall einer Krise militärähnlich. Dies gilt auch im Pandemiefall. Bei jedem kleinsten Verdacht auf eine Infektion wurde – ab März 2020 – mit Massentests reagiert. Im Herbst 2020 wurden in der Stadt Kashgar 4,7 Millionen Einwohner, in der Stadt Tianjin 2,3 Millionen Einwohner, in der Stadt Chingdao 10 Millionen getestet – auf Befehl der Behörden. Die dadurch erkannten paar Dutzend Infizierten wurden sofort in strikte Isolation und häusliche Quarantäne gesteckt. Auch alle Haushaltsmitglieder kommen in Quarantäne. Hinzu kommen strikte Einreisebeschränkungen für Ausländer. Es gibt nur wenige Ausnahmen. Einreisende Ausländer müssen in behördlich zugewiesene Hotels und dort zwei Wochen in behördlich, insbesondere digital überwachter Quarantäne verweilen. Jeder Infizierte ist einer zu viel.

Der chinesische Chef-Epidemiologe sagte im November 2020 überzeugt und erfreut: „Die Pandemie zu bekämpfen ist wie Krieg. Man muss schnell sein. Wenn alle im Land im selben Rhythmus voranschreiten, kann man stark sein und gewinnen. In diesem Sinne helfen uns die richtige Strategie und eine starke Führung.“²⁹ Der Feind, hier das (unsichtbare) Virus, muss mit allen Mitteln beseitigt, muss ausgerottet werden. Die staatlichen Maßnahmen sind schnell und drastisch und werden per Befehl durchgesetzt. Das Virus wurde als Volksfeind eingestuft. Motto: Jeder Infizierte ist einer zu viel. Zum Jahreswechsel 2020/2021 wurde in der Provinz Hebei ein neuer großer Ausbruch registriert. „Die Behörden riefen „den Kriegszustand“ im Kampf gegen das Virus aus. Ein Großteil der Transportverbindungen in die Provinzhauptstadt Shijiazhuang wurde unterbrochen. Der Bahnhof wurde geschlossen, wie Staatsmedien berichteten. 80 Prozent der Flüge wurden gestrichen. Auch Busverbindungen wurden ausgesetzt. Die elf Millionen Einwohner werden getestet. Einige Wohngebiete wurden abgeriegelt. Der Unterricht in Kindergärten, Volks- und Mittelschulen wurde ausgesetzt. Zusätzliches medizinisches Personal wurde in die Stadt entsandt.“³⁰

b) Australien

Das Motto „Jede Infektion ist eine zu viel.“ wird auch von anderen Staaten verfolgt: Australien, Neuseeland, Republik China (Taiwan), Südkorea, Thailand, Vietnam, teils Japan und Norwegen. Die eingesetzten Mittel/Schutzmaßnahmen variieren und führten, weil nicht ganz so streng wie in der VR China durchgesetzt, zur deutlichen Reduzierung der Infektionszahlen, wenn auch nicht immer ununterbrochen. Aber immerhin. Der Erfolg war signifikant größer als der der deutschen Corona-Politik.

Australien setzte ab September 2020 auf einen strengen Lockdown bei gleichzeitigem Einreiseverbot für Ausländer und Schließen der innerstaatlichen Grenzen zwischen den Provinzen (Bundesländern) mit deren eigenen Grenzkontrollen. Die australischen Seehäfen wickeln fast 99 Prozent des Außenhandels ab und durften, damit die Wirtschaft nicht zusammenbricht, weiterhin von Frachtschiffen angefahren werden. Für den Personenverkehr war die australische Grenze weitgehend geschlossen, insbesondere für Personen mit zeitlich befristeter Aufenthaltserlaubnis, die nach einem Auslandsaufenthalt zurückkehren möchten, sowie für ausländische Reisende. Australische Staatsbürger und Inhaber einer dauerhaften Aufenthaltserlaubnis konnten einreisen, mussten sich aber nach der Einreise unmittelbar für 14 Tage in eine verbindlich angeordnete Quarantäne begeben, wofür die Regierung eigens Hotels angemietet hat, welche unter Bewachung stehen.³¹ In allen Häfen Australiens galten für die Besatzungen Quarantäneregelungen. Die Besatzungen durften ihre Schiffe nur verlassen, wenn seit dem Auslaufen aus dem letzten



Foto: © stock.adobe.com - michaelheim

ausländischen Hafen mindestens 14 Tage vergangen und keine Krankheitsfälle an Bord aufgetreten waren.³² Die Regeln galten mehrere Monate lang; die Quarantänehotels des Staates waren stark ausgelastet.³³

c) WHO

Die WHO hatte die Erfolgsrezepte aus insbesondere dem asiatischen Raum am 26. Oktober 2020 zusammengefasst und als Empfehlung gegeben: 1. physische Kontakte reduzieren, 2. Infizierte in Quarantäne isolieren (strikt!), 3. weitere Infizierte suchen und ebenfalls isolieren (Kontakt-Nachverfolgung; strikt!), 4. staatliche oder innerstaatliche Grenzen schließen (Einbeziehung jeglicher Migration).³⁴ Die deutschen Parlamentarier haben sich gegen dieses strikte Vorgehen, gegen die WHO-Empfehlung entschieden. Hätten sie die Erkenntnisse der WHO umgesetzt bzw. umsetzen können, wäre uns der fortgesetzte, ab April „Notbremse“ genannte Lockdown sicherlich erspart geblieben. Ein kurzer, harter Lockdown kann verhältnismäßig sein. Am Anfang steht die politische Zielbestimmung, und die gewählten Mittel müssen in einem angemessenen Verhältnis zum gesetzlichen Zweck stehen. Freilich muss das Reagieren auf einen Pandemie- oder sonstigen Katastrophenfall regelmäßig geübt werden (vgl. §§ 21 ff., 6 ff. ZKSG, §§ 1 f. BBKG). All dieser Aufwand namens „alles“ mag im COVID-19-Fall übertrieben klingen. Bei welchen Krankheiten sollte sich die deutsche Politik für die Option „alles“ entscheiden?

3. Option „etwas“

Jeder Mittelweg zwischen „nichts“ und „alles“ wird kompliziert. Der Zweck, die Zielgruppe, die für Grenzziehungen maßgeblichen Zahlen, die Maßnahmen der Leistungsverwaltung (Krankenhäuser-Ausstattung etc.) sind zu bestimmen.

a) Zweck und Zielgruppe

Der Staat muss sich entscheiden, zu welchem Zweck und wen er schützen möchte. Wählt er das Ziel, die öffentliche Gesundheitsversorgung vor dem Kollaps zu bewahren, muss er entscheiden, mithilfe welcher Zielgruppe er dieses Ziel erreichen will. Er kann alle Menschen schützen oder nur die Menschen der Risikogruppen schützen wollen. Streng genommen ist diese Unterteilung keine solche im Sinne eines Entweder-Oder. Denn es werden

in der Rechtspraxis stets alle Menschen durch zumindest geringfügige Grundrechtsbeeinträchtigungen wie die Verpflichtungen zum Einhalten eines Abstands, zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, zum Durchführen der Raumlüftung, zum Durchführen eines Hygienekonzepts usw. geschützt. Bloß werden die Menschen der Risikogruppen zusätzlich oder eben nicht zusätzlich durch zielgerichtete, zeitlich oder räumlich mittelschwere oder sehr schwere Grundrechtsbeeinträchtigungen bestimmter Personen (nicht notwendig identisch mit der Zielgruppe) geschützt. Je nach Zielgruppe fallen die Grundrechtseingriffe in der Breitenwirkung stärker oder schwächer aus. Werden nur die Risikogruppen in den Blick genommen, kann das öffentliche Leben, welches außerhalb der Risikogruppen stattfindet, ohne einen alle Menschen beeinträchtigenden Lockdown stattfinden.

b) Ausnahmen und Bezugszahl

Je enger die Zielgruppe, desto weniger Ausnahmen von den Geboten/Verboten sind nötig. Werden alle Menschen als Zielgruppe definiert, müssen viel mehr Ausnahmen zugelassen werden als bei den Optionen namens „alles“ oder „nichts“.

In rechtlicher Hinsicht geht es bei der Festlegung der Ausnahmen um die Frage, ob die Ausnahmen die Verwirklichung des politisch festgelegten Ziels/Zwecks des Lockdowns gefährden. Im Fall der Corona-Pandemie 2020/2021 wurde als Zweck die Verhinderung des Kollapses des Gesundheitssystems bestimmt. Geht man davon aus, dass sich das Virus insbesondere in Räumen verbreitet (Sachverhalt I), müssen die gesetzlichen Ausnahmen der Lockdown-Gebote und -Verbote so gesetzt werden, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung durch Kontakte im Raum nicht gefährdet wird. Geht man davon aus, dass sich das Virus überall bei zu geringem Abstand verbreitet (Sachverhalt II), müssen die gesetzlichen Ausnahmen der Lockdown-Gebote und -Verbote so gesetzt werden, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung durch Kontakte drinnen wie draußen ohne Abstandswahrung nicht gefährdet wird. In dem ersten Fall müssten Treffen in den Räumen grundsätzlich verboten und Treffen im Freien grundsätzlich erlaubt werden. Im zweiten Fall müssten überall Abstandsregeln eingehalten werden. Die erste Staatsgewalt sollte die zu verhindernde Ursache für die Virusverbreitung benennen und diesbezüglich gut begründete Quoten wie z.B. die Inzidenzwerte zugrunde legen oder Obergrenzen von Kontakten oder Abständen festlegen. Die Quote macht hier das Gift. Welche Quote ist erforderlich, um die Zielerreichung nicht zu gefährden? In tatsächlicher Hinsicht ist zu beachten, wie viele Menschen die gesetzlichen Ausnahmegesetze für sich nutzen können werden. Es sind nicht nur die relativen Zahlen, sondern auch die absoluten von Einfluss. ►►

► Die zweite Staatsgewalt sollte zudem in den Krankenhäusern – soll der Kollaps verhindert werden – zum einen die sog. Stress- oder Belastungstests durchführen und zum anderen möglichst noch während der Pandemie die Kapazitäten in den Krankenhäusern erhöhen, etwa spezielle Krankenhäuser einrichten oder Lazarets aufbauen. In Deutschland sieht die Kliniksituation nicht optimal gut aus. Mitte Februar 2021 wurde im Fernsehen berichtet: „Wenn Sie oder jemand aus Ihrer Familie im Notfall auf ein Krankenhaus angewiesen ist, sollte es nicht allzu weit weg sein. Doch zurzeit werden reihenweise kleinere Kliniken geschlossen – auch solche, die Covid 19-Patienten behandelt haben. Ausgerechnet der Corona-Rettungsschirm verschärft jetzt das große Kliniksterben in der Pandemie. Die Regierung hatte zwar beschworen, eine Überlastung der Krankenhäuser mit allen Mitteln zu vermeiden. Jedes Klinikbett zähle. Trotzdem wurden 2020 genau 20 Kliniken dichtgemacht – trotz Corona. Und es sollen nicht die letzten sein. Beispiel Krankenhaus Ingelheim. Erst noch zur Corona-Spezialklinik aufgerüstet. Und dann Ende Dezember geschlossen. Nach 80 Jahren. Alles muss raus. Auch die 190 Mitarbeiter: alle entlassen – auf dem Höhepunkt der zweiten Welle.“³⁵ Kann der Staat nicht Krankenhäuser vorübergehend finanziell so unterstützen wie er eine große Fluggesellschaft (Lufthansa) und einen großen Reisekonzern (TUI) unterstützt hat? Damit die Maßnahmen samt den Ausnahmen das Ziel nicht verfehlen, müssen seitens der ersten und der zweiten Staatsgewalt zahlreiche Berechnungen angestellt und auch kommuniziert werden. Welche Ursache, welcher Kausalverlauf soll bekämpft werden? Welche Zahl (Quote, Obergrenze, Menschenanzahl) soll erreicht bzw. geduldet werden? Ohne Berechnungen droht ein Lockdown nach dem Gießkannenprinzip. Das von der Politik zur Bekämpfung der Krankheit COVID-19 gewählte Mittel der Virusverbreitungseindämmung war die Verhinderung zu vieler sozialer Kontakte zwischen den Menschen untereinander. Zwischen drinnen und draußen wurde nicht wirklich unter-

schieden. Wie viele soziale Kontakte darf es geben, damit die öffentliche Gesundheitsversorgung noch funktioniert? Die deutsche Politik hatte auf diese Frage keine Antwort parat.

c) Umfang und Ungleichbehandlungen

Die Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und die Unternehmens- und Gewerbefreiheit (Art. 14 GG) wurden in Deutschland anlässlich der COVID-19 grundsätzlich nicht eingeschränkt. Firmen mit Büros oder Produktionsstätten durften weiterhin Waren, beispielsweise Lebensmittel und für den Export bestimmte Produkte herstellen und vertreiben. Ebenso durften die Verkehrsunternehmen des ÖPNV ihre Beförderungsleistungen anbieten.

Eine Ungleichbehandlung gab es innerhalb der Gruppe der Unternehmen mit Räumen insofern, als Verkehrsunternehmen (des ÖPNV) und sonstige Unternehmen unterschiedliche Hygienekonzepte praktizieren durften. In den ÖPNV-Verkehrsmitteln (Räumen) wurden die Abstandsregeln und die Raumlüftung nicht gesetzlich gefordert. Lediglich die Mund-Nasen-Schutz-Maske als Hygienekonzept brauchte getragen werden. Es wurde nicht angeordnet, dass die oberen Seitenfenster in den Bussen, Straßenbahnen und U-Bahnen während der Fahrt geöffnet zu bleiben haben – anders in Japan. Alleinige Voraussetzung des Offenhaltens der übrigen Unternehmen war die Bereitstellung eines Hygienekonzepts mit Abstandsregel, Mund-Nasen-Schutz und Raumlüftung etc. Diese Ungleichbehandlung unter den Unternehmen wurde mit der sog. Systemrelevanz gerechtfertigt. Die Systemrelevanz jedoch läuft konträr zu den medizinischen Notwendigkeiten. Wie viele soziale Kontakte wurden in den Verkehrsmitteln des ÖPNV ermöglicht und haben zu einer Gefährdung des verfolgten Ziels beigetragen?

Eine weitere Ungleichbehandlung bestand zwischen den Unternehmen, welche Berufstätigkeiten ausschließlich in den Räumen zeigen (nur drinnen), und Unternehmen, die Berufstätigkeiten sowohl drinnen als auch im Freien (z.B. Gaststätten und Freizeitparks) zeigen. Die Unternehmen, die ihre Warenproduktion oder Dienstleistungen nur drinnen durchführten, wurden gegenüber denjenigen Unternehmen, welche Kundenkontakt auch außerhalb haben, bevorzugt – statt umgekehrt. Beispielsweise die Einzelhandelsgeschäfte, Gaststätten und Restaurants mussten ihre Räume komplett oder unter der Ausnahme der Einhaltung der Regel „nur xy Quadratmeter Verkaufsfläche je anwesendem Kunden“ schließen. Teils blieb diesen Unternehmen sogar die Bedienung der Kunden an der Tür (take away food) oder die Bedienung draußen im Freien (Biergarten, Eisdielen oder Restaurants mit Freifläche am Bürgersteig) verwehrt. Anders aber in den Büros... Eine Ungleichbehandlung bestand drittens zwischen den Unternehmen der Erwachsenen- und den staatlichen Bil-



Foto: © stock.adobe.com - Halfpoint

dungsinstitutionen wie Kita, Schule, Hochschule zugunsten der Kinder, obwohl beide ihre Arbeit in Räumen verrichten. Die Kinder durften während der Lockdown-Phasen (Verbote) die Schule grundsätzlich nicht besuchen. Der Schulbesuch und der Besuch einer Kindertagesstätte aber sind für Kinder nichts anderes als eine Art Arbeit. Dort lernen sie für das spätere Erwachsenen- und Erwerbsleben. Des Weiteren können deren berufstätige Eltern nicht selten nur dann in die Büros oder Produktionsstätten gehen, wenn ihre Kinder in der Schule oder Kita untergebracht sind. Die Eltern gehen zur Arbeit, die Kinder zur Schule. Weshalb durften sich Erwachsene in ihrem Büro oder in ihrer Fabrik oder im Schlachthaus treffen, nicht aber Kinder in den Klassenräumen? Hatte ein Unterricht mit halber Kinderzahl (Abstandsregel) oder im Freien den Kollaps der Gesundheitsversorgung tatsächlich gefährdet?³⁶

d) Augenmaß und Schwere

Der Staat darf, will er nicht mit zweierlei Maß messen, eine leichte oder mittelschwere Krankheit (hier COVID-19) nicht so sehr bekämpfen wie eine sehr schwere Krankheit (z.B. Tuberkulose, Ebola). Dies folgt aus dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Wird eine Krankheit, die aus Sicht des Gesetzgebers als geringwertig eingestuft wird (Beispiel: Influenza), nicht bekämpft (Option „nichts“), so muss der Gesetzgeber eine Krankheit, die medizinisch in etwa gleich einzustufen ist (Beispiel: COVID-19), ähnlich „behandeln“ – meiner Meinung nach nicht mit einem alle Menschen in ihren Rechten einschränkenden Lockdown nach §§ 32, 28, 28a, 28b IfSG, sondern mit einem auf die Risikogruppen zielenden Konzept. Dies gilt jedenfalls ab dem Zeitpunkt, ab welchem hinreichend Impfstoff zur Verfügung steht, d.h. alle Bürger, die sich freiwillig impfen lassen wollen, auch jeweils zwei Impfungen erhalten können. Die Krankheit COVID-19 entspricht statistisch eher der Influenza als der Ebola, welche eine Sterblichkeitsrate von rund 60 Prozent aufweist.

Wäre dem nicht so, drohte uns im Fall des Ausbruchs einer sehr schweren Krankheit die Anwendung der Option „alles“. Einen anderen Gestaltungsspielraum gäbe es dann nicht mehr, zumindest nicht, wenn man Wertungswidersprüche vermeiden möchte. Für die Einstufung künftiger Krankheiten in schwere oder leichte sollten Abgrenzungskriterien bestimmt werden.

e) Territorien und Neugliederung

Australien hatte während der Corona-Pandemie die einzelnen „Bundesländer“ (Bundesstaaten) abgeriegelt, um die innerstaatliche Virusverbreitungsunterbrechung zu erzielen (s.o.). In Deutschland wurden im Sommer 2020 und zu Ostern 2021 einige der deutschen Ostseeinseln und Nordseeinseln für Touristen gesperrt. Die Stadt Rostock hatte das Einkaufen in den Rostocker Geschäften während einiger



Foto: © Deutscher Bundestag/Henning Schacht

Konstituierende Sitzung des Deutschen Bundestages für die 20. Wahlperiode, 26.10.2021, Plenarsaal im Reichstagsgebäude in Berlin

Wochen oder Monate des Jahres 2020 nur den Bürgern mit Hauptwohnsitz in Rostock erlaubt. Diese Maßnahme des Fernhaltens externer Bürger und damit das Verhindern der Durchmischung der Bürger könnte zur Eindämmung der Krankheitsverbreitung vorübergehend leicht beigetragen haben. Eine künftige Strategie könnte auf dauerhafte Grenzsperrungen setzen.

Der Deutsche Bundestag sollte überlegen, ob bei bestimmten künftigen Krankheiten die innerdeutsche Grenzziehung angezeigt ist. Deutschland könnte in z.B. neun Bundesländer oder vielleicht 30 Regionen aufgeteilt werden. Die Bürger dürften das jeweilige Land bzw. die jeweilige Region nicht verlassen (Eingriff in das Recht auf Freizügigkeit nach Art. 11 GG), und zwar so lange, bis die Pandemie im eigenen Bezirk und auch in dem angrenzenden Bezirk (Land/Region) beendet ist. Schritt für Schritt könnten auf diese Weise immer größere Regionen innerhalb des Staatsgebiets entstehen, in denen sämtliche Schutzmaßnahmen wieder aufgehoben sind. Diese Politik könnte Nachbarstaaten einbeziehen – ein Europa der Regionen. Im Frühjahr 2020 wurde die Grenze zu Luxemburg gesperrt. Luxemburg könnte in Zukunft wie eine deutsche Region behandelt werden.

Die innerdeutsche Grenzziehung machte einen neuen Zuschnitt der Länder empfehlenswert. Das Absperren der kleinflächigen Länder Bremen (separat Bremerhaven), Hamburg und Berlin könnte von der jeweiligen Bevölkerung als zu hart empfunden werden. Doch weshalb nicht eine Neugliederung des Bundes? Schon jetzt werden die Länder Hamburg und Berlin wie kreisfreie Städte behandelt (§§ 28a Abs. 3 S. 3, 28b Abs. 8 IfSG), d.h. als Länder ignoriert. Es gibt mit Blick auf Art. 29 GG seit Jahrzehnten Vorschläge zur Zusammenfassung einiger Länder. Sieben, acht oder neun Länder könnten ausreichen und für politische Maßnahmen zwecks Bekämpfung einer Naturkatastrophe o.a. besser geeignet sein. Es könnten miteinander fusioniert werden: 1. Niedersachsen und Bremen, 2. Schleswig-Holstein und Hamburg und der westliche Teil Mecklenburg-Vorpommerns, 3. der östliche Teil Mecklenburg-Vorpommerns und Berlin und Brandenburg, 4. Sachsen-Anhalt und Sachsen zu Obersachsen, ►►

- 5. Rheinland-Pfalz und Saarland und Baden-Württemberg zu Südrhein-Pfalz. Bei Fortbestehen der anderen vier Länder (NRW, Hessen, Thüringen, Bayern) hätten wir dann neun Bundesländer. Womöglich könnten von den Landesregierungen Naturkatastrophen einschließlich Pandemien besser bekämpft werden.

III. Ergebnis

Im Fall einer Pandemie muss der Staat den Schweregrad der zu bekämpfenden Krankheit bestimmen und die Verbreitungsursache dieser Krankheit identifizieren (Sachverhalt). Sodann kann er das politische Ziel festlegen. Mit welcher Strategie (Optionen „nichts“, „etwas“, „alles“) reagiert der Staat bei den schwerwiegenden, den mittelschweren und den leichten Krankheiten? Die Schutzmaßnahmen sind streng auf diesen Zweck hin auszurichten (bei der Option „etwas“ bezogen auf die Quote/Grenze). Wo wird das Virus typischerweise übertragen – in den Räumen, im Freien, bei einem Abstand von unter X Metern? Wie viele Kontakte müssen hierfür hier und dort sowie von wann bis wann verhindert werden, damit die Belastungsgrenze der Krankenhausärzte nicht überschritten wird? Sind Erwachsene wie auch Kinder Krankheitserregerüberträger? Welche geografischen Grenzen sollen gezogen werden – Freizügigkeitsbeschränkung nach Bundesländern wie in Australien, Abriegelungen von Städten wie in Wuhan, Quarantäne von Einreisenden in Quarantänehotels, Quarantäne von Infizierten oder Erkrankten zu Hause? Ausnahmen sind aus medizinischer Sicht nicht deshalb zu gewähren, um die Bürger vor dem wirtschaftlichen Untergang zu bewahren oder um eine Systemrelevanz abzusichern, sondern so zu ermöglichen, dass das Ziel, die zu definierende Grenze einzuhalten, nicht ausgehebelt wird. Die gewählte Strategie soll ja funktionieren/aufgehen. Medizin (Virologie) aber ist nicht alles. Auch die anderen Grundrechte als dasjenige auf Leben und körperliche Unversehrtheit sind in die politische Entscheidung einzubeziehen. Deshalb kann es verfassungsrechtlich durchaus geboten sein, über das medizinisch Sinnvolle hinaus weitere Ausnahmen von den Schutzmaßnahmen zuzulassen (vgl. § 28a Abs. 2, Abs. 6 IfSG). Eine politische Entscheidung muss sowohl die Medizin als auch die übrigen Wissenschaftsdisziplinen im Blick haben (Art. 1 Abs. 3 GG). Nichtsdestotrotz muss bei allen Entscheidungen die Gefährdung bzw. Nichtgefährdung der öffentlichen Gesundheitsversorgung der entscheidende Bezugspunkt im Rahmen der Option „etwas“ sein. Jede Schutzmaßnahme ist umgehend zu beenden, sobald die Gefährdung der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht mehr besteht. Damit der Deutsche Bundestag diese Zeitgrenze nicht versäumt, muss er die diesbezügliche Grenzziehung markierenden Zahlen kennen. Sonst beginnt er mit den Grundrechtseingriffen sofort (schnell) und lässt

sich mit der nötigen Aufhebung der Grundrechtseingriffe mangels Kenntnis von den Zahlen unzulässig viel Zeit (langsam).

Die gründliche Nacharbeit bezüglich der Corona-Pandemie sollte, den als nächstes betroffenen Generationen zuliebe, ein in sich stimmiges Konzept hervorbringen und im Anwendungsfall ein erfolgreiches Handeln ermöglichen. ■

Der Textbeitrag erschien erstmals in RPG 2/2021.

Die DHZ-Redaktion dankt dem Autor und der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. (GRPG) für die Abdruckgenehmigung.

Der Hessische Zahnarzt (DHZ), 1-2/2022

Das Literaturverzeichnis können Sie unter www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten herunterladen.

LEISTUNGSERBRINGER TRAGEN KEINE VERANTWORTUNG FÜR MÖGLICHE DATENSCHUTZVERSTÖSSE IM RAHMEN DER TELEMATIK-INFRASTRUKTUR (TI)

Die Zeitschrift „Ct“ hatte von „Konnektoren“ in ärztlichen und zahnärztlichen

Praxen berichtet, die personenbezogene Daten in Protokolldateien speichern. „Konnektoren“ sind staatlich verordnete elektronische Schaltstellen, die den Datenaustausch zwischen Praxen und anderen Teilnehmern der Telematik-Infrastruktur ermöglichen. Datenspeicherungen in Konnektoren sind entsprechend den Richtlinien der „gematik“ jedoch nicht erlaubt.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz stellte in der unzulässigen Protokollierung eine Verantwortlichkeit der Leistungserbringer wie Ärzte und Zahnärzte fest – entgegen der Verfügung des Gesetzgebers.

„Es kann nicht sein, dass die Leistungserbringer für mögliche Datenschutzverstöße verantwortlich gemacht werden, die durch konstruktive Mängel einer vom Gesetzgeber vorgeschriebenen und von der „gematik“ zertifizierten Einheit entstanden sind“, stellt der stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen Dr. Jürgen Hadenfeldt fest.

Vielmehr stehe die „gematik“ in der Pflicht, Mängel, die zu Datenschutzverstößen führen, umgehend eigenverantwortlich zu beseitigen, und die Verantwortung dürfe in diesen Fällen nicht auf die Leistungserbringer abgewälzt werden, betont Dr. Hadenfeldt und fordert eine schnelle Beseitigung etwaiger Mängel. ■

Presseinfo der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), 09.03.2022



Klartext

DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Krebs: Europäische Kommission plant Überarbeitung der Leitlinien zur Früherkennung – CED und BZÄK fordern Aufnahme von Mundhöhlenkrebs

Innerhalb der Schwerpunktinitiative „Europas Plan gegen den Krebs“ hat die Europäische Kommission für das dritte Quartal 2022 ein neues EU-Krebsvorsorgeprogramm angekündigt. Auch die EU-Leitlinien zur Krebsfrüherkennung werden aktualisiert. Vorbereitend wurde im Januar öffentlich sondiert. Der europäische Dachverband der Zahnärzteschaft, der Council of European Dentists (CED), und die Bundeszahnärztekammer haben sich dafür ausgesprochen, Mundhöhlenkrebs in die Leitlinien neu aufzunehmen.

Mundhöhlenkrebs ist aufgrund der häufig zu späten Diagnostik eine der Krebsarten mit der niedrigsten Überlebensrate in der EU. Die Überlebensrate sinkt von 80 Prozent bei Früherkennung auf nur 50 Prozent bei Späterkennung. Die Hauptursachen für Mundkrebs sind Tabak- und Alkoholkonsum sowie das humane Papillomavirus. Daher ist es von Bedeutung, Prävention als auch Früherkennung sowie Aufklärung europaweit zu verbessern.

Mehr dazu unter:

→ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_de

Infografik Krebs in Mundhöhle oder Rachen

Krebs der Mundhöhle und des Rachens ist bei Männern die achthäufigste, bei Frauen die dreizehnhäufigste Krebsneuerkrankung.

Eine aktuelle Infografik stellt die BZÄK kostenlos zur Verfügung:

→ www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/mhk/Mundhoehlenkrebs_Grafik.jpg

eRezept: Verlängerung der Testphase ist richtige Entscheidung

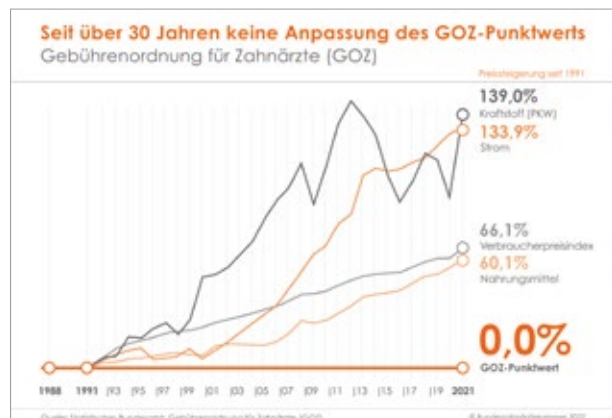
Mitte Februar gab das BMG bekannt, den bundesweiten Start des eRezepts so lange verschieben zu wollen, bis alle notwendigen Qualitätskriterien für den Regelbetrieb erreicht sind. Die BZÄK begrüßt diese Entscheidung. Schon im Dezember letzten Jahres hatte sie an den Gesetzgeber appelliert, das eRezept erst nach ausreichender Testung und erwiesener Praxistauglichkeit in die Versorgung zu überführen. Die Erfahrung der vergangenen Monate zeigt: wer Praxen zu Versuchseinrichtungen umfunktioniert, die mitten im Praxisgeschehen Trial and Error neuer Technik durchspielen, verliert am Ende das Vertrauen sowohl bei (Zahn)Ärztinnen und (Zahn)Ärzten als auch bei Patientinnen und Patientinnen.

Reformstau Gebührenordnung

Der jahrzehntelange Reformstau in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) divergiert mit den immensen allgemeinen Preissteigerungen seitdem. Bei der GOZ wurde 1987 zuletzt der Punktwert aktualisiert. Alles wurde teurer, nur der GOZ-Wert blieb im DM-Pfennigwert eingefroren. Auf der künftigen Tagesordnung der Politik muss endlich die Novellierung der GOZ stehen.

Preissteigerungen im Chart:

→ www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/kostenindex.jpg



Steuerzuflüsse als schleichendes Gift – Wie raus aus der Finanzierungstillusion?



Foto: © stock.adobe.com

Zuerst waren es die Auswirkungen der Corona-Pandemie, aktuell verdeckt der Krieg in der Ukraine die gravierenden Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Am 6. März 2022 ließ SPD-Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (59) per Interview durchblicken, dass er sich endlich diesem Zukunftsthema stellen und zeitnah ein GKV-Finanzierungsgesetz vorlegen will. Wie die Details aussehen könnten, das ließ er weitgehend offen. Auch die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker der „Ampel“-Koalition hüllen sich in Schweigen. Dafür meldet sich nun der Generalsekretär der thüringischen FDP, Robert-Martin Montag MdL (41) zu Wort. Der stellvertretende Vorsitzende des Bundesfachausschusses „Gesundheit und Pflege“ der Partei konkretisiert zielgenau die entsprechenden Passagen des Koalitionsvertrages. Kurzfristig unterstützt er einige Vorstellungen der Kassenverbände, mittel- und langfristig würde der diplomierte Politikwissenschaftler das norwegische Vorbild eines „Staatsfonds“ weiterentwickeln wollen, um die GKV-Finanzierung nachhaltig zu sichern. In der dfg-Rubrik „Ich bitte um das Wort“ erhalten Entscheidungsträgerinnen und -träger aus dem bundesdeutschen Gesundheitswesen die Möglichkeit, statt in Interviews zu aktuellen Themen Stellung zu beziehen.

Steuerzuflüsse als schleichendes Gift – Wie raus aus der Finanzierungstillusion?

Das umlagefinanzierte und durch Steuerzuschüsse ergänzte System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht vor gewaltigen Herausforderungen: Ausgabenseitig bestehen eine Vielzahl struktureller Probleme. Die Einnahmeseite ist dagegen trotz der Ergänzung um Steuerzuflüsse nicht in der Lage, die Finanzierung der GKV zu sichern. Vordringliche Aufgabe der Politik muss es sein, die Qualität der Leistungen und deren Finanzierung sicherzustellen, die Beiträge der Mitglieder stabil zu halten und die steuerfinanzierten Zuschüsse abzuschmelzen.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Steuerzuflüsse zur Finanzierung der GKV gibt der nachfolgende Debattenbeitrag einen politischen Impuls und will mögliche Handlungsoptionen aufzeigen.

Steuerzuschüsse steigen in 2022 auf ein neues Rekordhoch

Angesichts der angespannten Finanzlage in der GKV hat der Haushaltsgesetzgeber den Bundeszuschuss für 2022 nochmals um sieben Mrd. € erhöht. Die neue Ampel-Regierung folgt damit der im Koalitionsvertrag enthaltenen Ankündigung, den Bundeszuschuss zur GKV zu dynamisieren und beabsichtigt, an dem im Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen Zwei-Säulen-Modell zur Finanzierung der GKV festzuhalten. Gesundheitsökonominnen schlagen dagegen Alarm und fordern einen Kurswechsel. Schließlich erreicht der Bundeszuschuss zur GKV im Jahr 2022 mit 28,5 Mrd. € einen neuen Rekordwert. Bis 2025 rechnet man sogar mit einer Finanzierungslücke von bis zu 35 Mrd. €. Steuerzuschüsse als signifikanter Teil der Finanzierungsstruktur des Zwei-Säulen-Modells bergen erhebliche Risiken und sind nicht geeignet, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems dauerhaft zu sichern. Mit jeder weiteren Bezuschussung wird ein Placebo-Effekt erzeugt, der die zugrundeliegenden Ursachen unangetastet lässt und die nachfolgend skizzierten Konsequenzen verschärft.

Steuerzuflüsse sind nicht generationengerecht und unsolidarisch

Das Umlageverfahren ist nur so lange solidarisch, solange es gelingt, eine ausgeglichene Ausgestaltung zwischen den Generationen herzustellen. Höhere Steuerzuschüsse schränken dagegen die Freiheit der aktuellen Steuerzahler,

aber auch zukünftiger Generationen massiv ein. So werden die heute zugesagten Leistungen im Wesentlichen über neue Schulden finanziert. Tilgung und Zinszahlungen gehen dann zulasten der nachfolgenden Generationen. Dabei werden die Mitglieder der GKV sogar doppelt belastet, da sie neben ihren Beiträgen auch über die Steuerfinanzierung zur Sicherung der GKV beitragen. Eine veritable Gerechtigkeitslücke entsteht den Mitgliedern der Privaten Krankenversicherung (PKV), die über ihre Steuern die GKV mitfinanzieren, ohne überhaupt Leistungen daraus zu beziehen.

Steuerzuflüsse bewirken Nachteile für den Wirtschaftsstandort Deutschland

Durch erhebliche und sich summierende Steuerzuflüsse in die Sozialversicherungssysteme – wie etwa dem Gesundheitswesen – entstehen dem Wirtschaftsstandort Deutschland erhebliche Nachteile, da sie potenzielle Investitionsmittel des Bundeshaushalts in den konsumtiven Bereich verschieben. Auf diese Weise werden Wachstumsimpulse aus dem Bundeshaushalt in die Wirtschaft reduziert und die Bildung von nachhaltigen Wachstumschancen für nachfolgende Generationen geschmälert.

Demographischer Wandel als Sargnagel des aktuellen Finanzierungssystems der GKV

Der eingeschlagene Weg der Finanzierung der GKV wird das System der GKV – aber auch alle anderen Systeme der sozialen Sicherung – in absehbarer Zeit in eine Sackgasse führen. Der demographische Wandel fordert das System zusätzlich heraus als die Alterung der Gesellschaft die Nachfrage nach Leistungen im Gesundheitsbereich verstärken, während sich die daraus resultierenden steigenden Lasten auf immer weniger Schultern verteilen. Darüber hinaus war das Ausgabenwachstum in der GKV in den vergangenen 30 Jahren bereits deutlich stärker als die Entwicklung der Einkommen.

Kurzfristige Entlastungspotenziale für die GKV

Kurzfristige Kostendämpfungserfolge ließen sich zunächst über eine nicht unproblematische Kürzung des Leistungskatalogs erzielen. Damit würde allerdings die Finanzierungsverantwortung von den Versicherten ausschließlich auf die Patienten und Leistungserbringer übergehen, verbunden mit der Gefahr, die finanzielle Schutzfunktion der umlagefinanzierten Krankenversicherungen auszuhöhlen. Als bessere Alternativen zur kurzfristigen Entlastung des Systems erscheinen

- (1.) eine Reduzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel,
- (2.) eine Ausfinanzierung der Beteiligungssätze von ALG-II-Empfängern und
- (3.) die Einhaltung der Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Übernahme der Investitionskosten für Plankrankenhäuser durch die Länder.

Explizit kann das indes nur ein erster Schritt sein, da kurzfristige Einsparungen nicht ausreichen, um die Finanzierung der GKV langfristig sicherzustellen. Es ist daher unumgänglich, eine Alternative zu entwickeln, um die GKV generationengerecht zukunftsfit zu machen.

Ein kapitalgedeckter Absicherungs- und Zukunftsfonds als dritte Säule zur langfristigen Stabilisierung der GKV!

Aufgrund der Auswirkungen des demographischen Wandels und des zunehmenden technischen Fortschritts ist bis 2040 mit Gesundheitsausgaben in Höhe von rund 700 Mrd. € zu rechnen. Das entspricht einem Aufwuchs von 300 Mrd.€ gegenüber dem Jahr 2019.

Angesichts dieser Entwicklung muss es ein langfristiges Ziel sein, die Beiträge der Mitglieder stabil zu halten und die steuerfinanzierten Zuschüsse abzuschmelzen. Das geht nur, wenn der Staat die kapitalgedeckte Fondsfinanzierung für sich als dritte Säule neben der Umlage- und Steuerfinanzierung entdeckt. Als Vorbild könnte der norwegische Staatsfonds dienen, der politisch völlig unabhängig agiert und in den letzten zwei Jahrzehnten durchschnittlich knapp 6 Prozent an Erträgen erwirtschaftet hat. So könnte über einen über 10-15 Jahre angelegten Absicherungs- und Zukunftsfonds ein Belastungsschutz für künftige Generationen geschaffen werden. Die über den Fonds erwirtschafteten Erträge könnten der GKV zugutekommen und die Finanzierungslücke in den ersten beiden Säulen schließen. Der Kapitalaufbau könnte aus Steuermitteln (etwa Tabak und Alkoholsteuer), Bundesanleihen und/oder einer Ein-Prozent-Beitragsabgabe erfolgen.

Diese Überlegung ist nicht neu. Bereits im September 2020 wurde eine Machbarkeitsstudie für kapitalgedeckt finanzierte Pflegekosten vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Auftrag gegeben. Das vom Institut der deutschen Wirtschaft (IW) in Köln vorgelegte Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass ein nach Vorbild des norwegischen Staatsfonds ausgerichtetes Finanzierungsmodell für die Deckung der durch den demographischen Wandel steigenden Mehrfinanzierungsbedarfe in der Sozialen Pflegeversicherung durchaus als Handlungsoption geeignet wäre. Die Kapitalbasis des Absicherungs- und Zukunftsfonds könnte in Aktien, Immobilien und Anleihen angelegt werden. Denkbar wäre auch die Bereitstellung von Venture Capital an Gründer und Startups. Die Überschüsse aus dem von staatlicher Einflussnahme unabhängigen Fonds fließen zu einem Großteil in die Refinanzierung der Sozialversicherungssysteme, während 10 Prozent in den Zukunftsfonds reinvestiert werden. Auf diesem Wege ist es möglich, Beitragsstabilität zu gewährleisten, die Gerechtigkeitslücke zu schließen und den Handlungsspielraum künftiger Generationen zu gewährleisten.“ ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 10.03.2022

Verwaltungsstellen-Versammlungen in Niedersachsen

DER KZVN-VORSTAND INFORMIERT ÜBER AKTUELLE FRAGEN



Verwaltungsstellen-Versammlung in Hannover



Dr. Igor Bešović, Vorsitzender der Verwaltungsstelle Hannover der KZVN



Dr. Thomas Nels, Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Fotos: NZB/Günther

Es war eine ebenso umfangreiche wie schwere Kost, die der KZVN-Vorstand den Kolleginnen und Kollegen im Rahmen der Verwaltungsstellen-Versammlungen übermittelte. Die Vorstandsmitglieder Dr. Thomas Nels, Dr. Jürgen Hadenfeldt und Christian Neubarth informierten über Hintergründe, aktuelle Entwicklungen und Auswirkungen der Vertragsverhandlungen sowie über die neuen Anwendungen der Telematik-Infrastruktur (TI). Und nicht zuletzt wurden politische Entwicklungen und weitere aktuelle Umstände erörtert, die den Berufsstand beschäftigen bzw. belasten. Hier soll über die dreieinhalbstündige Versammlung in Hannover am 24. März berichtet werden. Ein Video des Vortrages von Dr. Hadenfeldt kann im Mitgliederportal (Login erforderlich) unter www.kzvn.de/zahnaerzte/fortbildung/kzvn-mediathek/infoveranstaltung-vwst.html abgerufen werden.

Als Vorsitzender der Verwaltungsstelle Hannover der KZVN begrüßte Dr. Igor Bešović die Mitglieder seiner Verwaltungsstelle und ging zunächst, wie später auch die Mitglieder des Vorstandes, auf die unfassbaren Bilder des Leidens und Sterbens in der Ukraine ein, bevor er in seinem Bericht anhand von Grafiken und Tabellen die Entwicklung

der Praxisstrukturen, den Versorgungsgrad und die Altersstruktur der Verwaltungsstelle Hannover besprach. Trotz erschwelter Bedingungen sei zu jedem Zeitpunkt auch während der Pandemie die Notfallbereitschaft umgesetzt worden, lobte Bešović seine mit nahezu eintausend Mitgliedern größte Verwaltungsstelle in Niedersachsen.

Mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung in den Zeiten der Pandemie in Niedersachsen schloss sich der Vorsitzende der KZVN, Dr. Thomas Nels, diesem Lob an. Sein besonderer Dank galt den „Schwerpunktpraxen“, die sich freiwillig eingebracht hätten. Insofern appellierte er mit Nachdruck an die Kollegenschaft, dorthin nur eindeutig begründete Fälle zu überweisen, um diese nicht zu überlasten.

In seinen Betrachtungen zur gesundheitspolitischen Situation ging Nels auf die Versäumnisse der Politik bei der Unterstützung der Zahnärzte während der Pandemie ein. Die Einführung der „Bürgerversicherung“ werde eher verfassungsrechtliche Probleme zeigen, so dass deren Einführung schleichend erfolgen werde, befürchtete Nels. Im weiteren Verlauf ging er auf die Vertragssituation, die Neuen Leistungen (PAR/UKPS), Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Verordnungen und das Impfgeschehen in Zahnarztpraxen ein.

Bürokratieabbau nur in der Theorie

Zwar schreibe sich die Politik den „Bürokratieabbau“ auf die Fahne, aber in der Realität, beispielsweise im Rahmen der Einführung der „Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)“, seien immer neue Belastungen zu finden, beklagte Nels. Man stoße an bürokratische Grenzen. Schließlich stehe die paritätische Besetzung der Vorstände bei den KZVen im Programm der Koalition. Ein Grund mehr für Nels, an dieser Stelle alle Kollegen und insbesondere Kolleginnen zu einer Beteiligung innerhalb der Selbstverwaltung aufzufordern. „Wer sich nicht selbst verwaltet, der wird verwaltet“. Er freue sich über jede Kollegin, die sich an der Selbstverwaltung beteiligen wolle.

Das magische GKV-Dreieck in Wechselbeziehung

Nels sprach über die drei Faktoren, die bei der GKV in einer Wechselbeziehung stehen: Die Leistungsmenge (Morbidität), Steuerzuschüsse und die sog. Friedensgrenze, also die Begrenzung der Sozialbeiträge auf 40%. Weit verbreitet sei die Vorstellung, so Nels, dass man mit politischen Mehrheiten beschließen könne, dass mathematische Gesetze nicht mehr gelten. Nels erwähnte die einzelnen Kostenfaktoren, besprach im Detail ihre Wechselwirkungen und ging in diesem Zusammenhang auch die neuen Leistungen der GKV im Bereich UKPS und PAR ein. Nels befürchtet im Ergebnis der komplexen Beziehungen weniger Leistungsausgrenzungen, die Minister Lauterbach im Übrigen bereits ausgeschlossen habe, und eher den erneuten Ruf nach Kostendämpfung. Mit Blick auf eine Leistungsausweitung schätzte Nels die Entwicklung als nicht unproblematisch ein.

Trotz Punkterhöhung kein HVM notwendig!

Nels erklärte die komplexen Mechanismen und die Historie im Vertragsgeschehen mit den verschiedenen Vergütungssystemen, die im laufenden Jahr u.a. zu dem Erfolg geführt hätten, dass man trotz Punkterhöhungen keinen HVM einsetzen müsse. Ferner hätte man die Sofortauszahlungsregelungen beibehalten und die Abschlagszahlungen vorlegen können, so Nels. Für 2022 sei eine Punkterhöhung für ZE um 2,29% vorgesehen. Insgesamt habe man in Niedersachsen die Punktwerte für KCH/KBR/PAR zwischen 2015 bis 2022 um 21% erhöhen können. Nels hob die Basiswirksamkeit der Punktwerte hervor, die man bei den Verhandlungen unbedingt beachten müsse.

Besonders besorgt zeigte sich Nels gegenüber den Mitarbeiterinnen der KZVN-Hotline, die aufgrund der seit zwei Jahren dauernd hinzukommenden neuen Verordnungen und Regularien sehr stark belastet seien. Er appellierte mit Nachdruck an die Kollegenschaft, die Mitarbeiterinnen in dieser Situation nicht zu „beschimpfen“, sondern ihren Unmut eher in Gesprächen mit dem Vorstand zu äußern.



Dr. Jürgen Hadenfeldt,
stellv. Vorsitzender der KZVN

Der stellv. Vorsitzende der KZVN, Dr. Jürgen Hadenfeldt, referierte über vier praxisrelevante Themen – das Qualitätsmanagement, die Elektronische Patientenakte (ePA), das Prüfgeschehen und den Umstieg auf das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ), das zum 01.07.2022 eingeführt werden soll. Zum Qualitätsmanagement zähle sowohl die positive Darstellung in der

Öffentlichkeit, als auch das gemäß SGB V verpflichtende einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, zu dem stichpunktartige Abfragen in den Praxen gehören. Das Setzen von Qualitätszielen gehört ebenso wie die Durchführung von Teambesprechungen sowie ein Beschwerde- und ein Risikomanagement zu den Inhalten. Neben dem Hygienemanagement spielen auch die Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit eine Rolle. Als Hilfestellung zur Beachtung von Wechselwirkungen könne nunmehr die Implementierung einer entsprechenden Software hilfreich sein, so Hadenfeldt. Der Gesetzgeber habe sich mit Hilfe des G-BA Prüfungen einfallen lassen und in eine Richtlinie überführt, zu denen in einer ersten Stufe die Prüfung der Indikationsstellung einer P/CP-Behandlung gehöre. Die entsprechenden Beurteilungskriterien, die Auswahl und die Voraussetzungen der Praxisstichproben sowie deren Prüfung und die Abstufung möglicher Folgen wurden angesprochen. Diese reichen vom schriftlichen Hinweis über ein mündliches kollegial geführtes Beratungsgespräch bis zu einer bisher nur in einem Fall notwendigen problembezogenen Wiederholungsprüfung. In jedem Fall stehe keine „Bestrafung“, sondern die zukünftige Problembeseitigung und Optimierung im Vordergrund, betonte Hadenfeldt. Einmal mehr stellte er die Wichtigkeit einer korrekten Dokumentation zahnärztlicher Behandlungsabläufe heraus.

Darüber hinaus sprach der stellv. KZVN-Vorsitzende die komplexen Fragestellungen der datengestützten Qualitätssicherungsverfahren durch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) an, das sich beispielsweise mit der systemischen Antibiotikatherapie in der Zahnarztpraxis kritisch auseinandersetzt. In diesem Zusammenhang sah Hadenfeldt ein Sponsoring von Veranstaltungen durch die Arzneimittelindustrie durchaus kritisch. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/iqtig.html> ►►



Verwaltungsstellen-Versammlung in Hildesheim



Christian Neubarth, Mitglied im Vorstand der KZVN

► **Elektronische Patientenakte (ePA): Honorarkürzungen weitestgehend vermieden**

Seit dem 01.07.2021 sind Zahnarztpraxen verpflichtet, die elektronische Patientenakte (ePA) in der Versorgung zu unterstützen und den Nachweis gegenüber ihrer KZV zu erbringen, dass sie über die für den Zugriff auf die ePA notwendigen Komponenten und Dienste verfügen. Hadenfeldt verdeutlichte, dass es sich um die Akte des Patienten und nicht um eine Akte der Leistungserbringer handele und gab Hinweise zu der für Zahnärzte relevanten Handhabung und Befüllung der Akte. Für den Fall, dass eine Implementierung entsprechender Praxissoftware nicht bis zu dem gesetzlich vorgegebenen Datum erfolgt sei, waren die KZVen gesetzlich gezwungen, ein Prozent des Honorars als Sanktionsmaßnahme abzuziehen. Allerdings hätten die technischen Voraussetzungen bis zu diesem Datum nicht flächendeckend zur Verfügung gestanden, stellte Hadenfeldt fest. Daraufhin habe der KZVN-Vorstand entschieden, die Frist bis zum Jahresende 2021 zu verlängern, um die Kollegenschaft vor einer Sanktionierung zu bewahren. Ferner habe man im Sondernewsletter, durch individuelle Anschreiben, Telefonate und Rundschreiben viele der betroffenen Praxen auf diese Weise und durch andere Hilfestellungen „retten“ können. Am Ende mussten dennoch die Honorare bei rd. 2 Prozent der Praxen in Niedersachsen gekürzt werden – gegenüber teilweise deutlich höheren Prozentsätzen in anderen Bundesländern, stellte Hadenfeldt unter Beifall fest. Allerdings halte sich aufgrund der Komplexität bei der Handhabung die Nachfrage nach der ePA in Grenzen, fügte er hinzu.

Antragsformular passé

Nachdem der stellv. KZVN-Vorsitzende diverse „Stolperfallen in der Abrechnung“ besprochen hatte, lenkte er den Blick auf die bevorstehende TI-Anwendung, den Umstieg auf das „Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsver-

fahren Zahnärzte (EBZ)“, das zum 01.07.2022 in Kraft treten soll. Dabei handelt es sich um einen Systemwechsel, indem die Unterlagen des Beantragungsverfahrens direkt und unter Aussparung des Patienten auf elektronischem Wege an die Krankenkassen geleitet werden. Unbedingte Voraussetzung dafür sei das Vorhandensein und die Anwendung der TI-Komponente „Kommunikation im Medizinwesen – KIM“ mit digitaler Signatur. Der Ausstattungsgrad mit KIM liege derzeit in Niedersachsen bei 69%, so Hadenfeldt. Über diesen Zusammenhang wird es in Kürze einen Beitrag im NZB geben. Die Pilotphase für das EBZ endet am 30.06.2022 und wird durch die verpflichtende Einführungsphase vom 01.07.2022 – 30.06.2023 ersetzt. Ausnahmen gelten dann nur noch für technische Probleme. Mit dem Regelbetrieb, d.h. mit dem ausschließlich elektronischen Betrieb ist ab 01.07.2023 zu rechnen.

Abschließend nahm Hadenfeldt zu aktuellen Störungen und Problemen im Umfeld der TI Stellung. Beim Einlesen von eGK der Generation 2.1 mit NFC-Chip hatte es bei Ingenico-Kartenterminals Probleme aufgrund statischer Aufladung gegeben, welche nicht durch Updates behoben werden konnten. Der secunet-Konnektor hatte im Sicherheitsprotokoll Seriennummern der eGK-Zertifikate von gesperrten eGK gespeichert. Haftungen von Leistungserbringern im Zusammenhang mit etwaigen Datenschutzverstößen im Rahmen der TI schloss Hadenfeldt im vorliegenden Fall kategorisch aus. Voraussetzung dafür sei allerdings die konsequente Umsetzung der Software-Updates. ■ _____/loe

Der Berufsstand steht bereit, Schutzsuchende unbürokratisch zu versorgen



**PIKTOGRAMMHEFT – KOMMUNIKATION
OHNE WORTE** der BZÄK zum Download:

[https://www.bzaek.de/fileadmin/
PDFs/b/piktogrammheft.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/piktogrammheft.pdf)



Foto: Marko Subain/Shutterstock.com

Die Vertragszahnärzteschaft steht bereit, um Flüchtlinge aus der Ukraine schnell und unbürokratisch in Deutschland zu versorgen. Das betonte der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Wolfgang Eßer, anlässlich der heutigen Vertreterversammlung der KZBV:

„Diese beispiellose Aggression Russlands gegen die Ukraine ist ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit und durch nichts zu rechtfertigen! Das brutale und völlig rücksichtslose Vorgehen gegen ein souveränes Land und dessen Zivilbevölkerung erschüttert uns und macht uns tief betroffen. Ich spreche für den gesamten Berufsstand, wenn ich sage, dass wir uns solidarisch mit allen Bürgern der Ukraine erklären. Wir verurteilen den russischen Angriff aufs Schärfste und fordern Präsident Putin und die russische Staatsführung erneut auf, sämtliche Kriegshandlungen sofort zu stoppen, sich umgehend aus der Ukraine zurückzuziehen und ihre staatliche Souveränität wieder vollumfänglich herzustellen.“ Tod und Leid friedvoller Menschen werde billigend in Kauf genommen, um machtpolitische Ziele zu erreichen, sagte Eßer.

„Die medizinische und humanitäre Versorgung der Bevölkerung wird durch die Aggressoren gezielt behindert. Hunderttausende sind auf der Flucht vor Bomben und Terror. Wir erwarten Millionen von Menschen, die in Angst um ihr Leben vor der Gewalt des russischen Angriffskriegs in die

europäischen Nachbarländer und auch nach Deutschland fliehen. Tausende sind bereits hier und benötigen dringend unsere Hilfe. Das Leid, das diese Menschen erfahren, ist groß. Viele sind traumatisiert und benötigen medizinische Versorgung. Als Vertragszahnärzteschaft werden wir unseren Teil dazu beitragen, dass diese Versorgung in Deutschland gewährleistet ist.“

Eßer appellierte an die Vertragszahnärzteschaft gemeinsam und unbürokratisch überall dort zu helfen, wo Hilfe benötigt wird. „Das gilt für uns als Heilberuf insbesondere für die zahnmedizinische Versorgung. Zum anderen bitte ich alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, dem Spendenaufruf der KZBV zu folgen und das Hilfswerk der deutschen Zahnärzte mit finanziellen Mitteln zu unterstützen. Zudem bitte ich Sie zu prüfen, ob Sie – soweit dies erforderlich sein sollte – Flüchtlinge zumindest übergangsweise bei sich zu Hause, bei Verwandten und Freunden aufnehmen und beherbergen können, bis organisierte staatliche Hilfen greifen.“

Eßer begrüßte, dass die Europäische Union bereits eine Massenzustromrichtlinie beschlossen habe, die als regulativer Rahmen für eine EU-weite, koordinierte Aufnahme der Geflüchteten aus der Ukraine dient. „Ein zentraler Aspekt ist dabei die medizinische Versorgung und der Anspruch auf Krankenversicherungsschutz.“ Die Bundesregierung sei dabei, die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht zu schaffen. „Wir stehen im engen Austausch mit dem Bundesgesundheitsministerium, um alle nötigen Vorkehrungen zu treffen, schutzsuchende Menschen flächendeckend, schnell und unbürokratisch in unseren Praxen zu versorgen.“ Für entsprechende Maßnahmen sagte Eßer der Regierung im Namen der KZBV und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende Unterstützung zu.

Zum Überfall auf die Ukraine verabschiedete die Vertreterversammlung der KZBV auch eine Resolution, in der sie den brutalen Angriffskrieg Russlands entschieden verurteilt und den Gesetzgeber darum bittet, kurzfristig die notwendigen Rahmenbedingungen zur bundesweiten unbürokratischen zahnmedizinischen Versorgung der Geflüchteten zu schaffen. Der Volltext der Resolution kann in Kürze auf der Website der KZBV abgerufen werden. ■

Pressemitteilung der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung (KZBV), 9. März 2022

Privatversichert – immer die richtige Wahl?



Foto: © stock.adobe.com - momius

Es ist eine bekannte Tatsache, dass viele Ärzte und Zahnärzte ohne einen deutlichen Anteil an privatversicherten Patienten nicht in der Lage wären, ihre Praxen wirtschaftlich und dem medizinischen Fortschritt angepasst zu führen. Neben dieser Betrachtung gibt es jedoch auch eine andere, wenn es um die eigene Krankenversicherung freiberuflich tätiger Ärzte und Zahnärzte geht.

Spätestens dann, wenn der Einstieg in das Berufsleben erfolgt, steht auch die Wahl der zukünftigen Krankenversicherung zur Debatte. Auf den ersten Blick eine leichte Entscheidung. Bei einer vergleichsweise niedrigen Prämie gibt es bei der Privaten Krankenversicherung die Aussicht auf erstklassige Behandlung am Ort der eigenen Wahl und durch den Behandler mit möglicherweise höherer Expertise. Also eine Rundum-Komfort-Absicherung zu einem „Sonderpreis“.

Wo ist das Problem – und welche Alternativen gibt es?

Darüber, dass der äußerst günstige monatliche „Einstiegspreis“ zum Ende der Berufstätigkeit und im Alter kalkulatorisch bedingt einen umso höheren „Endpreis“ zur

Folge hat bzw. haben muss, machen sich nur die Wenigsten Gedanken – oder sie verdrängen sie angesichts des zunächst hervorragenden Preis- Leistungsverhältnisses und der scheinbar weiten Ferne des Rentenalters.

Erst dann, wenn die Phase der aktiven Berufsausübung mit vergleichsweise gutem Einkommen abgeschlossen ist und der Eintritt in das Rentenleben bevorsteht, können bei dem einen oder anderen aufgrund finanzieller Umstände gewisse Zweifel aufkommen, ob die vor Jahrzehnten getroffene Wahl tatsächlich und über die Zeit betrachtet, die richtige war. Denn spätestens jetzt geht die Schere zwischen Einkommen (Rentenbezug) und monatlicher PKV-Prämie rapide auseinander. Denn während beispielsweise die Altersrente des zahnärztlichen Versorgungswerkes eines norddeutschen Bundeslandes seit vierzehn Jahren unverändert und ohne Anpassung bleibt, erhöht sich die Prämie der privaten Krankenversicherung trotz der zuvor implementierten Altersrückstellungen (1*) regelmäßig und progredient, wie im Folgenden dargestellt.

Aktuelles Beispiel: Die Schere geht auf

Der Rentempfänger erhält nach rund 30-jähriger Berufsausübung seit 14 Jahren eine monatliche Altersrente in Höhe von rund 2.000 €. Während zu Beginn des Rentenempfangs eine monatliche Prämie der Privaten Krankenversicherung in Höhe von 579 € fällig war, mithin rund 29% des Rentenzahlbetrages, erhöhte sich die monatliche Prämie nach permanenten Steigerungen über die Jahre für das Jahr 2022 auf 912 € und damit auf rund 45% der Altersrente. Tendenz steigend! Aus dem dargelegten Fall aus der Praxis lässt sich unschwer ersehen, dass die Prämie der Privaten Krankenversicherung bei dieser Systematik in absehbarer Zeit den Hauptteil der Rente beanspruchen wird.

Kalkulatorisches Dilemma

Es ist kein Geheimnis, dass Prämie und Leistungsversprechen in einem vernünftigen Verhältnis zueinanderstehen müssen, um das Versicherungsverhältnis für den Versicherer und den Versicherten gleichermaßen attraktiv zu gestalten. Daraus ergibt sich in einem nicht umlagefinanzierten System, dass die Prämie in jungen Jahren entsprechend einer geringen Inanspruchnahme der Versicherung relativ gering

und damit attraktiv ausfällt. Bekanntermaßen hat die Krankenversicherung mit steigendem Lebensalter und insbesondere in den letzten Lebensjahren die höchsten Kosten zu tragen.

Die wenigsten Zahnärztinnen und Zahnärzte waren sich am Anfang ihrer beruflichen Karriere bewusst, dass die durchaus komfortable Private Krankenversicherung mit zunehmendem Alter immer weniger finanziellen Freiraum zulassen kann, sofern dann nicht ein nennenswertes Vermögen zur Verfügung steht.

Schließlich besteht auch die Möglichkeit einer Beitragsenkung bei entsprechender Leistungsreduktion durch Wechsel in den sog. Basistarif (2*) oder den Standardtarif (3*) der PKV oder bei (temporärer) Zahlungsunfähigkeit in den sog. Nicht frei wählbaren Notlagentarif, der strengen Regularien unterliegt und auf Ausnahmesituationen beschränkt bleiben soll.

Fazit: Beratung und Vergleich lohnen sich!

Bei der Auswahl der Krankenversicherung sollten sich Kolleginnen und Kollegen der zuvor genannten Kalkulationssystematik bei der Wahl der Krankenversicherung bewusst sein.

Eine überlegenswerte Alternative stellt der zeitlich begrenzte frühzeitige Eintritt in die Gesetzliche Krankenversicherung dar. Angesichts der vergleichbar niedrigen Einstiegsgehälter sollte dieser Schritt stets bei der Begründung eines Angestelltenverhältnisses möglich sein.

In diesem Fall kann der Beitrag zunächst höher ausfallen als die Prämie für eine private Krankenversicherung, und der Leistungskatalog wird die bekannten Beschränkungen aufweisen. Angesichts des vergleichsweise hervorragenden deutschen Gesundheitssystems ist in jedem Fall, gleichgültig in welchem System, für Sicherheit gesorgt.

Beim Vergleich beider Versicherungssysteme eröffnet sich ein Mittelweg, indem der Beitritt zur Gesetzlichen Krankenversicherung durch den gleichzeitigen Abschluss einer privaten Zusatzversicherung für spezielle und wichtig erscheinende Zusatzleistungen flankiert wird.

In diesem kurzen Beitrag sollten nur grundsätzliche eigene Überlegungen angestoßen werden und keinerlei Beratung erfolgen. Welche Lösung im Einzelfall die günstigere, die individuell geschicktere oder zukunftsweisendere ist, muss jede Kollegin und jeder Kollege, möglichst unter Einbeziehung eines fachkundigen und unabhängigen Beraters, klären.

Unter dem Strich lohnt sich der Aufwand! ■

_____loe

(1*) BMG: Altersrückstellungen

„Privatversicherte bilden sogenannte Altersrückstellungen, mit denen die typischerweise höheren Kosten im Alter „geglättet“, das heißt, über den gesamten Lebenszyklus



Das Bundesgesundheitsministerium beschreibt unter dem folgenden Link das Prinzip der Altersrückstellungen und den Inhalt weiterer Begriffe:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alterungsrueckstellung.html>

verteilt werden. Bis 2008 konnten Versicherte bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens ihre Altersrückstellungen nicht übertragen, sondern mussten sie neu aufbauen. Faktisch führte dies in der Vergangenheit dazu, dass ein Wettbewerb um Bestandskunden in der privaten Krankenversicherung nicht stattfand. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Übertragbarkeit bereits gebildeter Altersrückstellungen für ab 1. Januar 2009 neu abgeschlossene Verträge eingeführt.

Beim Tarifwechsel innerhalb eines Unternehmens können die Altersrückstellungen in voller Höhe übertragen werden. Dies gilt sowohl für einen Wechsel in den Basistarif als auch für den Wechsel in andere Tarife des Unternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz.

Bei einem seit dem 1. Januar 2009 geschlossenen Vertrag ist ein Wechsel in den Basistarif desselben oder eines anderen Versicherers dauerhaft unter Mitnahme der Altersrückstellung möglich. Auch der Wechsel in einen anderen Tarif bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist seither unter Mitnahme der Altersrückstellungen möglich; allerdings besteht dann kein Kontrahierungszwang für das Versicherungsunternehmen. Das alte Unternehmen ist zur Mitgabe der Altersrückstellung im Umfang des Basistarifs verpflichtet, auch wenn der Versicherte in einen sonstigen Tarif wechselt. Beim Wechsel innerhalb des Unternehmens wird die Altersrückstellung weiterhin in voller Höhe übertragen.

Personen mit einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag haben das Recht, in den Basistarif desselben Unternehmens zu wechseln, wenn sie ihr 55. Lebensjahr vollendet haben, eine Rente oder Beamtenpension beziehen oder aber finanziell hilfebedürftig sind. Sie können die Altersrückstellung in voller Höhe in den neuen Vertrag übertragen.“

(2*) BMG: Basistarif in der privaten Krankenversicherung

„Die Krankenversicherungsunternehmen sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sind. Er sieht zudem einen Annahmeweg vor. Die Krankenversicherungsunternehmen dürfen niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern ►►

► darf. Im Basistarif sind Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse nicht erlaubt. Für Beihilfeberechtigte wird ein beihilfeforkonformer Basistarif angeboten.

Personen ohne Krankenversicherungsschutz mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen bzw. die ehemals privat krankenversichert waren oder der privaten Krankenversicherung (PKV) systematisch zuzuordnen sind, sind zur Versicherung im Basistarif bei einem Versicherungsunternehmen ihrer Wahl berechtigt.

PKV-Versicherte mit einem vor 2009 geschlossenen Vertrag können ab Vollendung des 55. Lebensjahres, bei Bezug einer Rente bzw. Pension oder im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende bzw. SGB XII – Sozialhilfe) eine Versicherung im Basistarif ihres Versicherers verlangen. PKV-Versicherte, deren Vertrag nach dem 31.12.2008 geschlossen wurde, können ohne weitere Voraussetzungen in diesen Tarif wechseln.“

(3*) BMG: Standardtarif in der privaten Krankenversicherung

„Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) und erfüllt seit seiner Einführung 1994 eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich vorrangig an ältere Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerten Tarif benötigen. Der Wechsel in den Standardtarif ist für privat Versicherte – wenn die Voraussetzungen gegeben sind – nur innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens möglich. Der Leistungsumfang orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beitragshöhe ist abhängig von der Vorversicherungszeit und dem Alter des Versicherten, darf aber für Einzelpersonen den Höchstbeitrag der GKV beziehungsweise für Ehepaare 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags nicht übersteigen.

Der Standardtarif kommt nur für Versicherte mit vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen in Frage. Privat Versicherte mit seit dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen haben die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln.“

Stiftung HDZ und Bundeszahnärztekammer rufen zu Spenden für die Ukraine auf

Die Menschen in der Ukraine sind auf der Flucht vor dem Krieg – im Land selbst und in die Nachbarstaaten. Hunderttausende in der Ukraine sind ohne Strom und Wasser, es werden zudem Hilfsgüter, Nahrungsmittel, Medikamente, medizinische Materialien und vieles mehr gebraucht. „Wir haben Kontakt zu unseren Partnern vor Ort, den Salesianern Don Boscos, aufgenommen. Sie sind in vier Großstädten in der Ukraine vertreten. Auch in der schwer umkämpften Hauptstadt Kiew sind sie präsent. Unsere Partner brauchen dringend Unterstützung bei der Versorgung der Flüchtlinge und Menschen in Not. Wir wollen helfen! Und haben dafür bereits 10.000 Euro Soforthilfe bereitgestellt“, so der Vorsteher der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ), Dr. Klaus Sürmann.

„Wir alle sind erschüttert über den aggressiven Angriff auf die Ukraine. Unsere Solidarität ist bei allen Menschen dort“, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Prof. Dr. Christoph Benz. „Neben den europäischen und internationalen strategischen und politischen Maßnahmen ist nun auch schnelle konkrete Hilfe für die Menschen wichtig. Vor Ort – und auch für die Menschen, die zu uns flüchten.“

Daher rufen die Stiftung HDZ und die Bundeszahnärztekammer auf, die Hilfe für die Menschen in der Ukraine und die von dort Geflüchteten mit Spenden zu unterstützen.



Spenden Sie jetzt für die Menschen vor Ort und die Geflüchteten

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
IBAN: DE28 300 60601 000 4444 000
BIC: DAAEDED3
Stichwort: Ukraine

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Spendenformular online:

<https://www.stiftung-hdz.de/ihre-spende/spendenformular/>



Private Krankenversicherung:

PKV-UNTERNEHMEN: NEUE KOOPERATIONEN MIT KRANKENKASSEN ABGESCHLOSSEN

Das Geschäft der privaten Krankenversicherungs-Unternehmen (PKV) mit Zusatzversicherungen boomt weiter. So meldete der PKV-Verband jüngst für das Jahr 2021 einen erfreulichen Anstieg um 3,4 Prozent auf insgesamt 28,4 Millionen Policen. Mit verantwortlich für den seit Jahren wachsenden Bestand bei den Unternehmen dürften die seit 2004 vom Gesetzgeber möglichen Kooperationen mit Krankenkassen sein. Für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bietet diese Art von Zusammenarbeit genauso einen praktischen Zusatznutzen wie für die Vertragspartner. Wenn sich die Kooperation „rechnet“. Kein Wunder, wenn es in den vergangenen Jahren zu einem munteren Wechsel bei den Kooperationen kam und auch weiter gibt. Insoweit „lebt“ in diesem Bereich der Wettbewerb.

Bei der Kooperation zwischen GKV und PKV sind die Assekuranz-Unternehmen auf Gedeih und Verderb auf das Wohlwollen sowie die Unterstützung ihrer Vertragspartner angewiesen. Das kann zum Knallen zahlreicher Champagnerkorken in den Marketing-Abteilungen führen, aber auch zu viel Trübsal. So lief das Geschäft vor fast zwanzig Jahren erst stockend an, dann boomte es für einige, wie die Kölner Deutsche Krankenversicherung AG (DKV). Schließlich war es den Domstädtern gelungen, mit den meisten Mitgliedern aus dem so genannten „grünen Lager“ der GKV zu kontrahieren. Doch die „Treue“ der Ortskrankenkassen hielt nicht lange. Wenn die Verträge auslaufen, dann kann man schließlich auch auf Kassenseite beinhart um Konditionen ringen. Das musste auch die Wuppertaler BARMENIA Krankenversicherung a.G. erleben, die bei den Betriebskrankenkassen gut im Geschäft war. War, denn im Bergischen musste man in den vergangenen Jahren wahrnehmen, dass der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. ihnen

so manchen vertrauten Partner abspenstig machte. Das Vorpreschen der Wettbewerber von der Isar führte dazu, dass der Münchener Verein im letzten dfg-PKV-Ranking im Bereich „Kooperationsversicherte“ die Listen der Gewinner nach „Köpfen“ und „Prozent“ anführte.

Beim „Grasen“ in der vielköpfigen BKK-Familie scheint das Münchener Unternehmen weiterhin erfolgreich zu sein. Am 14. Februar 2022 meldete man als neuen Zugang unter den Kooperationspartnern die Bergkirchener BKK ProVita. Man blieb damit in bayerischen Gefilden. Zuvor war aber wohl auch schon die BMW BKK aus Dingolfing gewechselt. Außerdem sollen die Duisburger NOVITAS BKK und die Biberacher BKK VerbundPlus „Partner“ der Münchener geworden sein.

Seit dem 1. Januar 2020 verantwortet in Köln die Oberösterreicherin Ursula Deschka (42) im DKV-Vorstand das Ressort „Partnervertriebe und Betriebliche Krankenversicherung“. Scheinbar ist das Wirken der gebürtigen Linzerin am Rhein nicht ganz erfolglos geblieben. Bereits am 31. Januar 2022 konnte sie freudestrahlend vermelden, mit der Bochumer KNAPPSCHAFT (KBS) einen größeren „Fisch“ an Land gezogen zu haben. Zu früheren Zeiten hatte man im Ruhrgebiet auf die Gothaer Krankenversicherung AG gesetzt. Ob die avisierten Neu-Bestände aus der knappschäftlichen Krankenversicherung für die DKV ausreichen werden, um die AOK-Verluste der letzten Jahre auszugleichen, das muss abgewartet werden. Schließlich gehörte die DKV im letzten dfg-PKV-Ranking beim Fünf-Jahres-Vergleich zu den TOP-Verlierern nach „Köpfen“ und „Prozent“. Wie auch die Dortmunder SIGNAL-IDUNA Krankenversicherung a. G.. Dem Stamm-Versicherer für das Handwerk hatte aber die DKV bereits die BIG gesund direkt abgejagt. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 24.02.2022

Patientenspezifische Therapie periimplantärer Entzündungen

Dr. Philip L. Keeve, MSc, Fachzahnarzt Zentrum Weser, Hameln



Zusammenfassung

Der Einsatz dentaler Implantate bei der Versorgung von Patienten mit festsitzendem oder herausnehmbarem Zahnersatz ist in den vergangenen Jahrzehnten häufiger geworden. So hatten laut aktueller deutscher Mundgesundheitsstudie (DMS V) Patienten im Jahr 2014 bereits 10-mal häufiger Implantate als noch 1997 [41]. Nach einer Statistik der American Dental Association werden allein in den USA mittlerweile geschätzt 5 Millionen Implantate pro Jahr inseriert [30]. Eine steigende Lebenserwartung sowie der Wunsch nach festsitzendem Zahnersatz werden diesen Trend in der Zukunft voraussichtlich weiter verstärken.

Die stetig zunehmende Zahl zahnärztlich inserierter Implantate hat auch einen Anstieg postimplantologischer Komplikationen zur Folge. Bei der implantologischen Versorgung von Patienten sind daher aufgrund der erhöhten Prävalenz biologischer Komplikationen maßgebliche patientenspezifische Risikofaktoren bei der Planung und Therapie zu berücksichtigen. Dabei spielt ein synoptisches Behandlungskonzept unter besonderer Berücksichtigung der beurteilbaren patientenspezifischen Risikofaktoren periimplantärer Entzündungen von der präimplantologischen bis zur postprothetischen Therapiephase eine bedeutende Rolle. Der Artikel beschäftigt sich mit der Vielzahl an patientenspezifischen Risikofaktoren und den differenzialtherapeutischen Möglichkeiten als Schlüssel zu einem langfristigen implantologischen Therapieerfolg.

Definition und Diagnostik periimplantärer Entzündungen

Bei periimplantären Entzündungen ist die reversible periimplantäre Mukositis, die als Entzündung auf das periimplantäre Weichgewebe beschränkt bleibt, von der irreversiblen Periimplantitis, die zusätzlich eine progressiv verlaufende Entzündung des umgebenden Knochenlagers impliziert [4], zu unterscheiden.

Angesichts der erschwerten Diagnosestellung von periimplantären Zuständen wurden 2017 im Rahmen des Weltworkshops zur Neuklassifikation parodontaler und

periimplantärer Erkrankungen und Zustände erstmals die Merkmale parodontaler und periimplantärer Gesundheit festgelegt. Dazu zählen die Abwesenheit von Schleimhautrötung, Bluten auf Sondieren (BAS), Schwellung und Suppuration um das Implantat. Die Definition einer kritischen Sondierungstiefe, die nicht mehr mit periimplantärer Gesundheit einhergeht, ist, anders als bei der Parodontitis, an Implantaten nicht ohne Weiteres möglich. Bei Abwesenheit klinischer Entzündungszeichen kann auch um Implantate mit erhöhten Taschensondierungstiefen über 3 mm periimplantäre Gesundheit vorliegen. Liegt eine Blutung und/oder Suppuration bei schonungsvollem Sondieren der periimplantären Weichgewebe vor, wird dies als periimplantäre Mukositis definiert. Bei der Kombination von Blutung/Suppuration mit einer zunehmenden Sondierungstiefe im Vergleich zu Voruntersuchungen oder bei Sondierungstiefen ab 6 mm und radiologisch nachweisbarem Knochenverlust über das initiale Knocheniveau nach Implantatinserion hinaus spricht man von einer Periimplantitis [11]. Fehlt ein Ausgangsröntgenbefund, gilt ein Knochenverlust ≥ 3 mm apikal des intraossären Abschnitts des Implantats als Hinweis auf eine Periimplantitis [91]. Die Angaben zur Prävalenz der Periimplantitis variieren zwischen 10 und 29% geschätzt [24, 42]. Die Abweichung dieser Prävalenzangaben ist hauptsächlich auf die komplexe Definition und Diagnose der Periimplantitis sowie eine starke Heterogenität der Studienkriterien zurückzuführen [67]. Die Prävalenz der Mukositis liegt im Mittel bei 40%, die der Periimplantitis bei 21,7% (95%-KI 14–30%) in systematischen Übersichtsarbeiten [24]. Die Hälfte der von Periimplantitis betroffenen Implantate erkrankt innerhalb von 3 Jahren, und insgesamt wird Periimplantitis deutlich vermehrt 5 Jahre nach prothetischer Versorgung diagnostiziert [86, 87]. Dabei wird angenommen, dass aus einer initialen Mukositis eine Periimplantitis werden kann und sich der periimplantäre Knochenabbau über die Zeit beschleunigt [102].

Zur Einteilung der Periimplantitis und entsprechender knöcherner periimplantärer Läsionen ist eine Klassifikation verschiedener Defektmorphologien – besonders vor dem Hintergrund der unterschiedlichen therapeutischen Mög-

lichkeiten – empfehlenswert. Dabei unterscheiden sich intraossäre (Klasse I) von horizontalen suprakrestalen Defekten (Klasse II). Als suprakrestaler Anteil gilt dabei der Abstand zwischen dem Übergang vom glatten zum maschinieren Implantatanteil und dem periimplantären krestalen Alveolarknochen [108]. Die intraossären Anteile können in rein vestibuläre oder orale Dehiszenzdefekte (Klasse Ia), vestibuläre oder orale Dehiszenzdefekte mit zusätzlichen semizirkulären Anteilen (Klasse Ib), vestibuläre oder orale Dehiszenzdefekte mit zusätzlichem zirkulärem Knochenabbau (Klasse Ic) sowie in zirkuläre Knochenresorptionen mit vestibulären und oralen Dehiszenzdefekten (Klasse Id) oder beidseitig erhaltener Kompakta (Klasse Ie) klassifiziert werden. Überwiegend treten horizontale und intraossäre Defekte kombiniert auf. Laut Studienlage gehören 55,3% der periimplantären Knochendefekte zur Klasse Ie [103].

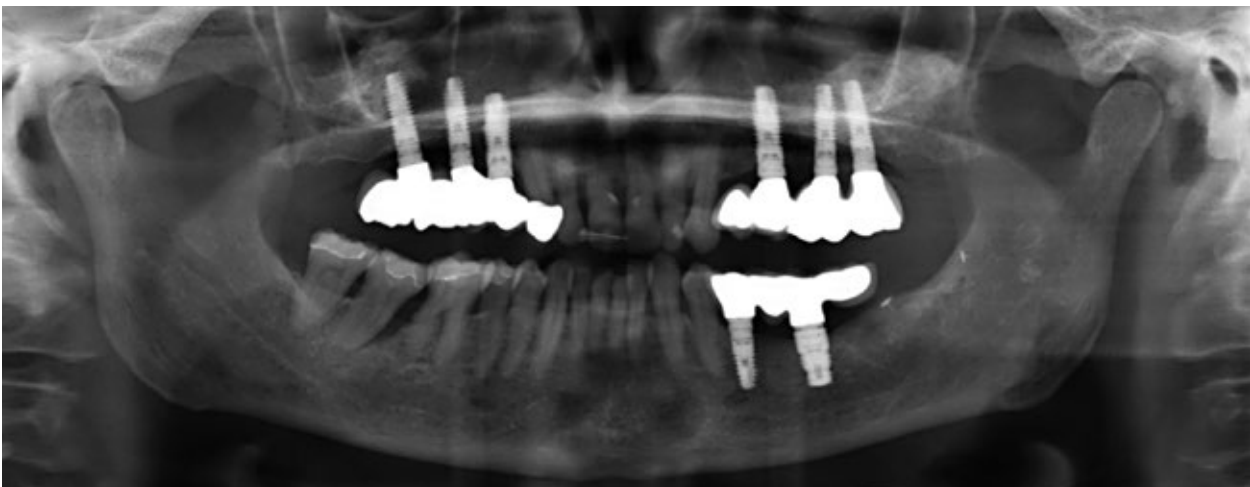
Patientenspezifische Risikobewertung therapierelevanter Risikofaktoren

Zu den möglichen Risikofaktoren gehören beispielsweise Patientenalter, Geschlecht, Genpolymorphismen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatoiden Formenkreises, Osteoporose, Zustand der Restdentition,

Implantatdesign und -oberfläche sowie Implantatlokalisierung und -versorgung. Im folgenden Kapitel werden die 5 bedeutendsten therapierelevanten Risikofaktoren bei periimplantären Entzündungen detailliert erörtert [102].

Assoziation von Parodontitis und periimplantären Erkrankungen

Die Ähnlichkeit in der Ätiopathogenese periimplantärer und parodontaler entzündlicher Erkrankungen verdeutlicht, dass Parodontitis ein Risikofaktor für biologische Komplikationen und Misserfolge bei der Versorgung mit dentalen Implantaten ist [42]. Die entsprechende kausale Beziehung zwischen Plaquebildung an Implantaten und periimplantärer Mukositis wurde nachgewiesen. Die Reaktion der Hart- und Weichgewebe auf den pathologischen Biofilm ist bei Zähnen und Implantaten allerdings nur ansatzweise vergleichbar. Die Mikroflora an Zähnen und seit 6 Monaten freigelegten Implantaten ist bereits vergleichbar, sie führt aber nicht in jedem Fall zur Entwicklung und zum Fortschreiten einer periimplantären Erkrankung. Die Parodontitis wird aufgrund der möglichen Übertragung von parodontalpathogenen Keimen auf die Implantatoberflächen und der Reservoirwirkung bestehender parodontaler Taschen für Implantate als Risikofaktor aufgeführt [42]. Zu ▶▶



Fotos: P. L. Keewe

Abb. 1: Orthopantomogramm (Ausgangszustand)

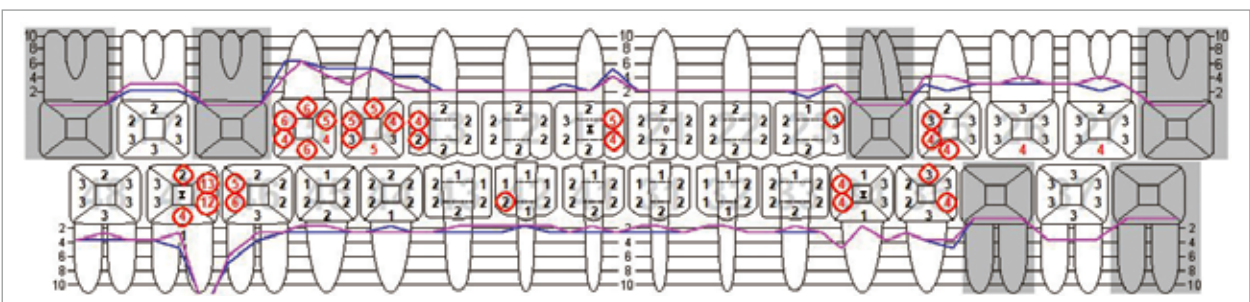


Abb. 2: Klinische Sondierungswerte der gesamten Dentition (Ausgangszustand)



► dem sind genetische Faktoren an der Ätiopathogenese der Parodontitis und der Periimplantitis stark beteiligt und rufen eine entsprechend große Anfälligkeit für beide Erkrankungen in derselben Patientengruppe hervor [12, 34–36]. Ein Auftreten periimplantärer Erkrankungen korreliert deutlich mit der Prädisposition und Ausprägung der bestehenden Parodontitis des individuellen Patienten. Aufgrund der anatomischen Gegebenheiten periimplantärer Gewebe verläuft der entzündlich bedingte Knochenabbau jedoch häufig schneller als an den natürlichen Zähnen. Bei einer schweren Form der Parodontitis wird in einem 5- bis 10-Jahreszeitraum nach Parodontitisbehandlung und Implantation daher eine deutlich geringere Überlebensrate der Implantate beobachtet (88–98,4%) als bei Patienten mit einer moderaten Parodontitis (92,8–100%) oder bei parodontal Gesunden (96–100%) [58].

Der Implantaterfolg nach 10 Jahren fällt bei Patienten mit einer generalisierten schweren Parodontitis mit 83,33% deutlich geringer aus als bei parodontal Gesunden mit Erfolgsraten von bis zu 100% [66, 114]. Insgesamt weisen parodontal behandelte Patienten mit einer initialen Parodontitis im Stadium I–II höhere Implantatüberlebensraten und einen geringeren Knochenverlust an Implantaten auf als Patienten mit ausgeprägterem Parodontitisstadium III–IV [58, 86].

Beim höheren Parodontitisgrad C werden wesentlich geringere Überlebens- und Erfolgsraten und größerer marginaler Knochenverlust [21] als bei Grad A und B beobachtet [66, 86, 114]. Insbesondere bei Patienten, die in der Vergangenheit eine schwere Parodontitis mit schlechter Plaquekontrolle und unregelmäßiger Erhaltungstherapie hatten, besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Periimplantitis [23, 81, 86]. So zählen gegenwärtig vor allem verbliebene große Taschensondierungstiefen, fehlende Nachsorge, schlechte Mundhygiene und eine schwere Form der Parodontitis zu den stärksten Risikofaktoren für Periimplantitis. Selbst lokalisiert verbliebene residuale Entzündungen ($ST \geq 6$ mm mit BAS) führen zu einem 5-fach höheren Risiko für entzündliche Prozesse an Implantaten im Vergleich zu einer erfolgreich therapierten Parodontitis [17].

Schlechte Mundhygiene/Unregelmäßige Erhaltungstherapie

Die fehlende Compliance in der Erhaltungstherapie ist mit Zahnverlust und Attachmentverlusten vergesellschaftet [6, 8, 121]. Der Zusammenhang zwischen mikrobieller Plaque und Erkrankungen wie Gingivitis und Parodontitis ist durch eine Vielzahl von Studien belegt worden [7, 8, 61]. Die kausale Therapie im Sinne der Plaqueentfernung zeigte bei plaqueassoziierten Formen der Ätiopathogenese Verbesserungen der entzündlichen Läsionen [61]. Eine spätere Studie mit Mukositispatienten konnte zeigen, dass eine effiziente Plaquekontrolle entscheidend für die Prävention

der Periimplantitis war [18]. So war die Inzidenz der Periimplantitis über einen 5-Jahres-Zeitraum bei Patienten in der Erhaltungstherapie (18%) signifikant niedriger als bei Patienten ohne Erhaltungstherapie (44%). Auch eine Studie von Rocuzzo et al. [85] ergab über einen 10-Jahres-Zeitraum eine höhere Periimplantitisprävalenz ohne (41%) als mit Erhaltungstherapie (27%). Patienten, die weniger als 2-mal im Jahr in der Erhaltungstherapie erschienen, zeigten ein erhöhtes Risiko, an Periimplantitis zu erkranken (OR 4,69; 95%-KI 1,17–18,79).

Zusätzlich konnte eine starke Assoziation von mangelhafter häuslicher Mundhygiene und Periimplantitis in 4 Studien mit einer Odds Ratio zwischen 5 und 14 nachgewiesen werden [3, 27, 90, 101]. Jedoch wurden auch gegensätzliche Aussagen publiziert [53, 65, 96], wobei eine singuläre Plaqueindex-Aufnahme in diesen Studien in der Regel keinen repräsentativen Zustand der langfristigen Mundhygienesituation widerspiegelt. Serino und Stroem untersuchten die Mundhygienefähigkeit von implantatgetragenen Restaurationen bei Periimplantitispatienten [110] und konnten zeigen, dass an nur 18% der für die Mundhygiene zugänglichen Bereiche und an 65% der nicht hygienefähigen Bereiche eine Periimplantitis diagnostiziert wurde.

Rauchen

Rauchen ist mit chronischer Parodontitis, Attachment- und Zahnverlust vergesellschaftet [9, 116]. Zudem besteht eine Assoziation von Rauchen und Periimplantitis [25]. In einer 10-Jahres-Untersuchung von Karoussis et al. wiesen Raucher an 18% aller Implantate und Nichtraucher an nur 6% aller Implantate eine Periimplantitis auf. Neben der Einlagerung von Nikotin, Cotinin und deren Zerfallsprodukten in das parodontale Gewebe entstehen beim Rauchen Hydroxyd- und Peroxylradikale, die Wirts-DNA zerstören, Lipidperoxidation der Zellmembran verursachen, endotheliale Zellen schädigen und das Wachstum der glatten Gefäßmuskulatur induzieren und damit zahlreiche Gewebeveränderungen hervorrufen [117]. Die „Reactive Oxygen Species“ (ROS) aktivieren darüber hinaus die Bildung proinflammatorischer, für die Pathogenese periimplantärer Erkrankungen bedeutsamer Mediatoren wie Interleukin-6, Tumornekrosefaktor-alpha oder Interleukin-1 beta. Das Rauchen führt außerdem zur Reduktion der Blutgefäßdicke [84] und zur Verstärkung der entzündlichen Läsion durch genetische Variation der Biotransformation von N-Acetyltransferase-2, Cytochrom P450, CYP2E4 und Glutathion S-Transferase [51, 52]. Weiter reduzieren sich Funktionsfähigkeit und Zahl der polymorphkernigen neutrophilen Granulozyten bei Rauchern [33, 72] im Zusammenhang mit einem zytotoxischen Effekt von Nikotin auf die Fibroblastenmigration [26]. Lindquist et al. wiesen bei Rauchern einen erheblich größeren krestalen Knochenverlust als bei Nichtrauchern nach [60]. Gegensätzliche Ergeb-

nisse von Aguirre-Zorzano et al. zeigten allerdings bei 239 Patienten über 5 Jahre eine Periimplantitisprävalenz von 15% ohne erhöhtes Risiko bei Rauchern [3, 20, 23, 76]. Daher kann Rauchen nicht als relevanter Prädiktor für eine Periimplantitisentwicklung angesehen werden, sondern sollte als Cofaktor insbesondere mit anderen Risikofaktoren wie zum Beispiel einer Parodontitis betrachtet werden. Patienten mit vorliegendem Cofaktor Rauchen und einem parodontal kompromittierten Gebiss weisen ein 4,6-fach erhöhtes Risiko für Periimplantitis im Vergleich zu parodontal kompromittierten Nichtraucherern auf [113]. Zukünftige Studien sollten zur weiteren Klärung der Zusammenhänge die kumulierte Menge des Nikotinabusus in „pack-years“ erheben und zwischen Rauchern, ehemaligen Rauchern und Nichtrauchern differenzieren [25].

Diabetes mellitus

Mit einer weltweiten Prävalenz von circa 8% bei Erwachsenen [111] gilt Diabetes mellitus als weiterer bedeutender Risikofaktor für periimplantäre Erkrankungen [11] und Parodontitis [29]. Aufgrund der Parallelitäten in der Pathogenese von Periimplantitis und Parodontitis wird vermutet, dass durch diese Stoffwechselerkrankung biologische Komplikationen an Implantaten begünstigt werden. Da zwischen Parodontitis, Periimplantitis und Diabetes mellitus bidirektionale Beziehungen bestehen, ist die glykämische Einstellung (HbA_{1c} -Wert) und deren Reevaluation in der patientenspezifischen Therapie obligat. Durch die Hyperglykämie kommt es zur Bildung von Endprodukten der fortgeschrittenen Glykierung (Advanced Glycation End Products, AGE), die über ihren Rezeptor (RAGE) an Entzündungszellen andocken und zur vermehrten Freisetzung von Entzündungsmolekülen (reaktive Sauerstoffspezies und Zytokine), zur Reduzierung der Chemotaxis und der Adhäsionsleistung der Entzündungszellen und zur Verstärkung bakteriell induzierter Entzündungen des periimplantären Gewebes führen [31]. Auch die Kollagenvernetzung über AGE führt zu erschwerterem Turn-over des periimplantären Bindegewebes [31]. Eine Vielzahl an Studien konnte bei Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes mellitus ein höheres Risiko für Periimplantitis feststellen. Ferreira et al. zeigten bei unbehandelten Diabetespatienten oder Patienten mit einem Blutzuckerwert von ≥ 126 mg/dL eine Periimplantitisprävalenz von 24% im Vergleich zu 7% in der Kontrollgruppe der Nichtdiabetiker, was einer Odds Ratio von 1,9 entspricht [27]. Patienten, die zum Zeitpunkt der Implantation ihre Diabetesdiagnose erhielten, zeigten im Follow-up von 11 Jahren ein 3-fach höheres Risiko für die Entstehung einer Periimplantitis [19]. Tawil et al. untersuchten 45 Patienten mit Diabetes mellitus über einen durchschnittlichen Zeitraum von 42 Monaten (1–12 Jahre) und diagnostizierten bei Patienten mit einem HbA_{1c} -Wert $\leq 7\%$ an keinem Implantat, jedoch bei der Patienten-

gruppe mit HbA_{1c} -Werten zwischen 7 und 9% an 6 von 141 Implantaten Periimplantitis [115].

Damit gilt Diabetes als wichtiger potenzieller Risikofaktor für eine Periimplantitis [76, 102]. Genauer konnte gezeigt werden, dass Diabetiker ein doppelt so hohes Risiko für eine Periimplantitis haben wie Nichtdiabetiker (OR 2,5, 95%-KI 1,4–4,5) [25]. Aus 3 Studien, in denen die Informationen zum Diabetes mellitus nicht nur anamnestisch, sondern auch eigens klinisch erhoben wurden, zeigten 2 Studien einen deutlichen Effekt von Diabetes [27] oder HbA_{1c} -Werten [115] auf Periimplantitis.

Befestigte und/oder keratinisierte Mukosa

Obwohl frühere Übersichtsarbeiten [119] bei fehlender befestigter Mukosa keinen negativen Einfluss auf die periimplantäre Gesundheit zeigten, kamen weitere Metaanalysen, hauptsächlich auf Querschnittsstudien basierend, bei einer Mindestbreite von 1–2 mm keratinisierter Mukosa zu einer niedrigeren Plaqueakkumulation, weniger Gewebezündungen, Rezessionen und klinischem Attachmentverlust als beim Fehlen dieser Mindestbreite [59]. Eine fehlende befestigte Mukosa kann die Reinigungsfähigkeit durch den Patienten negativ beeinflussen [59]. Eine schmerzfreie häusliche Reinigung der Implantatsuprastrukturen gilt als wichtiges Ziel in der patientenspezifischen Therapie. Dabei sollte auch die befestigte Mukosa – unabhängig von Muskulaturbewegungen – so beschaffen sein, dass sich keine Mikroorganismen durch Spaltbildung am periimplantär transmukosalen Attachment im Bereich des Implantathalses einlagern können [55]. Neuere Übersichtsarbeiten wiesen signifikant weniger periimplantäre Entzündungen und niedrigere Plaque- und Gingivaindizes bei Patienten mit mindestens 2 mm keratinisierter oder befestigter periimplantärer Mukosa auf [13, 44, 59]. Obwohl auch weniger Rezessionen und Attachmentverlust bei suffizienter Mukosa auftraten, konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Sondierungstiefen dargestellt werden [2, 44, 96, 123]. Ein nicht signifikanter Trend weist auf vermehrten Knochenverlust bei insuffizienter Mukosa hin [46, 96]. Rohn et al. wiesen eine fehlende keratinisierte Mukosa als statistisch signifikanten Risikofaktor für Periimplantitis (OR 3,89; 95%-KI 2,34–5,98) nach [90]. Zudem befundeten Souza et al. vermehrte Beschwerden bei der häuslichen Mundhygiene in Bereichen mit weniger als 2 mm keratinisierter Mukosa, und damit einhergehend höhere Plaquescores und vermehrte Blutung auf Sondierung [112].

THERAPIEOPTIONEN BEI PERIIMPLANTÄREN ENTZÜNDUNGEN

Prävention von patientenspezifischen Risikofaktoren

Die patientenspezifische Behandlung von periimplantären Entzündungen umfasst ein synoptisches Behandlungs- ►

► konzept mit einerseits der Beachtung der detailliert aufgeführten Risikofaktoren für eine Prävention der Entstehung oder Verhinderung erneuter Progression von periimplantären Infektionen und andererseits einer antiinflammatorischen, wenn möglich rekonstruktiven Therapie von periimplantären Läsionen.

Als grundlegend für den Erfolg einer Implantatbehandlung wird die langfristige Vermeidung biologischer, technischer und ästhetischer Komplikationen gefordert. Auf biologischer Ebene werden die Abwesenheit von periimplantärer Mukositis und Periimplantitis und die Etablierung stabiler Weichgewebsverhältnisse insbesondere in der Erhaltungstherapie nach aktiver Therapie periimplantärer Infektionen verlangt. Biologische Komplikationen an Implantaten unterscheiden sich in ihrer Häufigkeit und Ausprägung bei Patienten mit und ohne Parodontitis. Die Durchführung einer sorgfältigen antiinfektiösen Parodontistherapie mit Reduktion der Entzündungszeichen und Sondierungstiefen vor der Therapie periimplantärer Entzündungen ist daher obligatorisch (Abb. 3–4).

Für die langfristig erfolgreiche Therapie periimplantärer Entzündungen ist insbesondere aus patientenspezifischer Sicht eine möglichst naturgetreue Gestaltung der prothetischen Versorgung mit entsprechend guter Pflegefähigkeit und optisch wie funktionell zufriedenstellendem Ergebnis unabdingbar und häufig nur durch eine Wiederherstellung der verloren gegangenen Gewebedimensionen zu erreichen. Aus Zahnverlust kann ein knöcherner sowie weichgeweblicher Gewebeverlust resultieren, der oftmals durch die atrophischen Umbauprozesse verstärkt wird. Es ist nicht ungewöhnlich, dass zum Zeitpunkt der Indikationsstellung einer Implantation ein teilweise deutlich limitiertes Knochenvolumen vorhanden ist. Eine Augmentation des Alveolar-kamms kann erforderlich sein, um ein Implantat in physiologischer Position mit ausreichender Knochenquantität und in prothetisch korrekter Lage zu inserieren.

Inwieweit das Verhältnis von Kronen- zu Implantatlänge bei fehlender Augmentation Auswirkungen auf die Über-

lebensrate, das marginale Knochenlevel oder prothetische Komplikationen hat, wird kontrovers diskutiert. So schlussfolgern einige Übersichtsarbeiten keine negativen Einflüsse [69, 75], andere systematische Reviews konnten hingegen häufigeres Auftreten prothetischer Komplikationen wie Abutmentlockerungen oder -frakturen speziell in posterioren Kieferbereichen beobachten. Eine Wiederherstellung der annähernd originalen Dimensionen der Hart- und Weichgewebe kann diese Risiken langfristig minimieren [64]. Zudem wird das ästhetische Ergebnis erheblich verbessert sowie die Pflegefähigkeit vereinfacht und damit die Prävention von entzündlichen Prozessen gewährleistet [44].

Therapie periimplantärer Mukosiden

Sollte sich eine periimplantäre Mukositis trotz Berücksichtigung dieser Empfehlungen und Risikofaktoren etablieren, muss mit höchster Priorität die kausale Therapie der bestehenden Risikofaktoren in Form der Raucherentwöhnung, der Einstellung des Diabetes mellitus und spezifischer Mundhygieneinstruktion begonnen werden. Die lokale plaqueinduzierte Inflammation soll durch eine nichtchirurgische mechanische Plaqueentfernung, die Optimierung der Mundhygienefähigkeit und die Einbindung in ein regelmäßiges Erhaltungstherapieprogramm beseitigt werden [73]. Dabei gilt eine effiziente Plaqueentfernung ohne Schädigung der Implantatrekonstruktion als primäres Ziel [63]. Die häusliche Mundhygiene kann mit manuellen oder elektrischen Zahnbürsten und angepassten Interdentälbürsten erfolgen [83]. Bei singulären entzündlichen Stellen in Kombination mit zementierten Restaurationen sollten Zementrückstände berücksichtigt und möglicherweise schonend durch eine nichtchirurgische Reinigung entfernt werden. Da die Entfernung von Zementrückständen zur signifikanten Besserung der periimplantären Gewebe führt [120], werden bei einer erfolglosen nichtchirurgischen Reinigung eine Abnahme der prothetischen Restauration sowie eine chirurgische Reinigung und eine Zementierung unter Sicht empfohlen [83].

Die Frage, ob prothetisch festsitzende Restaurationen verschraubt oder zementiert werden sollten, wird in der Literatur nach wie vor kontrovers diskutiert. In einer Übersichtsarbeit von 2016 wurden keine klinisch relevanten Unterschiede hinsichtlich des marginalen Knochenabbaus an Implantaten bei verschraubten oder zementierten Lösungen gefunden [57]. Andere Autoren konnten bei der Verwendung von auf Methacrylat basierenden Zementen eine verstärkte Plaqueadhäsion an Zementresten in



Abb. 3: Darstellung der Defektmorphologie des intraossären Defekts regio 46 mesial mittels vereinfachten Papillenerhaltungslappens nach Reevaluation der zuvor durchgeführten konservativen Parodontistherapie



Abb. 4: Debridement der Wurzeloberfläche mit folgender Membranpositionierung im Rahmen einer gesteuerten Geweberegeneration und Defektfüllung mit autologem Knochen

Kombination mit erhöhtem Auftreten periimplantärer Entzündungen feststellen [71]. Bei Parodontitispatienten erscheint die Verwendung verschraubter Restaurationen erstrebenswert, weil damit eine Retention von Zementresten sicher auszuschließen ist und die Konstruktion bei biologischen wie technischen Komplikationen einfacher zu entfernen ist. Andererseits sind bei verschraubten Konstruktionen technische Komplikationen wie Verblendungsfrakturen häufiger anzutreffen [99]. Bei der Wahl einer zementierten Lösung ist daher die Anfertigung von individuellen anatomischen Abutments hilfreich, um eine tief subgingivale Lage des Zementspalts zu verhindern und die Entfernung von Zementresten sicherstellen zu können. Zusätzlich sollte die Vermeidung von Überhängen oder konkaven Flächen an Kronen und Brücken angestrebt werden, um eine ideale häusliche Mundhygiene zu ermöglichen. Während der mechanischen Reinigung wird vor allem mit Titan- und Kohlenstofffaserinstrumenten sowie kunststoff- und teflonbeschichteten Ultraschallsystemen die Implantatoberfläche geschont [97], was für potenzielle zukünftige augmentative Therapieansätze vorteilhaft erscheint. Allerdings muss beachtet werden, dass dann das Debridement ineffektiver ausfällt und möglicherweise Rückstände an der Oberfläche hinterlassen werden [122]. In einer randomisierten, kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass die Anwendung von Glycinpulversystemen bessere Ergebnisse bei Blutung auf Sondierung im Vergleich zur mechanischen Reinigung mit Kohlefaserinstrumenten erbrachte [40, 98]. Die nichtchirurgische Therapie gilt als erfolgreicher Therapieschritt der reversiblen periimplantären Mukositis und zeichnet sich anschließend durch Abwesenheit von Blutung oder Suppuration auf Sondierung aus [73].

Therapie der Periimplantitis

Unter den Periimplantitisläsionen werden frühe von späten Infektionen unterschieden. Frühe periimplantäre Entzündungen treten unmittelbar nach der Implantation oder in den ersten Wochen danach auf und sind zumeist durch postoperative Wundheilungsstörungen verursacht. Eine späte Periimplantitis wird in der Regel nach Osseointegration und erfolgter Restauration des Implantats diagnostiziert [82].

Bei klinischer und radiografischer Diagnostik sowie einer Überprüfung der Osseointegration mit sehr niedrigen Werten in der Resonance Frequency Analysis (RFA) oder sehr hohen Werten in der Damping Capacity Analysis (DCA), tiefem Klopfeschall, Mobilität und großen Sondierungswerten ist zumeist eine Entfernung des betroffenen Implantats indiziert [73]. In allen anderen Fällen gilt es, die periimplantäre Entzündung dauerhaft in eine Stagnationsphase zu überführen, beginnend mit einer nichtchirurgischen Therapiephase und der Einstellung aller Mundhygieneparameter. Die Grundlage zur systematischen und kontinuierlichen

Vorbeugung und Behandlung periimplantärer Erkrankungen bildet das ursprüngliche CIST-Konzept (cumulative interceptive supportive therapy oder antiseptische kumulative unterstützende Therapie) nach Mombelli und Lang [68]. Das CIST-Konzept ist ein in 4 Behandlungsschritte eingeteiltes Stufenmodell. Die je nach Diagnoseverlauf modular zusammengesetzte Therapieleitschiene enthält initial Hygieneunterweisungen und professionelle Zahnreinigungen (Teil A), gefolgt von Chlorhexidinspülungen, Gelapplikationen (Teil B) und systemischer Antibiotikamedikation (Teil C) sowie im Anschluss chirurgische Interventionen mit entweder resektivem oder regenerativem Behandlungsansatz (Teil D). Jedoch müssen gerade in der Weiterentwicklung patientenspezifischer Therapien die vorhandenen Risikofaktoren erkannt und eingestellt werden, und die Beurteilung der Stufentherapie darf nicht nach starrer Betrachtung der Sondierungswerte, sondern muss gemäß der Veränderung der Sondierungswerte über die Zeit erfolgen [43].

Durch die nichtchirurgische Therapie einer Periimplantitis ist eine Reduktion der Blutung auf Sondierung, aber nur eine limitierte Verbesserung bei den Sondierungswerten zu erwarten [77, 118]. Bei zusätzlicher Anwendung von adjuvanten Spüllösungen oder Antibiotikagabe zeigten sich insbesondere Minocyclinprodukte und Tetrazyklinderivate als effektiv und verbesserten die Werte für Blutung auf Sondierung sowie Sondierungstiefe [10, 14, 78, 79, 100]. Von einer Gabe systemischer Antibiotika sollte allerdings bei nichtchirurgischen Verfahren Abstand genommen werden [77]. Auch Nd:YAG- und Er:YAG-Laser-Anwendungen als Adjuvans zur mechanischen Therapie konnten nur kurzfristige Erfolge von wenigen Monaten im Bereich der Blutung auf Sondierung und der Sondierungstiefe zeigen [1, 80]. Sechs Wochen nach dem nichtchirurgischen Vorgehen sollte ein chirurgisches, mechanisches Debridement einschließlich einer chemischen Dekontamination der Implantatoberfläche erfolgen. Bei diesem operativen Eingriff können Zugangslappen, resektive Therapieansätze mit oder ohne Implantoplastik oder augmentative Verfahren zum Einsatz kommen. Dabei gelten vor allem die knöcherne Defektmorphologie und die Position des betroffenen Implantats – im oder außerhalb des ästhetischen Bereichs – als entscheidender Faktor bei der weiteren Therapieplanung. Grundsätzlich kann mit augmentativen Maßnahmen bei intraossären Komponenten wie schüsselförmigen Defekten (Klasse Ie [108]) und 3- oder 4-wandigen Knochendefekten neben dem antiinflammatorischen ein klinisch und radiografisch verbessertes Therapieergebnis erreicht werden. Die übrigen knöchernen Defektmorphologien werden in der Regel mit resektiven Therapieverfahren behandelt. Chirurgische Zugangslappen und resektive Therapieansätze sind bei suprakrestalen Knochendefekten (horizontalem Knochenverlust) mit freiliegenden Implantatwindungen ►►



Abb. 5: Periimplantitis regio 15, 16 (klinischer Ausgangszustand)

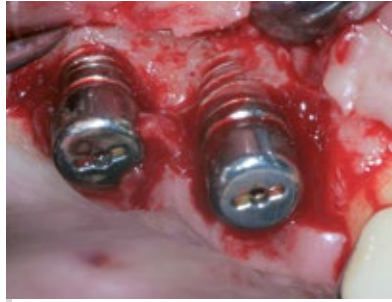


Abb. 6: Chirurgische Therapie der Periimplantitis regio 15, 16 (horizontaler Knochenverlust) mit Abnahme der Suprakonstruktion 8 Wochen nach geschlossenem Scaling und Dekontamination der Implantatoberfläche



Abb. 7: Implantoplastik mit rotierendem Instrumentarium und anschließender Entfernung des Granulationsgewebes sowie direkter Eingliederung der Restauration

► indiziert [45, 50]. Mit der resektiven Therapie der periimplantären Entzündung können der Knochen rekonturiert und die Sondierungswerte reduziert werden. Dies kann mit oder ohne glättende Oberflächenbearbeitung der Implantate erfolgen. Im ästhetischen Bereich kann ein Zugangslappen mit streng intrasulkulärer Schnittführung unter Erhalt des Weichgewebes, im posterioren Bereich ein apikaler Verschiebelappen angewendet werden [45]. In ästhetischen Regionen mit moderatem Knochenverlust und flachen Knochendefekten ist die Kombination eines chirurgischen Debridements mit einem freien Bindegewebestransplantat eine empfehlenswerte Variante, um eine signifikante klinische Verbesserung zu erreichen und trotzdem das hohe Risiko von Rezessionen zu verhindern [37, 105]. In posterioren Bereichen führt die resektive Therapie mit Implantoplastik zu verbesserten klinischen und radiografischen Ergebnissen nach einem 3-Jahres-Follow-up im Vergleich zur Kontrollgruppe mit ausschließlich resektivem Ansatz ohne Implantoplastik (STM: $1,64 \pm 1,29$ vs. $2,3 \pm 1,45$ mm) [93, 94] (Abb. 5–6). Für die Implantoplastik können Hartmetallfräsen als Flamme oder Ellipse (30 mm Länge) mit normaler (12 Schneiden) und ultrafeiner (30 Schneiden) Finierstufe genutzt werden. Die Glättung der Oberfläche wird mit Arkansas- und Greenie-Spitzen finalisiert. Allerdings sollte mittels Gazeauslage und der Exzision des Granulationsgewebes nach Implantoplastik der Rückstand von Titanpartikeln im Gewebe reduziert werden oder je nach Indikation und Diagnose die Implantoplastik auf die supramukosalen Bereiche vor Lappenbildung beschränkt werden, da der Effekt der Gewebereaktionen auf das verbleibende Titan im Sinne einer progressiveren periimplantären Entzündung derzeit ungeklärt ist [45, 102]. Zum besseren Therapieablauf wird empfohlen, insbesondere bei Implantoplastik die Suprakonstruktionen für den operativen Eingriff abzunehmen, hinsichtlich der Mundhygienefähigkeit zu adaptieren und wieder einzusetzen [45]. Adjuvante systemische Antibiotika

bei resektiven Verfahren ergaben keine signifikanten klinische und radiografische Langzeitverbesserung [16]. Augmentative Verfahren sind bei schüsselförmigen ossären Defekten (Klasse Ie [108]) sowie 3- oder 4-wandigen Knochendefekten, an denen vorzugsweise die knöcherne Kontur als Gerüstform erhalten geblieben ist, insbesondere bei moderat rauen Implantatoberflächen unter Abwägung entsprechender vorhandener Risikofaktoren indiziert [29, 73, 88, 103, 108]. Präoperativ sollten speziell die Implantatposition sowie das Design und die Hygienefähigkeit der prothetischen Rekonstruktion kritisch evaluiert werden [73]. Für die Ausführung der augmentativen chirurgischen Intervention steht die Verwendung von Knochen oder Knochenersatzmaterialien in Kombination mit einer Membrantechnik oder ohne im Sinne der gesteuerten Geweberegeneration oder die Kombination mit biologisch aktiven Wirkstoffen, vorrangig Schmelzmatrixproteinderivaten, bone morphogenetic proteins (BMPs) oder plättchenreichen Fibrinmembranen (PRF), zur Verfügung [74]. Die augmentativen Eingriffe führten in der Mehrheit der Studien zu einer Verbesserung der klinischen und radiografischen Parameter im Untersuchungszeitraum von 6 Monaten bis zu 7–10 Jahren [74]. Blutung auf Sondierung reduzierte sich durchschnittlich um 25,9% [32] bis 91% [28] im Nachuntersuchungszeitraum von bis zu 7 Jahren. Auch die Sondierungswerte verkleinerten sich zwischen 0,74 mm und 5,4 mm [48, 104]. Die Art der Oberflächendeckontamination hatte keinen signifikanten Einfluss auf diese Parameter [22, 48, 54], sodass bei allen chirurgischen Verfahren eine Reinigung mit kochsalzgetränkter Gaze als Standard angesehen werden kann [107]. Titangranulat als Füller zeigte bei augmentativen Verfahren keinen positiven Einfluss auf klinische Parameter im Vergleich zu einfachen Zugangslappen [5, 39]. In 2 Studien gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen der alleinigen Anwendung autologen Knochens und der Kombination mit resorbierbaren [95] und nicht resorbierbaren Membranen [48]. Im



Abb. 8: Zustand nach chirurgischer Periimplantitistherapie mit insuffizienter Weichgewebssituation (3 Monate)



Abb. 9: Freies Schleimhauttransplantat (Entnahme Gaumen rechts) und Vestibulumplastik zur Verbreiterung der keratinisierten Mukosa



Abb. 10: Drei-Jahre-Follow-up der regio 15, 16 bei stabiler periimplantärer, entzündungsfreier Weichgewebssituation

Gegensatz dazu lieferte eine Studie bessere klinische Ergebnisse bei der Kombination von Knochenersatzmaterial mit einer Membran [106]. Der Zusatz von Schmelzmatrixproteinderivaten führte hingegen nicht zur Verbesserung von Sondierungstiefen und Blutung auf Sondierung im Vergleich zur Kontrollgruppe mit Zugangslappen [38]. Deshalb besteht derzeit keine Evidenz für eine klinische

Überlegenheit einer bestimmten Kombination in Langzeituntersuchungen [74].

Auch die Fragen einer offenen oder geschlossenen Einheilung [92] und des Nutzens adjuvanter systemischer Antibiotika [74] lassen sich anhand der derzeitigen Studienlage nicht eindeutig beantworten. Wenn die Suprakonstruktion eine nichtzerstörende Abnahme erlaubt und insbesondere ▶

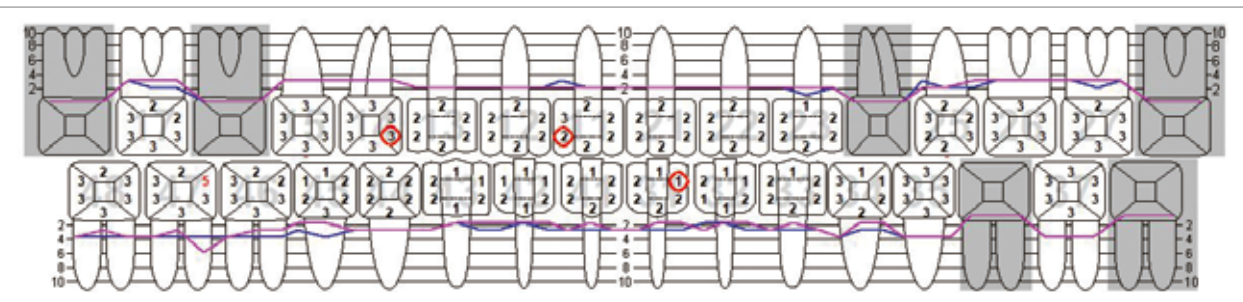


Abb. 11: Klinische Sondierungswerte der gesamten Dentition 3 Jahre postoperativ (Endbefund)



Abb. 12: Orthopantomogramm 3 Jahre postoperativ (Endbefund)



Abb. 13: Kombination eines suprakrestalen und Klasse-I-Defekts im ästhetischen Oberkieferfrontzahnbereich. Nach erfolgter nichtchirurgischer Therapie wird die chirurgische Reinigung und Dekontamination des Implantats durchgeführt.

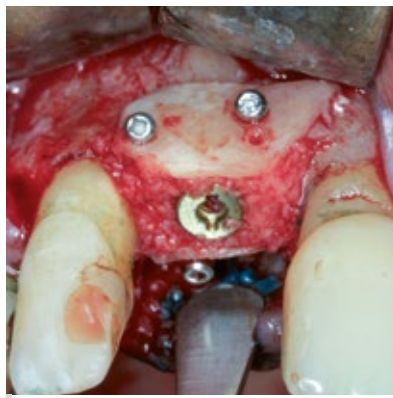


Abb. 14: Augmentation des Defekts mittels biologischer 3D-Schalentechnik nach Khoury und retromolarer Knochenentnahme bei anschließend geschlossener Wundheilung

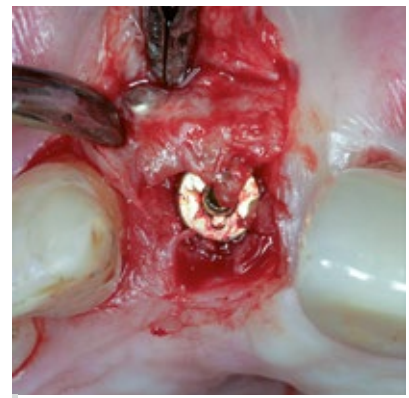


Abb. 15: Reentry bei Freilegung nach 3 Monaten mit vollständiger Wiederherstellung des knöchernen Alveolarfortsatzes und Eingliederung der vorhandenen prothetischen Versorgung

- ▶ die Verwendung von Membrantechnik mit entsprechend erhöhtem Expositionsrisiko in Erwägung gezogen wird [48], kann eine geschlossene Einheilung favorisiert werden.

Stabilisierung und Verbesserung des Therapieergebnisses

Die beschriebenen augmentativen Techniken zielen im Gegensatz zu den rein chirurgischen Zugangslappen und resektiven Therapieansätzen nicht nur auf das antiinflammatorische, sondern auch auf ein verbessertes Therapieergebnis im Hinblick auf Sondierungstiefen, Attachmentlevel und Defektfüllung ab. Im Folgenden werden zusätzliche Möglichkeiten für das Hart- und Weichgewebsmanagement aufgeführt.

Hartgewebsmanagement

In der Regel beschränkt sich das augmentative Prozedere auf den intraossären Bereich, sodass suprakrestale Implantatoberflächen je nach Risikoprofil entweder nur mit einem Debridement oder mit einer suprakrestal begrenzten Implantoplastik behandelt werden sollten [104]. In ästhetischen Bereichen kann bei fehlenden Risikofaktoren – derzeit ohne wissenschaftliche Evidenz – eine 3-dimensionale Wiederherstellung des Alveolarfortsatzes einschließlich der suprakrestalen Anteile angedacht werden. Der Autor empfiehlt bei diesen vertikalen Knochenverlusten nach Periimplantitis eine Modifikation der autogenen Blockaugmentation als Schalentechnik, um die Heilung und die Knochenstabilität zu verbessern [49] (Abb. 13–15). Bei diesem Konzept der Knochenblocktransplantation aus dem retromolaren Unterkiefer kommt ein dünnes Blocktransplantat als biologische Membran zur Anwendung, das dem partikulären Knochenmaterial die gewünschte Form und Dimension verleiht. Partikulärer Knochen hat eine vergrößerte Oberfläche mit einem hohen Regenerationspotenzial und verbessert damit hauptsächlich die Osteokonduktion. Zur geschlossenen Einheilung ist ein absolut spannungsfreier Wundverschluss mit Periostschlitzung oder adjuvanten gestielten Rotations-/Schwenklappen obligatorisch.

Weichgewebsmanagement

Vor, während und nach chirurgischer Periimplantitistherapie sind dringend alle Risikofaktoren, beispielsweise eine fehlende befestigte keratinisierte Mukosa, zu überprüfen [109]. Bei starker muskulärer Beeinflussung des periimplantären Weichgewebes sollte bereits vor der chirurgischen augmentativen Periimplantitistherapie die Breite der keratinisierten Mukosa verbessert werden, um das Weichgewebshandling einschließlich des primären Wundverschlusses zu optimieren. In den übrigen Fällen kann zur Verhinderung eines Rezidivs dieser potenzielle Risikofaktor nach erfolgreicher Therapie der periimplantären Entzündung operativ aufgelöst werden [109]. In den meisten Fällen ist nach hartgeweblich augmentativer oder resektiver Chirurgie ein Defizit an befestigter keratinisierter Mukosa zu verzeichnen. Dabei gilt, trotz begrenzter wissenschaftlicher Evidenz, das Fehlen oder eine inadäquate Breite der keratinisierten periimplantären Mukosa als Risikoquelle für rezidivierende periimplantäre Erkrankungen. Das Vorhandensein einer ausreichenden keratinisierten Manschette reduziert Plaqueakkumulation, Gewebeentzündung, Schleimhautrezessionen und Attachmentverluste [44]. Aus klinischer Perspektive wird eine Mindestbreite von 2 mm keratinisierter, befestigter periimplantärer Mukosa empfohlen, um die periimplantäre Weichgewebestabilität zu verbessern, dem Patienten eine adäquate Reinigung zu ermöglichen und Folgerisiken durch vermehrte Plaqueakkumulation zu minimieren. Bei Fehlen dieser keratinisierten Mukosa sollte unbedingt auf ein freies Schleimhauttransplantat zurückgegriffen werden, um die klinische Situation zu verbessern [15, 89, 109] (Abb. 8–10). Dabei zeigt das autologe freie Schleimhauttransplantat vom Gaumen im Vergleich zu alleinigen Vestibulumplastiken, azellulären dermalen Matrices oder xenogenen Kollagenmatrices bessere Ergebnisse im Hinblick auf die Verbreiterung der keratinisierten Mukosa [15, 62].

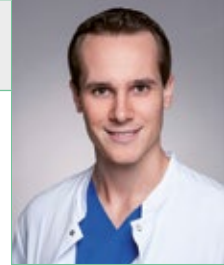
Nachsorge

Die Nachsorge (unterstützende Parodontitistherapie) gilt als Schlüssel für den langfristigen Erfolg der Behandlung periimplantärer Entzündungen [73] und funktioniert nur unter Berücksichtigung der potenziellen patientenspezifischen Risikofaktoren. Bei der Erhaltungstherapie muss eine intensive wiederholende Instruktion, Demonstration und Motivation des Patienten erfolgen [47], die periimplantären Sondierungstiefen müssen schonend aufgenommen und die Reevaluation der effektiven häuslichen sowie professionellen Hygienefähigkeit muss durchgeführt werden. Das Recallintervall sollte nach einem individuellen Risikoprofil gewählt werden [56, 70], wobei Patienten mit vorangegangener periimplantärer Entzündung allgemein als Patienten mit erhöhtem Risiko gelten [73]. Aus diesem Grund sollte zunächst immer ein kurzes Intervall für die unterstützende Parodontitistherapie von 3 Monaten gewählt werden, das stets patientenspezifisch anhand vorhandener Risikofaktoren adaptiert werden kann.

Zusammenfassung

Die patientenspezifische Therapie periimplantärer Entzündungen basiert auf einem synoptischen Behandlungskonzept mit besonderer Beachtung therapierelevanter Risikofaktoren. Die Prävention erneuter Progression von periimplantären Infektionen und eine antiinflammatorische, wenn möglich rekonstruktive Therapie von periimplantären Läsionen gelten als Therapieziel. Mit einer erfolgreichen aktiven Parodontitisbehandlung, der Herstellung adäquater Mundhygiene einschließlich der prothetischen und/oder Weichgewebskonditionierung sowie einer möglichen Nikotinreduktion und der Einstellung des Diabetes mellitus mit HbA_{1c} -Zielwert < 7 können wesentliche Risikofaktoren eliminiert und die Ausgangsvoraussetzungen für eine folgende Therapie der periimplantären Entzündungen geschaffen werden. Periimplantäre Entzündungen sollten im Anschluss zunächst mit einer nichtchirurgischen mechanischen Plaqueentfernung und antimikrobiellen Spülungen behandelt werden. Nach der Reevaluation können ein chirurgisches, mechanisches Debridement mittels Zugangslappen, resektive Therapieansätze mit oder ohne Implantoplastik oder augmentative Verfahren zum Einsatz kommen. Grundsätzlich können bei suprakrestalen Knochendefekten (horizontalem Knochenverlust) resektive Therapieverfahren mit oder ohne Implantoplastik und bei intraossären Komponenten wie schüsselförmigen Defekten augmentative Maßnahmen angewendet werden. Im Rahmen der patientenspezifischen Therapie periimplantärer Entzündungen wird der Nachsorge und genauen Reevaluation von Risikofaktoren eine besonders hohe Bedeutung zugemessen.

→ Vita



DR. PHILIP L. KEEVE, MSc.

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
 Fachzahnarzt für Parodontologie
 DGParo-Spezialist für Parodontologie
 Master of Science in Implantology & Dental Surgery

- ▶ 2003 – 2008 Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Witten/Herdecke
- ▶ 2008 – 2012 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Parodontologie (Prof. Dr. W.-D. Grimm & Prof. Dr. A. Friedmann), Universität Witten/Herdecke
- ▶ 2010 Promotion zum doctor medicinae dentarium (Dr. med. dent.)
- ▶ 2012 – 2013 Oberarzt in der Abteilung für Parodontologie, Universität Witten/Herdecke
- ▶ 2012 Erlangung der „Fachkunde Laserzahnmedizin“
- ▶ 2013 Ernennung zum „Fachzahnarzt für Parodontologie“
- ▶ 2013 Ernennung zum „DGParo-Spezialisten für Parodontologie“
- ▶ 2014 Zertifizierung zur Anwendung von Siederungsverfahren in der Oralchirurgie
- ▶ 2013 – 2018 Oberarzt an der Privat-Zahnklinik Schloss Schellenstein und Leiter der Abteilung Parodontologie, Internationales Zentrum für Implantologie und zahnärztliche Chirurgie (Prof. Dr. F. Khoury), Olsberg
- ▶ 2016 Ernennung zum Master of Science in „Implantology and Dental Surgery“, International Medical College
- ▶ 2017 Ernennung zum „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“
- ▶ 2018 Gründung „Fachzahnarzt-Zentrum Weser: Dr. Keeve und Kollegen“, Fachzahnärzte für Oralchirurgie & Parodontologie, Implantologie und ästhetische Zahnmedizin, Hameln
- ▶ 2018 Zertifizierung des „Fachzahnarzt-Zentrum Weser: Dr. Keeve und Kollegen“ zur Lehrpraxis der „Akademie für Praxis und Wissenschaft“ (APW) für Zahnärzte/-innen in den Bereichen Implantologie und Parodontologie

Interessenkonflikt

P. L. Keeve ist unter anderem für die Firmen Dentsply Sirona, Straumann, Hager & Meisinger, Stoma Dentalsysteme und Resorba als Referent tätig. Für den vorliegenden Beitrag besteht keine direkte Zusammenarbeit mit o.g. Firmen. ■

Dr. Philip L. Keeve, MSc.

Fachzahnarzt Zentrum Weser:

Dr. Keeve + Kollegen, Süntelstraße 10-12, 31785 Hameln
 Tel.: 05151 9576-0, E-Mail: pl.keeve@outlook.com

*Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
 „Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche
 Zeitschrift | 2022; 77 (1)“*

Das Literaturverzeichnis können Sie unter
www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten herunterladen.

Implantatplanung und chirurgische Aspekte zur Reduktion des Periimplantitisrisikos

PD Dr. med. dent. Philipp-Cornelius Pott, Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. med. dent. Franziska Ulmer, Hannover

PD Dr. med. Dr. med. dent. Rüdiger Zimmerer, Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Zusammenfassung

Periimplantäre Entzündungen sind trotz hochentwickelter Operationstechniken und Implantatkomponenten bis heute eine häufig auftretende Komplikation in der dentalen Implantologie. Das Entstehen periimplantärer Entzündungen kann nicht nur post-implantologische Ursachen haben, sondern auch präimplantologische Faktoren spielen eine Rolle. Neben der Ausgestaltung der prothetischen Versorgung sind insbesondere die korrekte Planung der Implantatposition und die chirurgische Vorbereitung des Implantationsgebiets für den Langzeiterfolg dentaler Implantate von Bedeutung. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit diesen präimplantologischen Faktoren mit besonderem Augenmerk auf der Implantatplanung, dem Hart- und Weichgewebsmanagement und der navigierten Implantation unter Berücksichtigung aktueller relevanter Literatur.

Einleitung

Allein in Deutschland werden jährlich über 1.300.000 dentale Implantate gesetzt [3]. Die Komplikationsrate liegt über einen Beobachtungszeitraum von 5 Jahren noch bei ca. 20%, und periimplantäre Entzündungen sind mit einer Hauptursache für das Implantatversagen [2, 4]. Dennoch ist die implantologische Versorgung des Lückengebisses oder des zahnlosen Kiefers aus dem Therapiespektrum der modernen Zahnmedizin heute nicht wegzudenken, vor allem deshalb nicht, weil durch Weiterentwicklungen von Fertigungstechniken und Materialien der Indikationsbereich für dentale Implantate immer größer wird. Moderne präimplantologische und implantologische Operationstechniken ermöglichen Implantatversorgungen heute in nahezu allen Arealen. In Abhängigkeit von verschiedenen Einflussfaktoren zeigen diese jedoch unterschiedlich gute Langzeitprognosen.

Im Fokus dieses Beitrags stehen diejenigen Aspekte, die während des chirurgischen Vorgehens der Implantatversorgung das Risiko für im Verlauf auftretende Komplikationen beeinflussen. Allgemeine und allgemeinmedizinische Risikofaktoren für Implantatkomplikationen wie beispielsweise Medikationen oder Vorerkrankungen stehen nicht im Fokus dieses Beitrags, vielmehr wird davon ausgegangen, dass absolute und relative Kontraindikationen patientenindividuell erfasst und berücksichtigt werden.

Abbildung 1 zeigt ein Flussdiagramm für einen standardisierten Ablauf, der das Auftreten von Komplikationen im Zeitraum bis zur Implantation reduzieren kann. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Vermeidung ungünstiger Hart- und Weichgewebsverhältnisse in der Implantationsregion bzw. auf der Verbesserung von ungünstigen Verhältnissen vor der Implantatinsertion gepaart mit einem sinnvollen Backward-Planning und der korrekten Auswahl der geeigneten Implantattypen.

Neben den besonderen Anforderungen an die eigentliche Implantation spielt dabei insbesondere die Planung der gewünschten Implantatposition unter Berücksichtigung der späteren implantatprothetischen Restauration eine herausragende Rolle. Jepsen et al. fordern, dass die gewählte Implantatposition und die prothetische Versorgung so gewählt bzw. gestaltet sein müssen, dass sie der regelmäßigen häuslichen Mundhygiene wie auch der professionellen Prophylaxe zugänglich sind [12]. Nach Schwarz et al. gibt es dazu in der Literatur bisher jedoch noch wenig Daten, sodass die zugrunde liegende Evidenz hinsichtlich der präimplantologischen Einflussfaktoren auf das Entstehen periimplantärer Entzündungen noch eingeschränkt ist [23]. Eine Implantatplanung, die im Voraus nicht nur chirurgische Aspekte wie Knochenqualität und -quantität berücksichtigt, sondern auch die später geplante prothetische Versorgung unter den Aspekten des notwendigen Implantatdurchmessers, des späteren Weichgewebsmanagements und der Hygienefähigkeit einbezieht, trägt

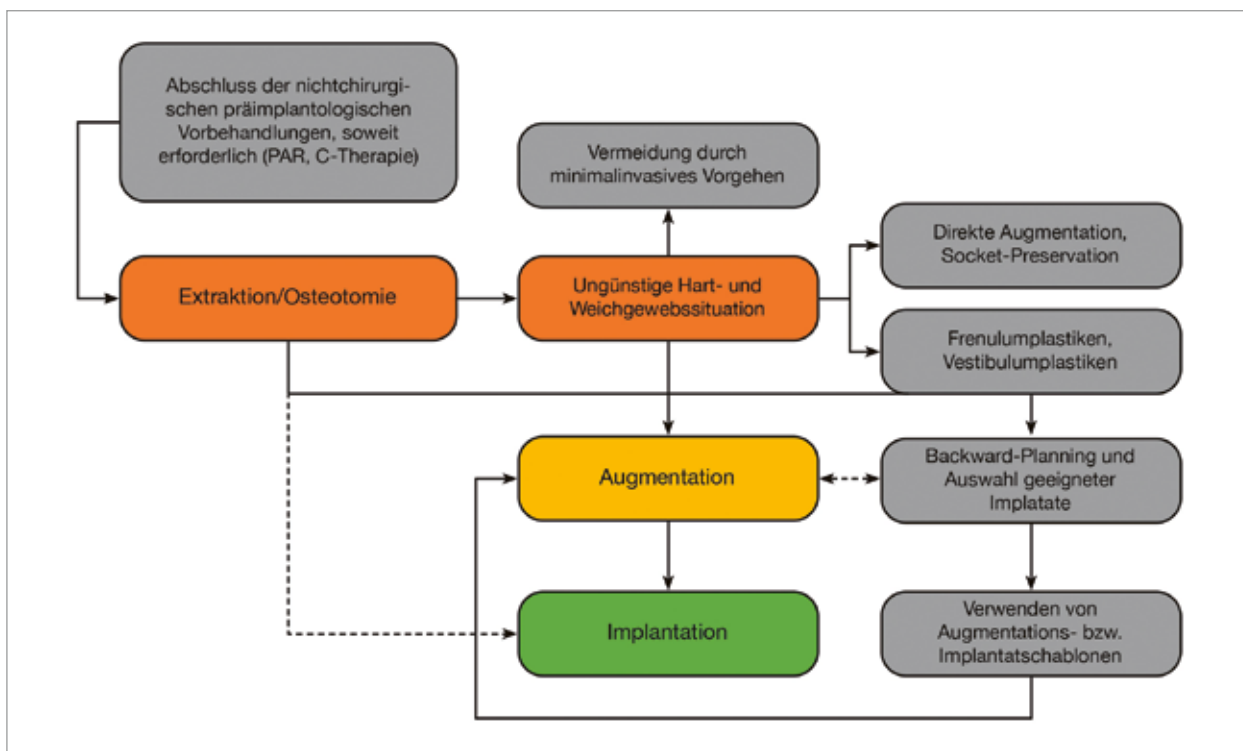


Abb. 1: Grundsätzliche Strategien zur Reduktion des Periimplantitisrisikos vor und während der Implantation

dazu bei, das Risiko periimplantärer Weichgewebsentzündungen und der etablierten Periimplantitis zu reduzieren. Nach Romanos et al. zeigen beispielsweise Implantate mit größerem Durchmesser im Verlauf einen stärkeren Abbau der bukkalen Knochenlamelle als dünnere Implantate mit einem Durchmesser $\geq 3,75$ mm [21]. Dies zeigt, dass hinsichtlich der Wahl der korrekten Implantatposition neben der geplanten Restauration und ihrer erwarteten Belastung auch das im gewünschten Bereich befindliche Hart- und Weichgewebe berücksichtigt werden muss. Erhöhte Schleimhautbeweglichkeit, also das Fehlen keratinisierter befestigter Gingiva im Bereich von Implantaten, kann periimplantäre Entzündungen triggern [23]. Insbesondere die präimplantologische Beurteilung des umgebenden Weichgewebes an der geplanten Implantatposition ist daher von Bedeutung. Es zeigt sich oft gerade im Bereich der Wangen- und Lippenbändchen eine erhöhte Schleimhautbeweglichkeit, insbesondere dann, wenn es dort nach Zahnverlust zur Kieferkamatrophie gekommen ist. Eine verstärkte Kieferkamatrophie führt auch zur Veränderung der Lagebeziehung zwischen Kieferkamm und den Umschlagfalten, in deren Nähe ebenfalls der Anteil keratinisierter befestigter Gingiva reduziert ist.

Mithilfe von Bohrschablonen können die geplante(n) Implantatposition(en) heute bereits sehr präzise auf die klinische Situation im Patientenmund übertragen werden [19]. Obgleich die digital gestützten modernen Planungs- und

Behandlungsmöglichkeiten bereits eine gute Therapiesicherheit bieten, zeigen dentale Implantate leider die oben bereits erwähnte verhältnismäßig hohe Komplikationsrate. Ziel dieses Übersichtsartikels ist es, zunächst eine Übersicht über die Methode des sogenannten Backward-Planning zu geben, anschließend präimplantologische chirurgische Strategien und die schablonengeführte Implantation näher zu betrachten. Abschließend wird eine kurze Übersicht über die zurzeit relevante Literatur gegeben. Einleitend sei folgende allgemeine Frage gestellt: Gibt es eine ideale Implantatposition, und wie kann sie gefunden werden?

Präimplantologisches Backward-Planning

Eine ideale Implantatposition hängt von unterschiedlichen Aspekten ab. Chirurgisch sind eine gute Primärstabilität und anschließend eine gute Osseointegration von maßgeblicher Bedeutung. Eine gute knöcherne Ausgangssituation, eine komplikationsfreie Implantation und ein postoperativer bakteriendichter Schleimhautverschluss sind für das Erreichen dieser Ziele wichtig. Implantatprothetisch hängt die ideale Implantatposition von der zu erwartenden Belastung durch den Zahnersatz und das zur Verfügung stehende Platzangebot ab. Insbesondere die zu erwartende Belastung spielt im Zusammenhang mit der gewünschten idealen Langzeitstabilität eine herausragende Rolle, da die ideale Kraftverteilung über den Zahnersatz und das Implantat in den Knochen nur ►►

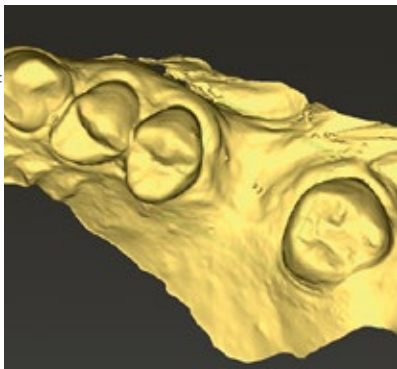


Abb. 2a: 3D-Datensatz einer Schalllücke in Regio 26 nach direktem intraoralen Scan.

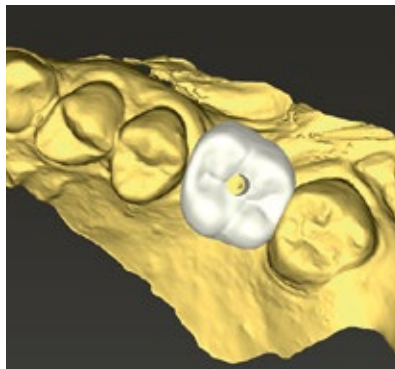


Abb. 2b Virtuelle Aufstellung eines konfektionierten Planungszahns 26 in den vorliegenden 3D-Datensatz.

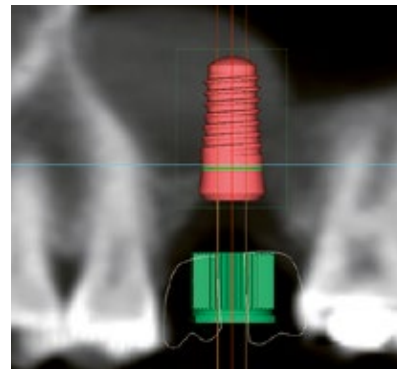


Abb. 2c: Schnittbild aus Planungs-DVT (vor präimplantologischen Maßnahmen) mit virtuell positioniertem Implantat 26, eingeblendetem virtuell aufgestelltem Zahn und virtueller Bohrhülse. Hier wird klar, dass vor Implantation ein Sinuslift erforderlich ist.

- ▶ dann erfolgen kann, wenn die einwirkende Kraft direkt in der Implantatachse wirkt und das Implantat hinsichtlich Form und Durchmesser korrekt gewählt wurde. Zudem sind Aspekte der späteren Hygienefähigkeit unbedingt zu berücksichtigen.

Aufgrund der jeweils patientenindividuellen anatomischen Gegebenheiten sind Idealvoraussetzungen nur in äußerst seltenen Fällen zu finden, sodass in nahezu allen Fällen unter der „idealen“ Implantatposition die für den Patienten individuell beste Implantatposition zu verstehen ist. Kalra et al. stellen in ihrer Arbeit heraus, dass eine optimale Positionierung unter Berücksichtigung biomechanischer, kaufunktioneller, ästhetischer und phonetischer Aspekte Voraussetzung für eine optimale Implantatversorgung ist [16]. Es muss also bereits vor der eigentlichen Implantation feststehen, wie der spätere Zahnersatz ausgestaltet werden soll. Dabei gilt: Je genauer die Planung der späteren Versorgung entspricht, desto mehr Informationen können in die Implantatplanung einfließen. Es muss unbedingt berücksichtigt werden, dass nicht nur Position und Angulation des Implantats eine Rolle spielen. Auch die gewählten Implantatdurchmesser mit den daraus resultierenden Emergenzwinkeln und Emergenzprofilen haben nach Yi et al. einen signifikanten Einfluss auf das Entstehen von periimplantären Entzündungen und damit auf den langfristigen Erfolg der Versorgung [28].

Der Einfluss der schließlichen Ausgestaltung der prothetischen Versorgung auf das Risiko periimplantärer Entzündungen ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt. Diese Thematik ist Gegenstand eines weiteren Artikels in dieser Ausgabe und wird daher im Folgenden nicht in die Tiefe gehend betrachtet.

Das prinzipielle Vorgehen des Backward-Planning wird im Folgenden an 2 Beispielen kurz beschrieben: Im 1. Beispiel soll eine Schalllücke im Oberkiefer an Position 26

mit einer implantatgetragenen Einzelkrone versorgt werden (Abb. 2a–e). Zur Beurteilung der knöchernen Strukturen und des Sinus maxillaris wird eine DVT-Aufnahme angefertigt. Die spätere Krone ist durch die Ausdehnung der Lücke und die Position der Antagonisten klar vorgegeben. In diesem Fall genügt also bei Bedarf eine virtuelle Zahn-aufstellung am Computer in einer geeigneten Software, die dann der zunächst virtuellen Positionierung des Implantats dient. Für die Fertigung der Bohrschablone ist ein dreidimensionaler Datensatz der klinischen Situation erforderlich. Dieser kann entweder durch Einscannen eines Situationsmodells gewonnen werden, oder es können intraorale Scansysteme für die direkte Datengewinnung genutzt werden. Durch Zusammenführen der Planungsdaten und des Modelldatensatzes liegen alle relevanten Informationen für die Fertigung der Bohrschablone, z. B. im 3D-Druck, vor. Im 2. Beispiel soll ein Patient mit einer Kieferspalte im Oberkiefer mit einer implantatgetragenen Totalprothese versorgt werden. Es liegt kein alter Zahnersatz vor. In diesem Fall müssen analog zum Vorgehen in der konventionellen Totalprothetik über den Weg der Kieferrelationsbestimmungen und Wachsaufstellung zunächst die spätere Position der Zähne sowie die Volumina der Prothesenbasen festgelegt werden. Nach der Einprobe am Patienten können Wachsaufstellung und Modelle ebenfalls digitalisiert werden. Bei Bedarf, etwa bei unklarer Kieferrelation, können die Wachsaufstellungen auch mithilfe von Bariumsulfat in röntgenopake Schablonen für eine DVT-Aufnahme überführt werden. Alternativ dazu ist es in einigen Fällen auch möglich, anhand der palatinalen Weichgewebssituation im Oberkiefer die digitalisierten Modelldatensätze mit und ohne eine Wachsaufstellung als Referenz in die Implantatplanungssoftware zu matchen (Abb. 3). Auch in diesem Beispiel liegen nun alle relevanten Daten für die Fertigung der Bohrschablonen vor. Durch digital

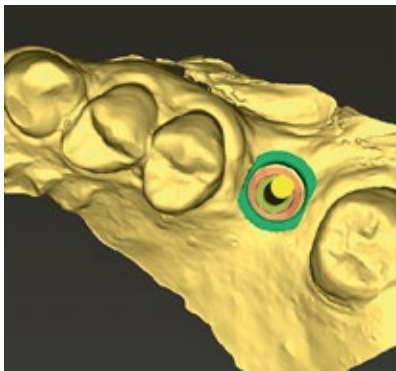


Abb. 2d: Projektion des virtuell positionierten Implantats auf den 3D-Datensatz mit zusätzlich eingeblendeter Bohrhülse.

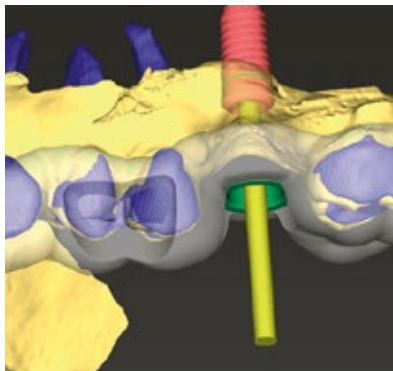


Abb. 2e Im 3D-Datensatz eingeblendete Zähne aus DVT für korrektes Matching der Datensätze mit virtuellem Implantat, Bohrhülse, Implantatachse und virtueller Bohrschablone.

vorgeplante Implantatpositionen und entsprechende Bohrschablonen kann heute bereits eine besonders hohe Vorhersagbarkeit der späteren realen Implantatposition erreicht werden. Van de Wiehle et al. haben sich mit der Übertragungsgenauigkeit bei schablonengeführter Implantation beschäftigt und konnten Positionsabweichungen der Implantatschulter zu der digital geplanten Position sowohl in vertikaler ($0,5 \pm 0,5$ mm) als auch in horizontaler ($0,9 \pm 0,5$ mm) Richtung feststellen [26]. Ähnliche Daten wurden auch in anderen Arbeitsgruppen gefunden, wobei jedoch auch maximale Abweichungen in allen Raumrichtungen von bis zu 2 mm beobachtet worden sind [15, 27]. Nach Ruppin et al. ist die Genauigkeit der navigierten Implantation abhängig von der Qualität und der Bildauflösung des zugrunde liegenden 3D-Röntgendatensatzes und des verfügbaren Knochens [22]. Entsprechend kann es auch bei theoretisch sehr guten Ausgangssituationen während der Implantation letztlich zu leichten Abweichungen der idealen Implantatposition kommen, z.B. im Oberkiefer aufgrund der geringeren Dichte der Spongiosa (Abb. 4).

Präimplantologische Chirurgie und Weichgewebsmanagement

Unter dem Begriff der präimplantologischen Chirurgie werden alle operativen Verfahren zusammengefasst, die der Bereitstellung eines biologisch adäquaten hartgewebigen Implantat- und angrenzenden Weichgewebelagers dienen. Diesen Begriff gilt es von demjenigen der präprothetischen Chirurgie abzugrenzen. Unter Letzterem werden operative Verfahren zusammengefasst, die der Verbesserung des Prothesenlagers, insbesondere in der Ära vor dem Durchbruch des implantatgetragenen Zahnersatzes, dienen [11]. Zu den typischen Eingriffen zählen Mundbodensenkungen, Vestibulumplastiken und die Entfernung von Schlotterkammern und Ostosen [11]. Zur Schaffung eines hartgewebigen

Implantatlagers für die spätere Implantatinsertion existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren. Häufig werden die rekonstruktiven oder augmentativen Eingriffe nach Herkunft des verwendeten Biomaterials in autologe, allogene und xenogene Verfahren eingeteilt. Während für die Rekonstruktion von Kontinuitätsdefekten der autologe Knochen, entweder mikrochirurgisch-anastomosiert oder avaskulär, als Goldstandard gilt, kann bei umschriebenen, lokalen Augmentationen zusätzlich zu den autologen Verfahren auf allogene und xenogene Materialien zurückgegriffen werden. Neben der Verwendung in

Reinform können Biomaterialien auch in Kombination eingesetzt werden. Dazu hat sich die Beimischung von xenogenen oder allopathen Materialien zu autologem Knochen bewährt. Als intraorale Spenderareale für autologen Knochen, entweder als Block oder in partikulärer Form, dienen die Retromolarregion, die Kinnregion sowie für die Rekonstruktion im ästhetischen Bereich die Crista zygomaticoalveolaris [9]. Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle noch auf die Alveolarkamm distraction und die Sandwich-Osteoplastik hingewiesen werden, die beide allerdings sehr viel seltener in der täglichen Praxis indiziert sind [1, 10].

Prinzipiell müssen Knochentransplantate lage- und rotationsstabil fixiert werden, um die Erschließung durch einwachsende Gefäße zu ermöglichen. Die Abdeckung mit einer Kollagenmembran kann das Ergebnis verbessern und erlaubt bei einer eventuell auftretenden Dehiszenz eine komplikationslose sekundäre Wundheilung. ▶▶

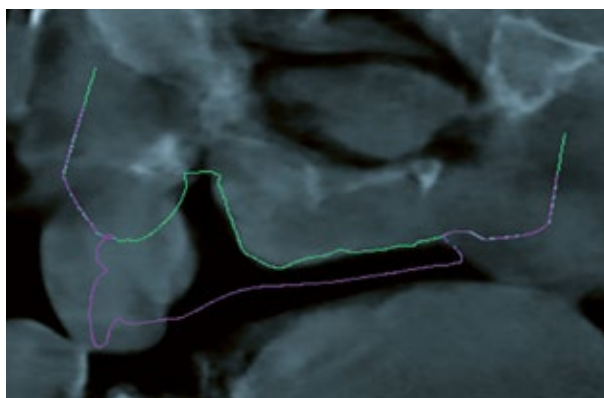


Abb. 3: Anhand der Schleimhautreferenz überlagerte Datensätze aus DVT und Modellscan (grüne Linie) und Wachsaufstellung (violette Linie). Es wird insbesondere deutlich, welche Weichgewebeunterstützung durch die Frontzahnaufstellung zu erwarten ist.

► Insbesondere im ästhetisch relevanten Frontzahnbereich oder bei großen zu erwartenden Extraktionsalveolen muss die Möglichkeit der Socket-Preservation bedacht werden. Juodzbaly et al. haben in ihrem Review aus 2019 herausgearbeitet, dass in diesem Kontext ästhetische, funktionelle und risikoassoziierte Aspekte zur Entscheidungsfindung herangezogen werden sollen, und einen entsprechenden Entscheidungsbaum vorgestellt [14].

Einsatz und Erfolg von allogenen und xenogenen Materialien in der präimplantologischen Chirurgie konnten wissenschaftlich bereits in großer Zahl dargestellt werden. Aus diesem Grund sind viele dieser Knochenersatz- oder Biomaterialien als augmentative Standardverfahren für viele Indikationen etabliert. Während die Wechselwirkung zwischen der Implantatoberfläche und dem Hartgewebelager entscheidend für die initiale Osseointegration dentaler Implantate ist, wird die Aufrechterhaltung oder Generierung einer adäquaten Weichgewebesituation um das Implantat herum als Schlüsselfaktor für den Langzeiterfolg und für die Prävention periimplantärer Erkrankungen gesehen. Pranskunas et al. stellten in ihrem systematischen Review heraus, dass das Fehlen keratinisierter befestigter Gingiva im Implantatbereich erforderlich ist, um die Hygienefähigkeit zu verbessern und das Periimplantitisrisiko zu senken [18]. Aus diesem Grund sind Weichgewebeeingriffe, häufig in Form unterschiedlicher freier Binde- oder Schleimhauttransplantate, ein fester Bestandteil aktueller dentaler Implantologie [24]. Die Weichgewebetransplantation kann zeitlich gesehen vor, während und nach der Insertion eines dentalen Implantats erfolgen [25]. Ziel aller Verfahren ist im Grunde genommen die Schaffung eines Saums von 2 mm keratinisierter Schleimhaut zirkulär um das Implantat herum [20].

Navigierte, schablonen-geführte Implantation

Der gezielte Einsatz der digitalen Bildanalyse ermöglicht für die präimplantologische Knochenaugmentation eine präzise Vorhersage und die Erstellung computerassistierter Bohrschablonen mit punktgenauer Umsetzung sowohl der Knochenaugmentation als auch der Implantatinsertion [8, 9]. Auch in diesem Zusammenhang sollte mit den Begriffen Navigation und schablonen-geführte Implantation sorgfältig umgegangen werden, da diese fälschlicherweise häufig synonym verwendet werden. Grundvoraussetzung für beide Verfahren ist ein 3D-Datensatz (DVT/CT) mit einer Schichtdicke < 1 mm. Bei der Navigation handelt es sich um ein Verfahren der Echtzeitabtastung. Dazu können (Bohr-) Instrumente mit Referenzmarkern versehen, registriert und zur Echtzeitabtastung – sog. Real-Time Navigation – verwendet werden. In der dentalen Implantologie kann so der Implantatbohrer registriert („getrackt“) werden, und die dreidimensionale Bewegung des Instruments lässt sich in Echtzeit am Bildschirm verfolgen [29, 30, 31]. Die dreidimensionale Kontrolle des Bohrinstruments liegt frei in den



Abb. 4 Implantat in Regio 15. Der eingeschraubte Abformpfosten zeigt eine leichte Mesial-Angulation des Implantats.

Händen des Operateurs. Vektor und Länge des Bohrstollens können zwar virtuell geplant werden, sind aber nicht in einer Schablone festgelegt. Im Gegensatz dazu sind bei der schablonen-geführten Implantation („guided surgery“) – je nach Beschaffenheit der Schablone – Implantatposition, Länge und Vektor verschlüsselt. Sie umfasst in der Regel keine Echtzeitkomponente, da die Implantatbohrung in allen Dimensionen in der Schablone verschlüsselt ist. Theoretisch ließen sich beide Verfahren kombinieren, woraus aber kein zusätzlicher Gewinn an Information und Sicherheit resultiert. Es konnte in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen nachgewiesen werden, dass die schablonen-geführte und navigierte Implantatinsertion zur Erreichung der präoperativ virtuell geplanten Implantatposition der Freihand-Implantation überlegen ist [13]. Zudem bieten beide Verfahren eine zusätzliche Sicherheit zur Schonung wichtiger anatomischer Nachbarstrukturen. Dass durch eine präzise Implantatpositionierung entsprechend der Vorplanung auch die Auftretenswahrscheinlichkeit periimplantärer Erkrankungen reduziert werden kann, scheint zwar denkbar, konnte aber bisher noch nicht zweifelsfrei belegt werden.

Kurzübersicht über aktuelle relevante Literatur

Insgesamt ist die Literaturlage zu insbesondere chirurgischer Prävention noch sehr übersichtlich. Es gibt zwar viele Artikel zur chirurgischen Therapie periimplantärer Erkrankungen, jedoch nur wenig zur direkten Prävention von Periimplantitis. Diese Kurzübersicht bezieht absichtlich nur Artikel aus den vergangenen 5 Jahren ein, da für die Neuversorgung von Patienten nach der Meinung der Autoren aktuelle Literatur relevant ist.

Eine in PubMed durchgeführte Suche aktueller Literatur aus den vergangenen 5 Jahren zum Thema chirurgische Prävention periimplantärer Entzündungen mit dem Suchterm „surgical prevention of periimplantitis“ ergab insge-

samt 98 Treffer. Nach der unabhängigen Durchsicht der Trefferliste wurden anhand der Titel 95 Artikel ausgeschlossen, die sich mit der Therapie periimplantärer Entzündungen und nicht mit deren Prävention beschäftigen. Nach Durchsicht der Abstracts verblieben insgesamt 3 Artikel, zzgl. eines weiteren Artikels aus der relevanten Sekundärliteratur, die in der folgenden Kurzübersicht berücksichtigt worden sind.

Romanos et al. beschreiben, dass neben implantatprothetischen Komponenten Traumata während der chirurgisch-invasiven Behandlung die Wahl des korrekten Implantatdurchmessers und die Fehlpositionierung von Implantaten Einfluss auf die Ausbildung von Biofilm und auf die Prozesse des Bone-Remodeling haben. Auch biologische Aspekte, wie ausreichendes Knochenvolumen und eine adäquate attached Mukosa im Operationsgebiet, spielen herausragende Rollen [21].

Plonka et al. haben sich mit vertikaler Kieferkammaugmentation beschäftigt und einen Entscheidungsbaum für Augmentationshöhen von unter 4 mm, zwischen 4 und 6 mm und von über 6 mm beschrieben. Die Arbeitsgruppe um Plonka betont ebenfalls, dass anatomische, klinische und patientenspezifische Faktoren Einfluss auf den Therapieerfolg haben [17]. Fu und Wang haben sich bereits 2011 mit horizontalen Knochenaufbauten beschäftigt und konnten feststellen, dass die Stärke des Weichgewebes, Position und Form des Kieferkammes und die Verfügbarkeit von autogenem Knochen im Augmentationsgebiet Einfluss auf den Augmentationserfolg haben [5]. Auch Geisinger et al. betonen in ihrer 2020 publizierte Arbeit die besondere Wichtigkeit patientenzentrierter und evidenzbasierter Implantatplanungen für den langfristigen Therapieerfolg. Insbesondere patientenindividuelle Risikofaktoren müssen im Therapiefindungsprozess berücksichtigt werden. Geisinger et al. nennen insbesondere systemische Grunderkrankungen, systemische Medikationen, Rauchen, vorliegende Parodontalerkrankungen, Effektivität der Plaquekontrolle, Qualität und Quantität des relevanten Weichgewebes und individuelle anatomische Bedingungen als Einflussfaktoren [6].

Alle hier zitierten Autorengruppen sind sich darüber einig, dass für eine langfristig erfolgreiche Implantatversorgung eine zielgerichtete Planung der Implantation unter Berücksichtigung patientenindividueller sowohl anatomischer als auch anamnestischer Voraussetzungen erfolgen muss.

Fazit

Abschließend soll die eingangs gestellte Frage „Gibt es eine ideale Implantatposition, und wie kann sie gefunden werden?“ beantwortet werden.

Unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Risikofaktoren, der individuellen Hart- und Weichgewebesituation, der Forderungen nach hoher Ästhetik, langfristiger Funktionalität und damit verbunden einer guten Hygiene-

fähigkeit kann zusammenfassend gesagt werden, dass die „ideale Implantatposition“ als ein patientenindividuelles Optimum verstanden werden muss. Dieses Optimum kann durch eine vollständige klinische Befunderhebung unter Berücksichtigung der in diesem Beitrag aufgeführten Aspekte hinsichtlich präimplantologischer chirurgischer Maßnahmen und adäquaten Backward-Plannings heute mit hoher Planungssicherheit erreicht werden. Dennoch ist das Risiko periimplantärer Infektionen im Verlauf nicht vollständig auszuschließen, sondern kann nur reduziert werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass gemäß den Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors kein Interessenkonflikt besteht. ■

PD DR. PHILIPP-CORNELIUS POTT

Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
E-Mail: pott.philipp-cornelius@mh-hannover.de

_____ Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
„Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift | 2022; 77 (1)“

Das Literaturverzeichnis können Sie unter
www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten herunterladen.

→ Vita

PRIV.-DOZ. DR. MED. DENT. PHILIPP-CORNELIUS POTT

- ▶ 2004 – 2009 Studium der Zahnmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
- ▶ seit 2009 Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde der MHH
- ▶ 2012 Promotion zum Dr. med. dent.
- ▶ 2013 Ernennung zum „Qualifizierten fortgebildeten Spezialisten für Prothetik“ der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro)
- ▶ seit 2014 Oberarzt in der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde an der MHH
- ▶ 2020 Habilitation für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



Multimediale Möglichkeiten

TECHNISCHE HOCHMODERNE
LEHRRAUM IN DER ZAHNKLINIK
FÜR DIE LEHRE ALLER
STUDIENGÄNGE ERÖFFNET

Der Universalkursraum der Zahnklinik wurde didaktisch aufgewertet, technisch modernisiert und digitalisiert. Damit steht der Lehre an der MHH ein neuer, hochmoderner und multimedial nutzbarer Raum zur Verfügung. „Wir freuen uns, dass die Umsetzung so gut geklappt hat und wir damit jetzt Lehre auf modernstem technischem Niveau anbieten können“, sagt Klaus-Dieter Fröhlich, Abteilungsleiter der MHH-Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Er realisierte diese Modernisierung gemeinsam mit den biowissenschaftlichen Studiengängen, dem Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) sowie der Studienkommission Zahnmedizin.

Seit 2016 wurde an dem Umbau des Raumes geplant. Zwei Jahre später waren die Studiengangverantwortlichen zweier Masterstudiengänge, Professor Dr. Matthias Gaestel (Biochemie) und Professor Dr. Achim Gossler (Biomedizin), auf der Suche nach einem Multimediaalraum, um Studierenden die wissenschaftliche Auswertung und Beurteilung von Omics-Experimenten und Big Data mit großen biowissenschaftlichen Datenmengen an bioinformatischen und statistischen Programmen zu ermöglichen. Sie hatten zum Aufbau dieses Moduls Fördermittel vom Land Niedersachsen und der MHH zur Verfügung, und die Zahnklinik konnte den dazu erforderlichen Raum zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung stellen.

PC plus praktische Arbeit

Ziel der Modernisierung des Universalkursraumes im Erdgeschoss der Zahnklinik war es, einen multifunktionalen Raum zu schaffen, der es den Studierenden ermöglicht, digitale Arbeiten wie die Behandlungsplanung am Computer zu erlernen. Gleichzeitig sollten praktische Übungen am selben Arbeitsplatz möglich sein, um der Anleitung der Lehrenden zu folgen und diese direkt praktisch umsetzen

Foto: MHH/Karin Kaiser



Freuen sich über die gelungene Umsetzung eines Multimediaalraumes für die Lehre: Imke Marie Neuenstein, Klaus-Dieter Fröhlich, Nele Grünewald, Professor Dr. Falk Büttner, Professor Dr. Harald Tschernitschek und Joel Gümmer (von links).

zu können. Daher verfügt jeder Tisch nicht nur über einen eingebauten Computer, sondern kann mit wenigen Handgriffen zu einem Arbeitsplatz umgebaut werden, um an Modellen oder Tierpräparaten zu arbeiten. Die Arbeitsflächen wurden so eingerichtet, dass bei praktischen Übungen Schutz vor Beschädigungen und Flüssigkeiten besteht. Eine Dokumentenkamera im Dozentenpult ermöglicht zudem, Röntgenbilder sowie 3-D-Modelle auf eine Leinwand zu projizieren. Ein Kamerasystem an der Decke bietet zusätzlich die Möglichkeit, Vorlesungen oder Veranstaltungen live zu übertragen sowie Videokonferenzen durchzuführen. Dank der Installation eines hardware-basierten didaktischen Netzwerkes ist es möglich, die 85 Arbeitsplätze softwareunabhängig miteinander zu verbinden und so interaktives Arbeiten zu ermöglichen. „Der fehlende Präsenzunterricht während der Corona-Pandemie hat Lehrende und Studierende in das digitale Zeitalter katapultiert. Mit diesem multimedialen Kursraum stehen uns jetzt alle Möglichkeiten zur Verfügung, um didaktische Inhalte zu streamen und aufzuzeichnen sowie interaktiv zu arbeiten“, lobt Professor Dr. Harald Tschernitschek, Studiendekan für Zahnmedizin, das Projekt.

Neben den medizinischen Studiengängen profitieren auch die biowissenschaftlichen Studiengänge Biochemie, Biomedizin und der neue Masterstudiengang Biomedizinische Datenwissenschaft von dem neuen multidisziplinären Multimediaalraum. Professor Büttner ist von der hervorragenden Projektumsetzung beeindruckt: „Aufgrund der guten technischen Ausstattung des Raumes können die Studierenden hier gleichzeitig die wissenschaftliche Auswertung und Beurteilung von Omics-Experimenten und Big Data mit großen biowissenschaftlichen Datenmengen an bioinformatischen und statistischen Programmen üben.“ ■

Bettina Dunker
MHH Info 01/2022

Gerichtsverhandlung im Hörsaal: Dr. Georg Thomas, Steffen Kaiser und Dr. Rainer Fries (von links) übten mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern praxisnah



Wenn Dr. Blendax vor Gericht bestehen muss – Schulung neuer Gutachter in Hannover

Im vergangenen Jahr hatte die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) neue Gutachterinnen und Gutachter gesucht. Die Resonanz war so groß, dass die Kammer auch in Zukunft in der komfortablen Lage ist, schnell und verlässlich auf Anfragen von Gerichten entsprechende Sachverständige zu vermitteln. Leider nimmt die Zahl der Gutachten und Ergänzungsgutachten stetig zu.

Um fit für die gutachterliche Tätigkeit zu werden, waren die neuen Gutachterinnen und Gutachter nun zu einer Schulung in Hannover eingeladen. Am 5. März kamen so insgesamt 45 von ihnen in den Hörsaal der Zahnärztlichen Akademie Niedersachsen. Erstmals wurde die Schulung zudem professionell per Video aufgezeichnet, um auch weiteren neuen oder nicht anwesenden Sachverständigen die Schulungsmöglichkeit sowie den schon Geschulten eine Auffrischung anbieten zu können.

Auch für diese Schulung konnte Dr. Georg Thomas, Mitherausgeber der Mustergutachterrichtlinie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Referent an der deutschen Richterakademie für Zahnarzthaftung, gewonnen werden. Er erklärte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern alles Wissenswerte rund um die Erstellung des Gutachtens, die Abrechnung und vieles mehr. Als weitere Referenten agierten Dr. Rainer Fries und Steffen Kaiser, beide Vorsitzende Richter am Landgericht Saarbrücken. In ihren Vorträgen ging es insbesondere um das Verhalten vor Gericht, aber auch den formalen Aufbau eines Gutachtens sowie wichtige Grundlagen, etwa zur Definition eines „groben Behandlungsfehlers“.

Herzstück der Veranstaltung war eine simulierte Gerichtsverhandlung, in der die anwesenden Gutachterinnen und Gutachter selbst aktiv werden mussten und zu einzelnen Inhalten des Beweisbeschlusses als Sachverständige Rede



Fotoquelle: J. Treblin/ZKN

Dr. Georg Thomas gab den neuen Gutachterinnen und Gutachtern viele hilfreiche Hinweise mit auf den Weg

und Antwort stehen mussten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten zur Vorbereitung dieses Schulungsteils eine entsprechende Gerichtsakte erhalten.

Als „Dr. Blendax“ agierten sie jeweils als Sachverständige in dem Rollenspiel und wurden vom Klägeranwalt Dr. Klug mitunter in die Enge getrieben. „Das ist hier aber keineswegs übertrieben. So wird es Ihnen auch vor Gericht gehen“, betonte Dr. Thomas. Die Situation möglichst praxisnah mitzerleben, habe den besten „Lerneffekt“. All das führe zu der hohen Qualität, für die die Gutachterinnen und Gutachter der Zahnärztekammer bekannt seien, freute sich der für das Gutachterwesen zuständige Vorstandsreferent, Dr. Axel Wiesner.

Schulungen dieser Art sind ein wichtiger Qualitätsaspekt der Schlichtungsarbeit. Denn nur auf der Basis eines kompetenten Gutachtens kann die richtige Entscheidung getroffen werden. Deshalb wird es auch im Herbst eine weitere Schulung geben, bei der die praktische Arbeit weiter geübt werden kann. ■

Julia Treblin

Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der ZKN



ZKN-Relevante Rechtsprechung

Der fachliche Informationsaustausch über einen gemeinsamen Patienten ist unter der Geb.-Nr. 60 GOÄ konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt beschrieben.

Gemäß einer der nachgelagerten Abrechnungsbestimmungen ist Berechnungsvoraussetzung der Geb.-Nr. 60 GOÄ, dass die Gebührennummer nur von einem Arzt berechnet werden darf, der sich vor oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Diese Bestimmung wird häufig dahingehend ausgelegt, dass es hierzu eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes zeitnah zum ärztlichen Konsil bedarf.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf (Az.: 4 U 70/17 vom 25.10.2019) sieht das anders: Da der Arzt sich persönlich über den Krankheitsverlauf und Behandlungsstand auch mittels der Patientenakte informieren kann, ist ein persönliches Gespräch zwischen Arzt und Patient nicht zwingend erforderlich. Ebenso verlangt die Abrechnungsbestimmung nicht unbedingt, dass die Befassung des Arztes mit dem Patienten nur in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang oder nur in einem bestimmten zeitlichen Abstand zum Konsil zu erfolgen hat. ■

Sie haben **Fragen, Anregungen rund um die GOZ** und deren Anwendung? Nehmen Sie Kontakt auf unter rechtsabteilung@zkn.de.

ZKN-Berechnungsempfehlung

Die Vitalitätsprobe eines Zahnes erfolgt nicht als Selbstzweck, sondern hat als maßgeblicher Befund häufig therapeutische Konsequenzen.

Bei Bestehen einer erhöhten Temperaturempfindlichkeit sind Patienten oft nicht in der Lage, den oder die betroffenen Zähne präzise anzugeben. Daher kann es bei der Behandlung überempfindlicher Zahnflächen nach der Geb.-Nr. 2010 GOZ zur Lokalisation der Missempfindung notwendig sein, zuvor die Vitalitätsprüfung eines oder mehrerer Zähne nach der Geb.-Nr. 0070 GOZ durchzuführen. Die Vitalitätsprüfung ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Das gilt unabhängig von der Anzahl der getesteten Zähne.

Geb.-Nr. 0070 GOZ Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung

Geb.-Nr. 2010 GOZ Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer

Dr. Michael Striebe,
GOZ-Referent des ZKN-Vorstandes



Juristische Spitzfindigkeit bei der Knochendeckelmethode

In einer Praxis wurde regelmäßig die sogenannte „Knochendeckelmethode“ angewendet, d.h. es wurde ein Stück aus einem Kieferknochen entfernt, dann darunter z.B. eine Wurzelspitzenresektion vorgenommen, und anschließend das Knochenstück an derselben Stelle wieder eingesetzt. Ein solches Vorgehen ist wissenschaftlich anerkannt, es führt insbesondere bei größeren Resektionen zu einer guten Neubildung von Knochen ohne „Delle“. Diese Methode bedeutet auch gegenüber einem bloßen Entfernen von Knochen einen höheren Aufwand für den Zahnarzt.

Diesen Mehraufwand wollte der Behandler durch zusätzliche Abrechnung der GOÄ 2255 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)) bezahlt haben: 165 Punkte im BEMA. Die KZV akzeptierte diese Abrechnung nicht: Diese Gebührenziffer sei nur dann abrechenbar, wenn Knochenentnahme und -einsetzung nicht am selben Ort erfolgen. Hiergegen klagte der Behandler durch drei Instanzen. In letzter Instanz entschied das Bundessozialgericht (BSG), dass diese Bewertung der KZV richtig ist (Az.: B 6 KA 9/20 B). Entscheidend war, dass es sich eben nicht um eine „Verpflanzung“ handele, wenn das betreffende Knochenstück wieder an derselben Stelle eingesetzt werde.

Abgesehen vom konkreten Fall zeigt diese Entscheidung, dass die Rechtsprechung die Abrechnungsvorschriften im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eng auslegt.

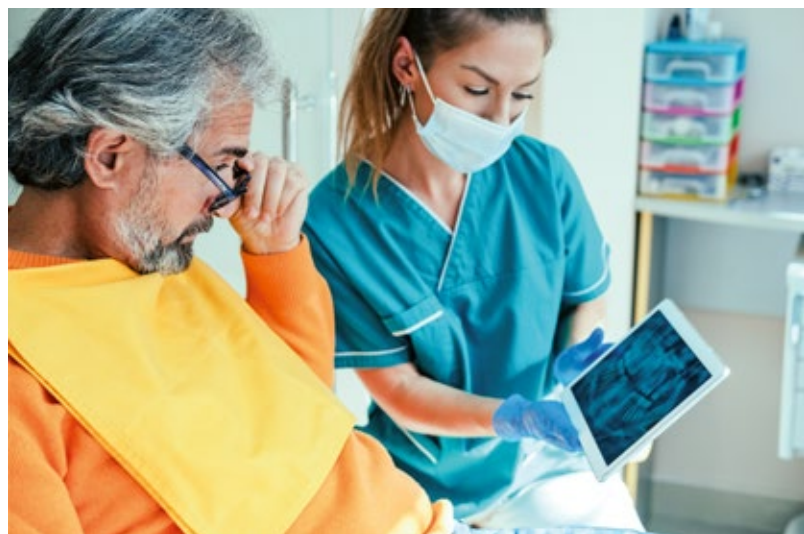


Foto: Shutterstock.com - Tijana Simic

Es gibt – anders als bei der Privatabrechnung – keine analoge Berechnung. Dies sollte man bei allen Abrechnungen beachten.

Allerdings gibt es auch für den Mehraufwand bei der Knochendeckelmethode einen Ausgleich: Die KZV gewährte die GOÄ 2254 (Implantation von Knochen) mit immerhin 83 BEMA-Punkten. ■

— *Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg*
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

30.04.2022 **Z 2226** **9 Fortbildungspunkte**

Die Versorgung tief subgingivaler Restaurationen mit Komposit

Prof. Dr. Diana Wolff, Tübingen

30.04.2022 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 512,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 517,- €

13.05.2022 **Z 2230** **4 Fortbildungspunkte**

Online Seminar

Prothetische Zahnmedizin von Adhäsiv bis Zirkonoxid – ein Update

PD Dr. Nicole Passia, Kiel

13.05.2022 von 15:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 72,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 77,- €

01.06.2022 **Z/F 2231** **4 Fortbildungspunkte**

Klare Worte, überzeugende Argumentationstechniken – so gewinnen Sie Ihre Patienten und das Team für Ihre Anliegen

Birgit Stülten, Kiel

01.06.2022 von 15:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 115,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 120,- €

03.06.2022 **Z/F 2232** **8 Fortbildungspunkte**

Online Seminar

Das Prophylaxe-Handbuch Ihr Erfolgskonzept aus der Praxis für die Praxis

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen

03.06.2022 von 09:00 bis 14:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 83,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 88,- €

Dokumentation in der Stuhlassistenz – so läuft's richtig

In der Regel gilt der Grundsatz, dass nur dokumentierte Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden. Die unmittelbar direkte Folge einer fehlenden oder lückenhaften Dokumentation ist somit der Honorarverlust – dies betrifft sowohl den BEMA- als auch den GOZ-Bereich.



Foto: Privat

Marion Borchers

Die abrechenbaren Leistungen müssen sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben und nicht die Behandlung aus der Abrechnungsdokumentation!

Herzlich willkommen ist das zahnärztliche Fachpersonal, Praxisinhaber/innen, Assistenten/innen, Auszubildende und Wiedereinsteiger/innen, die sich in die Dokumentation alltäglicher Behandlungsleistungen einarbeiten oder ihre Grundlagen auffrischen möchten.

Ein Übungsseminar mit sehr vielen praxisnahen Beispielen

Themeninhalt:

- ▶ Alltäglich vorkommende, konservierende Leistungen (Füllungen und Endo)
- ▶ Korrekte Befunddokumentation unter Beachtung der BEMA-Richtlinien
- ▶ Der neue Patient – was ist zu beachten
- ▶ Beratungen und Untersuchungen – korrekt dokumentiert und berechnet
- ▶ Aufgepasst bei der Zahnersatzplanung! Worauf ist bei der Planung zu achten
- ▶ Viele Übungen und Besprechung von Behandlungsfällen
- ▶ Dokumentation von verwendeten Materialien
- ▶ Unter aktiver Einbindung der Teilnehmer werden viele Beispiele besprochen, diskutiert und geübt.

Referentin: Marion Borchers, Rastede-Loy

Mittwoch, 29.06.2022 von 14:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite

bis zum 29.04.2022 140,- €, danach 154,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung

bis zum 29.04.2022 145,- €, danach 159,- €

Kurs-Nr.: Z/F 2238

5 Fortbildungspunkte nach BZÄK

GOZ-Power Für Fortgeschrittene und solche, die es werden wollen

In diesem Zweitagesseminar machen wir Sie mit sämtlichen wichtigen Änderungen der neuen GOZ intensiv vertraut. Die Umsetzung der Neuerungen wird anhand praktikabler Fallbeispiele vorgestellt und geübt. Dabei werden besonders die Themen berücksichtigt, die nach Inkrafttreten der neuen GOZ von Bedeutung sind. Welche Erfahrungen/Probleme haben Sie in der Praxis mit der neuen GOZ 2012? Wie treffen Sie rechtssichere Vereinbarungen mit Ihren Patienten? Dieses Seminar soll Ihre Sicherheit bei der Abrechnung festigen und Ihnen Tipps für den täglichen Umgang mit der GOZ vermitteln.



Daniela Greve-Reichrath

1. GOZ – intensiv und praxisrelevant

- ▶ Paragrafenteil GOZ – Kurz und knapp – die wichtigsten Paragrafen mit praxisrelevanten Beispielen
- ▶ Gebührenverzeichnis von GOZ/GOÄ
- ▶ Problemfelder, Erfahrungen mit Kostenerstattem
- ▶ Abrechnungstricks und -kniffe
- ▶ Erstattungsbesonderheiten (Beihilferecht)

2. Komplexe Behandlungsbeispiele aus den Bereichen der

- ▶ Konservierend-chirurgischen Leistungen
- ▶ Parodontologie mit augmentativen Maßnahmen
- ▶ Aufbissbehelfe und Schienen
- ▶ Prothetik inkl. funktionsanalytischen und therapeutischen Leistungen
- ▶ Das erste Implantat von der Planung bis zur Liquidation

3. Individualprophylaxe von der Schwangeren bis zur Seniorenprophylaxe

- ▶ PZR, Speicheldiagnostik, Antibiotogramm-Sondentest u.v.m

4. Die richtige Berechnung der Lasertherapie

- ▶ Laser-Zuschlag, OP-Zuschlag, OP-Mikroskop-Zuschlag

Hinweis: Bitte bringen Sie Ihre GOZ-Schnellübersicht mit.

Referentin: Daniela Greve-Reichrath, Lübbecke

Freitag, 03.06.2022 von 09:00 – 16:00 Uhr

Freitag, 10.06.2022 von 09:00 – 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 292,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung 297,- €

Kurs-Nr.: F 2234

Termine

📅 **22.+23.04.2022**

Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung, Hannover,

E-Mail: fortbildungen@kzvn.de

📅 **Ab 04.05.2022**

Fit for Future, Hannover

E-Mail: Fit-For-Future@zkn.de

📅 **14.05.2022**

Vetreterversammlung der KZVN, Hannover

E-Mail: Info@kzvn.de

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!
Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

30.04.2022 Z/F 2227

Ergonomisch arbeiten „rund um den Zahn“

Korrekte Arbeitshaltung, gezielter Ausgleich, wirksame Selbstbehandlung

Manfred Just, Forchheim

30.04.2022 von 09:00 bis 16:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 413,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 418,- €

30.04.2022 Z/F 2243

Online Seminar

PAR-Richtlinie ab dem 01.07.2021 – praxisnahe Umsetzung

Dr. Silke Meyer-Rollwage, Pinneberg

30.04.2022 von 10:00 bis 13:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 50,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 50,- €

06.05.2022 Z/F 2228

Das 1 x 1 der GOZ-Abrechnung – GOZ-BASICS zur kons. und chir. Therapie

Marion Borchers, Rastede-Loy

06.05.2022 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 220,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 225,- €

13.05.2022 Z/F 2229

Das 1 x 1 der Bema-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy

13.05.2022 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 220,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 225,- €

03.06.2022 Z/F 2233

Die Befundklassen 1-3. Einführung in die Grundlagen des ZE-Festzuschusssystem

Yvonne Pradel, Hannover

03.06.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 78,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 83,- €

17.06.2022 Z/F 2235

Die Befundklassen 4-6. Der Aufbaukurs im Festzuschusssystem

Yvonne Pradel, Hannover

17.06.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 78,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 83,- €

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen Tel.: (0551) 47 314, E-Mail: info@mkg-im-carre.de

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
27.04.2022, 17:30 Uhr – ca. 19:30 Uhr	Online Seminar Erkrankungen des Sinus maxillaris – Diagnostik und Therapie, Priv.-Doz. Dr. Dr. Philipp Kauffmann

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Vorerst ausschließlich Online

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

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

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
11.05.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Online Seminar Minimalinvasive Wurzelspitzenresektionen, Dr. Christian Passin
24.09.2022, 10:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Online Seminar Weichgewebsmanagement an Zähnen und Implantaten, Dr. Kai Fischer
30.11.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Online Seminar Chirurgische Parodontaltherapie, Dr. Sebastian Becher

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

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

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

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
04.05.2022, 18:30 – 20:30 Uhr	Online Seminar Implantation im Spannungsfeld von Augmentation und Minimalinvasivität, Dr. Martin Müllauer
25.06.2022, 09:00 – 12:00 Uhr	Präsenz-Seminar Septische Chirurgie und aktuelle Konzepte zur Antibiotikatherapie, PD Dr. Dr. dent. Susanne Jung MHBA, LL.M, M.Sc.

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Vorerst ausschließlich Online

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

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
03.05.2022, 19:30 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Online Seminar Die neue Approbationsordnung, Dr. Antje Dunkel



Beitragszahlung II. Quartal 2022

Der Kammerbeitrag für das II. Quartal 2022 ist
fällig geworden.

Hannover, im April 2022

ZKN AMTLICH

Bitte
beachten!

Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages – Selbstzahlergebühr

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

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

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

Rufen Sie gern an, wenn Sie noch Fragen haben.

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



A-G:

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

M-T:

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

H-L:

Anita Henseler
Tel.: 0511 83391-114
Fax: 0511 83391-42114
E-Mail: ahenseler@zkn.de

U-Z:

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

85 Jahre Dr. Schirbort – ein Geburtstag einmal anders!

Am 12. April 1937 habe ich in Schwabitz/Sudentenland das Licht der Welt erblickt. 1955 habe ich an den Franckeschen Stiftungen in Halle/Saale das Abitur gemacht.

An der Freien Universität Berlin studierte ich Zahnheilkunde und erhielt dort 1962 die Approbation als Zahnarzt und die Promotion zum Dr. med. dent..

Danach kam ich nach Niedersachsen und ließ mich in Hänigsen, später in Burgdorf in freier Praxis nieder. Seit dieser Zeit bestimmte Freiberuflichkeit mein Herz und mein Handeln. Bereits 1967 bin ich in die Selbstverwaltung der KZVN gekommen, damals noch aus Überzeugung. Im Ergebnis bin ich Vorsitzender des KZVN-Vorstandes geworden, nachdem ich schon einige Jahre davor Landesvorsitzender des Freien Verbandes geworden war. Zusätzlich bin ich dann auch noch 8 Jahre Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gewesen.



Foto: Ch. Schirbort

Diese Fülle an Aufgaben war nur zu bewältigen, weil meine vor kurzem verstorbene Frau Gerda das nicht nur tolerierte, sondern mich bei der Erfüllung meiner Aufgaben tatkräftig unterstützt hat.

Sehr unterstützt haben mich auch in meinen diversen Vorsitzendenfunktionen Frau Marina Hüge als Vorstandsassistentin der KZVN, Frau Bettina Kopplin als Vorstandsassistentin der VuV und insbesondere über 4 Jahrzehnte Frau Marie-Luise Rußland als Vorstandsassistentin des Freien Verbandes und danach als Leiterin des Burgdorfer Büros der KZBV und der KZVN.

Von dieser Stelle aus für ihre geleistete vorbildliche Arbeit für mich persönlich und insbesondere für den zahnärztlichen Berufsstand ein ganz herzliches Dankeschön!

Ich hätte noch viel mehr zu sagen, aber für derartige Beiträge wird amtlich vorgeschrieben, dass „2000 Anschläge“ nicht überschritten werden dürfen.

So kann ich Ihnen nur in gekürzter Form und aus dem sicheren Gelände des niedersächsischen standespolitischen Abstellgleises Tschüss sagen. ■ _____ Ihr K. H. Schirbort

VIELEN LIEBEN DANK FÜR INSGESAMT 70 GEMEINSAME JAHRE



Foto: Privat

Liebe Gaby Hammer, liebe Julia Root und liebe Antje Bienek.

Wir möchten Euch ganz herzlich zu unglaublichen 35, 20 und 15 Jahren Betriebsangehörigkeit gratulieren. Es ist jeden Tag eine große Freude, Euch in unserem Team zu wissen und wir können es uns auch ohne Euch nicht mehr vorstellen. Jede von Euch hat sich ihren eigenen Schwerpunkt gesetzt im Praxisgeschehen und füllt den Bereich mit großem Engagement, Fachwissen und Können aus. Vielen lieben Dank für alles, Eure drei „Chefinnen“! ■

_____ Dr. Daniela Hervatin, Ann-Kristin Jurawitz und Dr. Jennifer Könecke



Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen

Inge-Vibeke Egeberg

geboren am 11.04.1952, verstorben am 13.01.2022

Dr. Dirk Kurt Wagner

geboren am 28.03.1943, verstorben am 26.06.2021

Rolf Buse

geboren am 18.07.1947, verstorben am 04.02.2022

Günther Eggert

geboren am 19.07.1956, verstorben am 21.10.2021

dr. (MU Budapest) Magdolna Voßbein

geboren am 03.06.1962, verstorben am 11.02.2022

Dr. Franz Debbrecht

geboren am 07.08.1939, verstorben am 17.01.2022

Dr. Michael Lucht

geboren am 28.02.1954, verstorben am 27.01.2022

Die Vorstände

der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

16.03.2022 Dr. Marei Dunkel (70), Leer

17.03.2022 Dr. Heinrich Otte (75), Kalefeld

19.03.2022 Dr. Gerhard Weigand (87), Braunschweig

19.03.2022 Dr. Klaus Dieter Rohde (80), Worswede

19.03.2022 Dr. Heinrich Fricke (75), Eschershausen

20.03.2022 Dr. Axel Wille (70), Meine

22.03.2022 Dr. Harro Brix (85), Hannover

23.03.2022 Heiko Junck (70), Hannover

23.03.2022 Dr. Charles Savic (70), Bad Lauterberg

28.03.2022 Dr. Gerd Wolff (70), Schwanewede

28.03.2022 Dr. Dr. Hans-Rüdiger Sauer (70), Gehrden

30.03.2022 Dr. med. dent. Eva Valkova (86), Salzgitter

01.04.2022 Dr. Michael Haubrock (70),
Buchholz in der Nordheide

03.04.2022 Harald Ptak (70), Hardegsen

03.04.2022 Helmut Meyer (91), Lamstedt

03.04.2022 Dr. Ute von der Heyde (75), Großheide

05.04.2022 Dr. Walter Jersch (75), Cloppenburg

05.04.2022 Dr. Dietrich Elberskirch (70), Hannover

07.04.2022 Andreas Lösser (70), Celle

09.04.2022 Dr. Hans-Tilmann Rahne (75), Osnabrück

12.04.2022 Dr. Hermann Boven (70), Haselünne

12.04.2022 Prof. Hartmut Matzat (86), Göttingen

12.04.2022 Dr. Karl Horst Schirbort (85), Burgdorf

14.04.2022 Dr. Dr. Elmar Esser (80), Osnabrück

15.04.2022 Ilse Nash (90), Wennigsen

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

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

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	17.03.2022
für die Sitzung am	20.04.2022
Abgabe bis	02.05.2022
für die Sitzung am	01.06.2022
Abgabe bis	15.06.2022
für die Sitzung am	13.07.2022
Abgabe bis	27.07.2022
für die Sitzung am	24.08.2022
Abgabe bis	12.09.2022
für die Sitzung am	12.10.2022
Abgabe bis	08.11.2022
für die Sitzung am	07.12.2022

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 Braunschweig

- ▶ Planungsbereich Landkreis Helmstedt: Der Planungsbereich Landkreis Helmstedt mit 14.496 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,9% versorgt.



© diego cervo / iStockphoto.com

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Braunschweig der KZVN, Vorsitzender Dr. Helmut Peters, Hildebrandstraße 38, 38112 Braunschweig, Tel. 0531 30292143, Fax 0531 239760006, E-Mail braunschweig@kzvn.de

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.451 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.430 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,2% versorgt.

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

_____Stand: 15.03.2022

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Göttingen

Bad Lauterberg Gesa Doreen Savic

Verwaltungsstelle Hannover

Burgdorf Dr. Jasmin Grischke M.Sc.

Verwaltungsstelle Osnabrück

Bissendorf Matthias Vogelsang

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Braunschweig

Peine Benjamin Ihssen

Medizinisches Versorgungszentrum

Verwaltungsstelle Verden

Rotenburg Zahnärzte am Mühlenende
ZMVZ GmbH

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

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur sachlich-rechnerischen Berichtigung Zahnersatz für den Monat 09/2020 vom 16. März 2022 für die

Zahnärztin Sofia Guimelfarb, Limburgstraße 8, 30159 Hannover

konnte nicht zugestellt werden, da der derzeitige Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos.

Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt. Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstr. 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, vom **21.04.2022 bis 05.05.2022**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i. V. m. § 10 Abs. 2, VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Hilke Bussler.....	Nr. 803	vom	05.07.1977
Dr. Hannemarie Bock.....	Nr. 101	vom	01.08.1970
Dr. Dr. Günther Kohlbecker.....	Nr. 10793	vom	15.12.2021
Dr. Jens-Peter Seidensticker.....	Nr. 5025	vom	04.06.2004
Wolfgang Kröck.....	Nr. 8792	vom	27.01.2016
Christine Denden.....	Nr. 4666	vom	21.03.2003
Dr. Gisela Worch-Blaich.....	Nr. 4426	vom	20.06.2002
Dr. Renate Hullen-Vogt.....	Nr. 1832	vom	25.03.1986
Dr. Wolfgang Mares.....	Nr. 9801	vom	14.03.2019
Dr. Silke Mares.....	Nr. 7504	vom	03.04.2012
Dr. Klaus Krause.....	Nr. 9480	vom	14.03.2018
Dr. Hans Wollförster.....	Nr. 553	vom	10.02.1975
Manuela Kintzi-Hesse.....	Nr. 5682	vom	15.08.2006
Dr. Elke Boerma.....	Nr.-	vom	11.07.1968
Dr. Friedrich-Wilhelm Frese.....	Nr. 533	vom	07.10.1974
Barbara Podschadel.....	Nr. 1330	vom	20.08.1982
Dr. Lotte Schwander.....	Nr. 235	vom	29.09.1971
Sybill Freytag.....	Nr. 9008	vom	19.09.2016
Dr. Thomas Schmidt.....	Nr. 9406	vom	24.11.2017
Dr. Elfriede Kalass.....	Nr. 626	vom	15.10.1975
Dr. Erhard Hanf.....	Nr. 240	vom	04.10.1971
Dr. Reimar Kersting.....	Nr. 10254	vom	25.05.2020
Dr. Volker Thien.....	Nr. 8922	vom	15.06.2016
Dr. Aloys Samsel.....	Nr. 5878	vom	16.03.2007
Dr. Ulrike Schwendowius.....	Nr.-	vom	24.06.1997

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

_____ZKN

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur sachlich-rechnerischen Berichtigung konserv.-chirurgischer Leistungen für das Quartal Q032020 vom 10. März 2022 für die

Zahnärztin Sofia Guimelfarb, Limburgstraße 8, 30159 Hannover

konnte nicht zugestellt werden, da ihr derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos.

Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, vom **21.04.2022 bis 05.05.2022**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden. Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i. V. m. § 10 Abs. 2, VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

Bekanntmachung

der nächsten ordentlichen Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

am

Samstag, den 14.05.2022, Beginn 12.00 Uhr

Tagungsort:

DORMERO Hotel Hannover
Hildesheimer Str. 34
30169 Hannover

TAGESORDNUNG:

1. Eröffnung
2. Feststellung der ordnungsgemäßen Ladung und der Anwesenheit der W-Mitglieder
3. Feststellung der Beschlussfähigkeit
4. Anfragen
5. Berichte des Vorstandes und der ständigen Ausschüsse
6. Wahl der oder des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung
7. Wahl eines Ausschusses zur Besetzung der Vorstandsämter
8. Umstellung der Verwaltungskostenerhebung für die Teilnahme an der Sofortauszahlung (SAZ) für KCH/KBR/PAR/KFO
9. Änderung der Entschädigungsordnung für ehrenamtlich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte
10. Schließung der Sitzung

Dr. Ulrich Obermeyer

Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KZV Niedersachsen



Die KZVN „zwitschert“ Folgen Sie uns auf Twitter

Immer bestens
informiert sein!



@kzvn_presse
https://twitter.com/kzvn_presse

Networking:
Kommunikation
Kontakte
Kooperationen

Dabei sein
ist alles!

Tweet

» Eine auf Twitter veröffentlichte Nachricht

Hashtag:

» Der Begriff Hashtag kombiniert die beiden englischen Wörter „hash“ und „tag“

Letzteres steht übersetzt für „Schlagwort“, „hash“ bezieht sich auf das Doppelkreuz (#). Hashtags sind Worte bzw. ohne Leerzeichen geschriebene Wortgruppen, die mit dem #-Symbol beginnen. Mit Hilfe von Hashtags werden Unterhaltungen organisiert und Tweets zu bestimmten Themen leichter auffindbar. Durch Klicken auf ein Hashtag gelangt man direkt zu den Suchergebnissen für den entsprechenden Begriff.

