



**KZVN UND ZKN BESCHAFFEN AUS
DEN BEITRÄGEN DER MITGLIEDER
SCHUTZAUSRÜSTUNG** S. 12 f.

9

**„Wir brauchen eine
Senkung der Abgaben- und
der Bürokratielast“**



11

**GOZ-Extravergütung für
Schutzausrüstung in
Zahnarztpraxen ab 08.04.2020**



16

**Häusliches chemisches
Biofilmmangement in der
Prävention und Therapie
der Gingivitis**





Die KZVN „zwittert“

Folgen Sie uns auf Twitter



weil:

Networking:
Kommunikation
Kontakte
Kooperationen

Immer bestens
informiert sein!

Dabei sein
ist alles!



@kzvn_presse

http://twitter.com/kzvn_presse

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.

KZVN-Pressestelle @KZVN_Presse · 20. Apr.
KZVN #KZVN hat auf dem freien Markt #FFP2-Schutzmasken akquiriert. Kaum in der KZVN angeliefert, läuft das Konfektionieren, Verpacken und der Postversand an die Praxen bereits auf Hochtouren. Dank an unsere Mitarbeitenden für Support der Versandaktion.



1 1 13 1 1

Weitere Informationen:

KZVN-Pressestelle | Telefon 0511 8405-430 | Telefax 0511 5909080 | info@kzvn.de | www.kzvn.de



Helden-Applaus und Ohrfeigen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Medien kennen derzeit fast nur noch ein Thema:
Die Corona-Pandemie.

Einhelliger Tenor dabei: Die Helden im Gesundheitswesen. Die Bevölkerung klatscht abends auf den Balkonen, Politiker profilieren sich mit der Forderung nach zukünftig höheren Gehältern für die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Dagegen ist ja auch nichts einzuwenden, man muss aber auch ehrlicherweise die Finanzierung über höhere Beiträge erwähnen.

Die gleichen Politiker wollen aber auch die „Besserverdienenden“ mit höheren Steuern an der Finanzierung beteiligen.

Da sind dann aber auch die ärztlichen Helden zum Dank betroffen, die als Oberärzte oder gar Chefärzte sicher in den Bereich des Spitzensteuersatzes kommen, sich aber ebenso einer Infektionsgefährdung ausgesetzt haben.

Besonders bitter fällt der „Dank“ für uns Zahnärzte aus: Haben die Ärzte für das betriebswirtschaftliche Überleben und damit zur Sicherung der zukünftigen flächendeckenden Versorgung einen Rettungsschirm erhalten mit einem nicht zurückzuzahlenden Prozentsatz des bisherigen Honorars, so bekommen wir eine Abschlagszahlung in Höhe von 90% der Gesamtvergütung aus 2019, wobei die „Überzahlung“ bei weniger erbrachten Leistungen in 2021 und 2022 zurückgezahlt werden muss!

Ausgerechnet dann, wenn ein zu erwartender Nachholbedarf (der auch in der Begründung unterstellt wird) zu versorgen ist.

Hatte der erste Entwurf noch einen Nachlass von 30% der Überzahlung vorgesehen, so hat wohl der Finanzminister Scholz interveniert.

Wie wohl alle Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, so haben auch wir unser Landesministerium angeschrieben und auf den geringen Anteil des über uns abgerechneten Honorars an den Gesamteinnahmen hingewiesen, auf die betriebswirtschaftliche Bedrohung der Praxen und auf die Bedrohung der flächendeckenden Versorgung.

Leider ohne Erfolg.

Eine Ohrfeige für unseren Berufsstand!



Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Dagegen wollen wir Ihnen danken: Dafür, dass Sie die zumindest notwendige Versorgung der Bevölkerung aufrecht erhalten haben, den Freiwilligen, die bereit waren, Schwerpunktpraxen zu betreiben, und allen, die uns telefonisch oder digital ermuntert haben!

Dank auch an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an den Telefonen den Unmut der Anrufer entgegennehmen mussten und zum Teil ihren Urlaub in dieser Situation verschoben haben!

An alle: Bleiben Sie gesund! ■

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 55. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte
mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN),
erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats.
Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95478-0; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.de

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

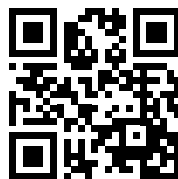
KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 07/08/20: 9. Juni 2020
Heft 09/20: 11. August 2020
Heft 10/20: 8. September 2020

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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





11



12



33

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels:
Helden-Applaus und Ohrfeigen

POLITISCHES

- 4 Die EU in Zeiten der Corona-Pandemie
Wieler und Drosten sind in von
der Leyens Expertengremium
- 6 DGZMK-Präsident Professor
Frankenberger zur Coronakrise
- 9 „Wir brauchen eine Senkung der
Abgaben- und der Bürokratielast“
Dr. Wieland Schinnenburg, MdB,
zum Rettungsschirm für Zahnärzte
und zu Konsequenzen aus der
Corona-Pandemie
- 11 GOZ-Extravergütung für
Schutzausrüstung in Zahnarztpraxen
- 12 KZVN und ZKN beschaffen aus
den Beiträgen der Mitglieder
Schutzausrüstung
- 14 Corona und einige Folgen

- 14 BZÄK Klartext
- Hygieneleitfaden und
Musterhygieneplan 2020
- GOZ-Count Up
- Patienteninformation zur
Fluoridierung überarbeitet

- 15 „Corona-Hygiene-Pauschale“:
Berechnung bei Privatpatienten und
bei Privatleistungen für GKV-Patienten
möglich

FACHLICHES

- 16 Häusliches chemisches
Biofilmmangement in der
Prävention und Therapie der
Gingivitis
- 20 Häusliches mechanisches
Biofilmmangement in der
Prävention parodontaler
Erkrankungen
- 24 Minimalinvasiv einmal anders:
Vermeiden von Kronen und Teilkronen
mit großen Kompositfüllungen in
Grenzsituationen
- 33 7 Tipps für Ihren digitalen Alltag
- 36 E-Mail Betrug
- 37 Entzug der Approbation

TERMINLICHES

- 38 ZAN-Seminarprogramm
- 40 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

PERSÖNLICHES

- 40 Wir trauern um unsere Kolleginnen
und unseren Kollegen
- 41 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!

AMTLICHES

- 41 Bekanntmachung einer öffentlichen
Sitzung des Wahlausschusses zur
Wahl der Kammerversammlung 2020
- 42 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 43 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 44 Kleinanzeigen
- 44 Öffentliche Zustellungen



16



20



24

Die EU in Zeiten der Corona-Pandemie

WIELER UND DROSTEN SIND IN VON DER LEYENS EXPERTENGERMIUM



Bereits vor der offiziellen Verkündung von Ausgangsbeschränkungen für ganz Belgien durch die belgische Regierung am 13. März hatten die Europäischen Institutionen ihren Betrieb runtergefahren. Neben dem Schließen des Europäischen Parlaments für Besuchergruppen, der Weisung für die Europäische Kommission nicht mehr bei Veranstaltungen als Redner bzw. Sprecher in Brüssel aufzutreten, wurde von allen europäischen Institutionen vor allem auf das Mittel des Home Office zurückgegriffen. Gut 95% aller Beamten der Europäischen Institutionen (ca. 50.000) befinden sich nun im Home Office bis zum 19. April 2020. Eine Verlängerung wird nicht ausgeschlossen.

Selbst der Rat musste sich letztlich der Corona-Pandemie beugen, als die ersten beiden Corona-Fälle vor drei Wochen im Rat auftraten. Von da an wurde die Mehrzahl der geplanten Sitzungen der Ratsarbeitsgruppen entweder abgesagt oder der Zugang zu diesen wurde pro Mitgliedstaat auf höchstens zwei Personen beschränkt. Auch die politische Ebene blieb von solchen Neuerungen nicht verschont, als nun bis zum 23. April 2020, wenn überhaupt, alle Sitzungen des Rats per Videokonferenz stattfinden. So tagten in den letzten beiden Wochen die Finanzminister, die Gesundheitsminister und Wirtschaftsminister und nicht zuletzt die Staats- und Regierungschefs im Videoformat. Im Rahmen einer Videokonferenz können zwar formal keine rechtsverbindlichen Beschlüsse gefasst werden, aber diese werden dann im Nachhinein formal durch den Ausschuss der Ständigen Vertreter, d.h. der Botschafter, gefasst. Diese beiden Ausschüsse der Ständigen Vertreter (AstV) treffen sich zumindest zurzeit noch „face to face“. Das Europäische Parlament hat wiederum einen neuen Arbeitskalender mit allen Sitzungsterminen (Stand 20. März 2020) herausgegeben, und aus dem ersichtlich wird, dass erst wieder mit normalem Arbeitsbetrieb ab September des Jahres gerechnet wird. Zugleich hat das EP für die Durchführung des Plenums am 26. März ein neues Format

ausprobiert. Die Anzahl der Abgeordneten wurde beschränkt und die Abstimmung fand per E-Mail statt, wobei der Stimmzettel als Scan zurückgesandt werden sollte. Einige Abgeordnete drückten dabei den Button „Reply to all“. Nicht zuletzt haben nun die Ständigen Vertretungen der Mitgliedstaaten bei der Europäischen Union ihre Präsenz heruntergefahren. So befindet sich bei der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland der größte Teil der Mitarbeiter im Home Office bzw. in Deutschland. Die Vorbereitungen für die Übernahme der Ratspräsidentschaft Anfang Juli 2020 laufen zwar weiter, allerdings steht nun hinter einer Vielzahl von Veranstaltungen vor allem im Juli und September aufgrund der Corona-Pandemie ein großes Fragezeichen.

Trotz all dieser Beschränkungen laufen die Arbeiten in Brüssel vor allem bei der Europäischen Kommission auf Hochtouren. Seit Mitte März versucht die Europäische Kommission unter ihrer Präsidentin Ursula von der Leyen das Heft des Handelns wieder in Hand zu bekommen, nachdem viele Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie ihre eigenen Wege gegangen waren. Auftakt dieser Bemühungen stellte die am 16. März 2020 von der Kommission verabschiedete Mitteilung zur „koordinierten wirtschaftlichen Reaktion auf COVID-19 Pandemie“ dar. In dieser hatte die Kommission ihr Bündel an Maßnahmen vorgestellt, um gemeinsam, d.h. EU und Mitgliedstaaten, gegen die gravierenden sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie vorzugehen. Es handelt sich um Maßnahmen für den Gesundheits-, Banken- sowie Beschäftigungssektor aber auch um die Investitionsinitiative zur Bewältigung der Corona-Krise (CRII). Mit Blick auf den Gesundheitssektor zielen die Maßnahmen der KOM vor allem darauf, die Lieferung von medizinischer Schutzkleidung in der gesamten EU sicherzustellen. Die Kommission war vor allem besorgt darüber, dass eine Reihe von Mitgliedstaaten – hierunter auch Deutschland – den Export von persönlicher Schutzkleidung aber auch

Arzneimitteln in andere EU-Staaten gemäß Art. 36 AEUV verboten hatte. Dieser Artikel 36 räumt allen Mitgliedstaaten die Möglichkeit ein, unter bestimmten eng gefassten Voraussetzungen, wie z. B. zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen, von den Binnenmarktvorschriften abzuweichen. Eine solche Maßnahme muss allerdings gegenüber der Kommission notifiziert und von dieser letztlich auch genehmigt werden. Das Exportverbot von Schutzkleidung in andere EU Staaten wurde von Deutschland zwischenzeitlich wieder aufgehoben. Stattdessen gibt es nun auf europäischer Ebene ein allgemeines Genehmigungssystem für die Ausfuhr von medizinischer Schutzkleidung in Drittstaaten, um sicherzustellen, dass die Europäische Union über alle Mittel verfügt, um auf die Pandemie reagieren zu können.

Zugleich hat die Kommission zusammen mit 25 Mitgliedstaaten – hierunter Italien und Spanien – ein gemeinsames Beschaffungsverfahren am 24. März abgeschlossen. Im Rahmen dieser gemeinsamen Beschaffungsmaßnahme hatte die Kommission die Anschaffung von Schutzmasken, Einweg-Handschuhen und sonstiger Schutzkleidung ausgeschrieben, wodurch vor allem kleinere Mitgliedstaaten von den günstigeren Konditionen bei der Beschaffung profitieren.

Zugleich wurde durch die Kommission am 17. März 2020 ein Beratungsgremium, bestehend aus 7 Experten aus sechs Mitgliedstaaten eingesetzt, um die Kommission bei der Bewältigung der Corona Pandemie zu beraten. Aus Deutschland sind in dieses Gremium Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts, und Christian Drosten, Leiter des Instituts für Virologie der Berliner Charité, berufen worden. Ursula von der Leyen steht dieser Expertengruppe gemeinsam mit der Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides vor. Das Europäische Zentrum für Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC in Stockholm), die Europäische Arzneimittelagentur (EMA in Amsterdam) und das Zentrum für die Koordinierung von Notfallmaßnahmen (ERCC) nehmen als Beobachter an den Sitzungen teil.

Neben diesen Maßnahmen wurde von der Kommission eine Reihe von finanziellen Unterstützungsmaßnahmen für die Mitgliedstaaten auf den Weg gebracht. Herzstück dieses Hilfspakets ist die sog. „Investitionsinitiative zur Bewältigung der Corona-Krise“ (CRII) mit 37 Mrd. Euro aus dem aktuellen EU-Haushalt 2020 für die Kohäsionspolitik. Es handelt sich letztlich um Mittel, die bisher von den Mitgliedstaaten noch nicht durch Projekte gebunden worden sind und daher nach der „n+3 Regelung“ an den EU-Haushalt zurückgeflossen und dann den Mitgliedstaaten erstattet worden wären. Nun haben Rat und EP am 26. März 2020 beschlossen, dass diese 37 Mrd. Euro im EU-Haushalt verbleiben und die Mitgliedstaaten nun durch Umschichtungen in ihren operationellen Strukturfondsprogrammen, Mittel für Maßnahmen im Gesundheitsbereich,

Liquiditätsmaßnahmen für KMU, Kurzarbeiterregelungen, etc. freimachen sollen. Italien bleiben durch diese Maßnahme allein fast 8 Mrd. EUR erhalten.

Zugleich hat der Ausschuss der Ständigen Vertreter am 13. März auf der Grundlage eines Vorschlags der Kommission beschlossen, den seit 2002 bestehenden sog. Europäischen Solidaritätsfonds auch für die Finanzierung von Maßnahmen im Gesundheitsbereich zu öffnen. Der Solidaritätsfonds, der jährlich mit 500 Mio. Euro ausgestattet ist, kann auf Antrag eines Mitgliedstaates für die Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von Naturkatastrophen genutzt werden. Nun soll dieser Fonds also auch für Maßnahmen im Gesundheitsbereich geöffnet werden.

Maßnahmen, die darauf zielen „der Bevölkerung, die von einer Notlage größeren Ausmaßes im Bereich der öffentlichen Gesundheit betroffen ist, rasch Hilfe, auch medizinische Hilfe, zu leisten und sie vor dem betreffenden Risiko zu schützen, einschließlich durch Prävention, Überwachung oder Bekämpfung der Ausbreitung von Krankheiten, durch Bekämpfung schwerwiegender Risiken für die öffentliche Gesundheit oder Abmilderung ihrer Auswirkungen auf diese“. Nicht zuletzt wurde im Rahmen des europäischen Forschungsrahmenprogramms ‚Horizont Europa‘ eine Reihe von Ausschreibungen zur Erforschung der Krankheit, Diagnose, Impfstoffe, Behandlung und Vorsorge veröffentlicht. Im Rahmen der am 30. Januar 2020 veröffentlichten Ausschreibung für Forschungsarbeiten zu COVID-19 mit insgesamt 47,5 Mio. Euro wurden unter 91 Vorschlägen allein 17 Forschungsprojekte mit deutscher Beteiligung (u. a. Hemholtz Zentrum München) ausgewählt. Die Forschungsprojekte decken folgende Themen ab: patientennahe Schnelldiagnostiktests, Entwicklung neuer Impfstoffe, Verbesserung der Epidemiologie und der öffentlichen Gesundheit, Optimierung der Epidemievorsorge sowie neue Behandlungsmethoden.

Am 10. März 2020 wurden weitere private und öffentliche Mittel in Höhe von 140 Mio. Euro für die Erforschung von Impfstoffen sowie diagnostischer und therapeutischer Konzepte bereitgestellt. CureVac aus Tübingen erhielt darüber hinaus am 16. März eine finanzielle Zusage der Europäischen Kommission in Höhe von 80 Mio. Euro, um die Entwicklung und Herstellung eines Impfstoffes gegen das Coronavirus ausweiten zu können. Die finanzielle Unterstützung besteht aus einer EU-Garantie für ein derzeit beantragtes EIB-Darlehen im Rahmen der von der Europäischen Investitionsbank eingerichteten Finanzierungsfazilität InnovFin.

Alle von der Kommission im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie veranlassten Maßnahmen können über die Website https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response_en eingesehen werden. ■

_____ Quelle: gjd vom 02.04.2020

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), gegründet 1859, ist eine der ältesten wissenschaftlichen Vereinigungen Deutschlands. Sie ist der Dachverband der wissenschaftlichen Gruppierungen der deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

In dieser Funktion koordiniert sie die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen aus Politik und Gesellschaft und die Erarbeitung von Leitlinien für die zahnmedizinische Behandlung. Wissenschaftsförderung und Wissenstransfer gehören zu ihren Kernkompetenzen.

Der amtierende Präsident Professor Dr. Roland Frankenberger, Marburg, hat sich am 16. April mit einem weit über den Adressatenbereich hinaus vielbeachteten Rundschreiben an die Mitglieder der DGZMK zum Höhepunkt der deutschen Lockdown-Zeit gewendet. Diese Rundschreiben dokumentieren wir Ihnen, unseren Lesern, nachfolgend ungekürzt. Es spricht für sich und vor allem auch für seinen Autor.

_____ Ihre NZB-Redaktion

DGZMK-Präsident Professor Frankenberger zur Coronakrise

Liebe Mitglieder der DGZMK,
meine lieben Kolleginnen und Kollegen,

es geht uns in diesen Tagen allen ähnlich: Wir reiben uns ungläubig die Augen und verstehen die Welt nicht mehr in Anbetracht der Umstände, die uns ein ca. 150 Nanometer großes Virus innerhalb weniger Wochen beschert hat. Die Restriktionen unseres täglichen Lebens haben ein bislang nie gekanntes Ausmaß angenommen und niemand kann im Moment eine sichere Zeitschiene vorhersagen, wie und wann sich das wieder in Richtung Normalität bewegt. Daher sind auch „Stand heute“ oder „im Moment“ sehr häufig gebrauchte Begriffe geworden, welche in allen Belangen vor allem eines bedeuten: Es gibt für diese Krise kein Handbuch. Hinzukommt eine schier unglaubliche Dynamik der Trends und Ereignisse, manche Fakten sind innerhalb einer Woche schon wieder obsolet.



Prof. Dr. Roland Frankenberger, Präsident der DGZMK

Genau hier ist auch die primäre Schwierigkeit der wissenschaftlichen Zahnmedizin verortet, und die vertritt die DGZMK als Dachorganisation aller wissenschaftlichen Fachgesellschaften im trilateralen Miteinander mit BZÄK und KZBV. Die DGZMK orientiert sich an der Wissenschaft, kümmert sich neben dem wissenschaftlichen Nachwuchs um Leitlinien und Evidenz und vertritt diese im zahnmedizinischen Kontext, ohne die Fachgesellschaften zu bevormunden. Der Vorstand der DGZMK beobachtet aber auch, dass die Zahnärzte in diesen Tagen von massiven Sorgen gesundheitlicher und wirtschaftlicher Natur heimgesucht werden¹, komplettiert durch die Verunsicherung der Patienten, die durch tägliche Meldungen in Presse und Fernsehen nicht reduziert wird – im Gegenteil.

Seit Beginn der Pandemie befinden wir uns daher in unserem Vorstand auf der einen und den Fachgesellschaften auf der anderen Seite in fast täglichem Austausch, was wir unseren Mitgliedern in dieser epochalen Corona-Krise anbieten können. Auch wenn die Datenlage im Kontext „Zahnmedizin und Covid-19“ aufgrund der Aktualität noch nicht ausreichend sein kann, ist trotzdem bereits überraschend viel publiziert worden¹⁻⁶. Zum einen sei auf die ausführlichen Vorlagen von KZBV und IDZ verwiesen⁷ sowie weitere Handlungsempfehlungen der Bundeszahnärztekammer⁸, die bereits eine hervorragende Grundlage für jeden Zahnarzt darstellen. Zum anderen hat sich auch der Arbeitskreis Ethik in der DGZMK bereits positioniert⁹. Es ist mir ein besonderes Anliegen, darauf hinzuweisen, da die Berufsethik in dieser Krise von unschätzbarem Wert für uns ist.

Wie sehen nun konkrete Empfehlungen aus, wenn man versucht, diese auf valide wissenschaftliche Fakten zu stützen? Zunächst und vorab: In unserer Universitätszahnklinik

wurde seit 16. März 2020 auf reinen Not-/Schmerzbetrieb umgestellt. Dies war jedoch in erster Linie der Tatsache geschuldet, dass unser Klinikum den Routinebetrieb aller Kliniken reduzierte, um der zu erwartenden Verknappung von Schutzausrüstung effektiv zu begegnen. Als dann wenige Tage später bundesweit die Ausgangsbeschränkung beschlossen wurde, schien dieses Konzept in Anbetracht aller Fakten zu diesem Zeitpunkt vernünftig zu sein, unzählige Terminabsagen von verunsicherten Patienten bestätigten dieses Vorgehen. Staatsexamina wurden an das Phantom verlegt oder ganz verschoben, der erste Teil des Sommersemesters findet in der ganzen Bundesrepublik zunächst rein virtuell statt, wann ein geregelter Unterricht am Patienten beginnen kann, ist völlig offen und stellt uns in der Universitätszahnmedizin vor große Herausforderungen¹⁰. Auch der ursprünglich geplante Einstieg in die neue Approbationsordnung wird wohl um ein Jahr verschoben werden müssen¹⁰.

Eine wissenschaftsgeleitete Zahnmedizin muss sich vor dem Hintergrund der aktuellen Krise die fundamentale Frage stellen: Wenn nun fast alle zahnärztlichen Maßnahmen beliebig verschiebbar erscheinen, wo ordnet sich dann der medizinische Wert unseres Tuns ein, bzw. wo ist die sogenannte „Systemrelevanz“ der Zahnmedizin? Als im ersten Notstandsgesetz der Bundesregierung¹¹ dann auch prompt die Zahnmedizin nicht erwähnt wurde, war ebendiese Frage extrem akut. Die Antwort ist: Wenn wir eine medizinische Disziplin sind, dürfen wir uns in dieser Krise nicht wegducken. Wir müssen für unsere Patienten da sein und mit Vernunft, Augenmaß sowie gesundem Menschenverstand agieren. Folgende Abbildung veranschaulicht das Dilemma einmal visuell:

Der beschriebene „gesunde Menschenverstand“ ist z. B. auch eine wichtige Grundlage des Thesenpapiers der Leopoldina, welches von führenden Wissenschaftlern unseres

Landes verfasst wurde¹². Der „gesunde Menschenverstand“ stützt sich natürlich auf die verfügbaren Fakten (Abb. 1), wird aber ebenso auch massiv von Verunsicherung (Eigengefährdung vs. finanzieller Schaden vs. Mitarbeiterschutz, Abb. 1) beeinflusst. Aus dieser Gemengelage Empfehlungen zu erarbeiten, birgt zum einen Limitationen wie z. B. Knappheit bei Schutzausrüstung und zum anderen Chancen, zuvorderst die oben beschriebene medizinische Relevanz unseres Tuns zu unterstreichen (Abb. 1). Gerade aber bei den Fakten muss man sich – Stand heute – durch die limitierte Verfügbarkeit ebenfalls über Grenzen im Klaren sein. Ebenso dürfen bereits vor der Covid-19-Pandemie bekannte Fakten nicht außer Acht gelassen werden¹³⁻¹⁶.

Bevor wir zu komprimierten Empfehlungen angesichts der omnipräsenten Krise kommen, gestatten Sie mir eine Vorbemerkung. Sowohl das Hauptaugenmerk in der Wissenschaft als auch in der öffentlichen Berichterstattung fokussiert fast ausschließlich auf Bekämpfung und Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus auf der einen als auch Impfstoff- und Medikamentenentwicklung auf der anderen Seite¹⁷. Das ist wichtig und nachvollziehbar. Ein Aspekt, in dem die Zahnmedizin in unserem Land traditionell hervorragend aufgestellt ist, kommt jedoch zu kurz: Die Prävention. Eine Frage, die in naher Zukunft intensiv bearbeitet werden sollte, ist neben dem Aspekt der Schutzausrüstung auch die Optimierung des eigenen Immunsystems. So ist z. B. die Rolle von Vitamin D im Zusammenhang mit dem Immunsystem bekannt¹⁸, und trotzdem sind bis zu 90% der Deutschen damit unterversorgt. Ähnliches gilt für Vitamin C¹⁹. Gerade in diesem Zusammenhang ist eine gute Mundhygiene bzw. eine gesunde Mundhöhle in Zeiten von Covid-19 noch wichtiger als sie vorher ohnehin schon war. Eine gesunde Mundhöhle ist immer eine bessere Immunbarriere als eine kranke Mundhöhle²⁰.

Zentrale Aspekte unserer mit den Fachgesellschaften abgestimmten Empfehlungen, auch auf Grundlage bisheriger Empfehlungen seitens BZÄK und KZBV sind:

1. Als Beitrag zur Eindämmung der durch Covid-19 ausgelösten Pandemie sollten Patienten anhand einer Covid-19-Anamnese vor Behandlungsbeginn in asymptomatische Patienten und in Patienten mit Covid-19-Symptomen bzw. mit bestätigter Infektion separiert werden.
2. Die Behandlung symptomatischer/infizierter Patienten sollte sich auf Schmerzbehandlung reduzieren (Entzündung, Trauma, Tumor) und sollte nur in Einrichtungen/Praxen durchgeführt werden, in denen Schutzausrüstungen für die Behandlung infizierter Patienten vorhanden sind. Die Bereitstellung geeigneter Schutzausrüstung bzw. die Etablierung entsprechend ausgerüsteter Einrichtungen/Praxen hat staatlicherseits zu erfolgen. ►►

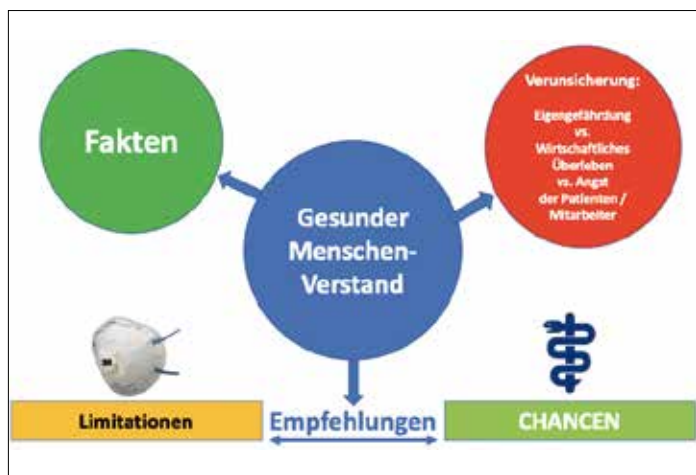


Abb. 1: Visualisierung des aktuellen „Dilemma Zahnmedizin“

- ▶▶ 3. Bei Patientinnen und Patienten, die zu Risikogruppen²¹ zählen, sollte die Behandlungsindikation vor allem bei elektiven Eingriffen besonders streng geprüft werden. Notfallbehandlungen sollten unter Berücksichtigung der besonderen Umstände weiterhin durchgeführt werden. Als allgemeine Notfälle sollten dentale Infektionen, Abszesse, Blutungen, Unfälle oder Traumata und nicht zu tolerierende Schmerzen, z.B. als Folge einer Pulpitis behandelt werden.
4. Patienten ohne nachgewiesene Infektion oder Verdacht darauf können unter Beachtung bestehender Hygienevorschriften behandelt werden, insbesondere Behandlungen ohne Aerosolbildung (z.B. Kieferorthopädie, Parodontologie, Prophylaxe, herausnehmbare Prothetik, Chirurgie, Funktionstherapie) können problemlos durchgeführt werden.*
5. Als Experten des Mund-Rachen-Raums sind sich ZahnärztInnen schon immer der Bedeutung des Aerosols als Übertragungsmedium ansteckender Krankheiten bewusst und dafür hoch sensibilisiert^{14,16}. Bis zur endgültigen wissenschaftlichen Klärung der Rolle zahnärztlichen Aerosols (im Gegensatz zur Tröpfcheninfektion) bei der Übertragung von Covid-19^{15,17}, sollten zusätzliche Maßnahmen getroffen werden, um Entstehung, Ausbreitung und Verbreitung von Aerosol einzudämmen. Zusätzlich sollten räumliche, zeitliche und ablauftechnische Maßnahmen entsprechend den lokalen Gegebenheiten einer Einrichtung/Praxis eingeleitet werden, um die vom Robert Koch-Institut geforderte Abstandhaltung möglichst effektiv umzusetzen.
6. Zahnärztinnen und Zahnärzte haben als Arbeitgeber ihren Angestellten gegenüber eine Fürsorgepflicht. Angesichts der Pandemie von Covid-19 können daher praxisbedingt besondere Maßnahmen notwendig werden, um den bestmöglichen Schutz für Patient, Personal und Behandler zu gewährleisten.
7. Im Bereich der Zahnerhaltung (Kariologie, Endodontie, Parodontologie, Kinderzahnmedizin) sollte zur Eindämmung/Vermeidung von Aerosolen der Einsatz von Turbinen, Pulverstrahlgeräten und Ultraschallscalern aus Sicherheitsgründen vermieden werden. Der Einsatz von Kofferdam ist generell da empfehlenswert, wo er möglich ist.
8. Begonnene Behandlungen mit festsitzendem oder herausnehmbarem Zahnersatz sollten abgeschlossen werden. Der Beginn neuer Behandlungen, sollte unter Berücksichtigung der oben genannten Empfehlungen individuell abgewogen werden. Es ist im Einzelfall kritisch zu prüfen, ob der Behandlungsbeginn z.B. bei ausgedehnter Teleskopprothetik verschoben werden kann, insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei Erkrankung von Patienten eine lange Zeit mit Provisorien überbrückt werden müsste.

9. Im Bereich der zahnärztlichen Chirurgie/MKG-Chirurgie ist der Schwerpunkt der aktuellen Maßnahmen in den Bereichen Tumor/Trauma/Notfall zu sehen. Implantologische Empfehlungen wurden bereits publiziert²².
10. Die DGZMK unterstützt ausdrücklich die staatlicherseits eingeleiteten Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie, unterstreicht die Gemeinwohlpflichtung der ZahnärztInnen und definiert die Zahnmedizin per se als uneingeschränkt systemrelevant. Die bevorstehende Etablierung eines Rettungsschirms für Zahnärzte wird begrüßt. Wir danken unseren Partnern von BZÄK und KZBV für die politische Vertretung der Interessen der ZahnärztInnen und stehen für trilaterale Aktionen jederzeit bereit, um der Zahnmedizin im Ganzen auch politisch Nachdruck zu verleihen.

Natürlich sind unsere einzelnen Fachgesellschaften frei in der Entscheidung, ob sie über diese „Kurzliste“ hinausgehende Details veröffentlichen wollen. Dieses Papier ist ohnehin eine Momentaufnahme in einer staatlichen Krise und hat daher weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch auf dauerhafte Gültigkeit, es ist vielmehr „Work in Progress“, also auch jederzeit aktualisierbar. Eine S1-Leitlinie der DGZMK zum Thema „Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern“ ist bei der AWMF angemeldet. Als Vorstand der DGZMK sind wir es unseren Mitgliedern schuldig, uns wissenschaftlich wie ethisch zu positionieren – ich bedanke mich daher herzlich für die aufmerksame Lektüre. Bleiben Sie gesund bis es einen Impfstoff gibt oder werden Sie schnell immun – ich weiß nicht, was der bessere Wunsch ist, suchen Sie sich gerne einen aus. ■

Alles Gute,

*Ihr
Roland Frankenberger
Präsident der DGZMK, stellvertretend für den
geschäftsführenden Vorstand*

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

_____ *Quelle: DGZMK*

„Wir brauchen eine Senkung der Abgaben- und der Bürokratielast“

Dr. Wieland Schinnenburg, MdB, zum Rettungsschirm für Zahnärzte und zu Konsequenzen aus der Corona-Pandemie



Dr. Wieland Schinnenburg aus Hamburg ist Zahnarzt, Rechtsanwalt und Politiker: Seit der letzten Bundestagswahl 2017 sitzt er für die FDP als Abgeordneter im Deutschen Bundestag, ist drogenpolitischer Sprecher seiner Fraktion und Mitglied des Gesundheitsausschusses. Was er vom jetzt angekündigten Schutzschirm für Zahnärzte hält, welche Hilfen nötig wären und wie er als Liberaler die jetzigen Einschränkungen bewertet, sagt er im Interview mit Quintessence News.

Beim ersten finanziellen Schutzschirm für Krankenhäuser und Ärzte waren die Zahnärzte nicht dabei, trotz intensivem Einsatz der Standespolitik. Gab es dafür gegenüber den Gesundheitspolitikern im Bundestag eine Begründung?

Dr. Wieland Schinnenburg: Nein. Ich habe selbst Minister Spahn in zwei Sitzungen des Ausschusses für Gesundheit darauf hingewiesen, dass Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen und eben Zahnärzte in das Krankenhausentlastungsgesetz aufgenommen werden sollten. Eine plausible Begründung für die Nichtaufnahme gab es nicht.

Nun hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn doch noch eine Verordnung angekündigt, die Zahnärzte und Heilmittelerbringer wie Physiotherapeuten auch unter eine Art finanziellen Schutzschirm zumindest im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung nehmen soll. Hatten Sie das so erwartet?

Schinnenburg: Ich hatte schon gehofft, dass wiederholtes Nachfragen zur Einsicht führt. Ich wollte halt eine Gleichbehandlung erreichen.

Sie haben die jetzt vorgesehenen Maßnahmen mit Blick auf die Zahnärzte als „Schutzschirmchen“ bezeichnet. Warum?

Schinnenburg: Im Ergebnis tragen die Zahnärzte ca. 85 Prozent der durch Corona bedingten Einnahmeausfälle selber. Das ergibt sich aus Folgendem: Es werden nur ca. 50 Prozent der Einnahmen einer typischen Zahnarztpraxis überhaupt berücksichtigt. Nicht erfasst werden Leistungen im Bereich Zahnersatz oder Zuzahlungen der Patienten zum Beispiel für Füllungen. Und von diesen 50 Prozent werden im Ergebnis nur 30 Prozent der Ausfälle ersetzt. Das ergibt eine Ersetzung von ca. 15 Prozent.

Was wäre aus Ihrer Sicht als FDP-Politiker besser zu machen?

Schinnenburg: Meines Erachtens hätte man einfach die Zahnärzte so behandeln sollen wie die Ärzte.

Zahnärzte beziehen im Mittel fast die Hälfte ihres Honorarumsatzes aus Selbstzahlerleistungen der Kassenpatienten und Privatliquidationen. Der Punktwert in der GOZ ist seit 1988 unverändert – wäre die Erhöhung des GOZ-Punktwerts ein Ansatzpunkt, um die jetzt eintretenden Einnahmeverluste zumindest zu einem Teil auf längere Sicht auszugleichen?

Schinnenburg: Eine Erhöhung des Punktwertes der GOZ ist auch ohne Corona überfällig: Sagen Sie mal einem deutschen Angestellten, er solle für das Gehalt von 1988 zuzüglich ca. 7 Prozent arbeiten ... Wenn die schreckliche Coronakrise jetzt den Anstoß gibt, würde ich mich freuen. ►►



Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg studierte Zahnmedizin und Jura und war bis Ende 2017 als Zahnarzt in eigener Praxis in Schleswig-Holstein tätig. Parallel arbeitete er als Rechtsanwalt und Mediator in Hamburg und ist in diesem Bereich weiter aktiv.

Schinnenburg ist FDP-Mitglied und war unter anderem Vizepräsident der Hamburgischen Bürgerschaft. Seit der Bundestagswahl 2017 ist er Mitglied des Deutschen Bundestags. Er ist Mitglied des Gesundheits- und des Rechtsausschusses und Drogenpolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion.

- *Immerhin sollen, soweit bislang bekannt ist, bei den Zahnärzten das Kurzarbeitergeld und die Soforthilfen nicht auf die Bonuszahlung angerechnet werden. Sie sind selbst Zahnarzt und haben eine eigene Praxis geführt, als Rechtsanwalt und Mediator haben Sie viele Praxen betreut. Was würden Sie Ihren Kollegen jetzt raten, was die Inanspruchnahme dieser Leistungen angeht?*

Schinnenburg: Sie sollten alle angebotenen Hilfen in Anspruch nehmen, schließlich geht es um die berufliche Existenz – und um die Erhaltung von bewährten Strukturen zur Versorgung der Bevölkerung. Als Mediator setze ich hinzu: Sie müssen in der Praxis und zu Hause mit mehr Aggressionen rechnen. Versuchen Sie, gelassen zu bleiben, und nehmen Sie zur Not professionelle Hilfe in Anspruch. „Das Rettungsschirmchen von Minister Spahn reicht jedenfalls nicht.“

Die wirtschaftlichen Verluste durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen treffen ja alle Selbstständigen und Freien Berufe derzeit. Reichen die jetzt bereitgestellten Mittel aus Ihrer Sicht aus und was muss nach dem Ende des Pandemiefalls passieren, um gerade diese beiden Gruppen zu stärken?

Schinnenburg: Das Rettungsschirmchen von Minister Spahn reicht jedenfalls nicht. Wir brauchen dringend eine Entlastung dieser beiden Gruppen, diese sind nicht nur im Gesundheitswesen ein Grundpfeiler unserer Gesellschaft und unserer Wirtschaft. Nur zwei Vorschläge: Verringerung

der enormen Abgabenlast, zum Beispiel durch vollständige Abschaffung des Solidaritätszuschlages, und Verringerung der Bürokratielast: Zahnärzte sollen behandeln und nicht Formulare ausfüllen.

Sie sind Mitglied des Gesundheitsausschusses. Immer wieder ist zu hören und zu lesen, dass es nach der Corona-Krise Konsequenzen aus den erkennbaren Problemen des deutschen Gesundheitssystems geben muss, zum Beispiel was die rein ökonomische Orientierung und die Stellung und Bezahlung der Pflegekräfte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen angeht. „Gesundheit ist keine Ware“, hört man oft. Was steht aus Ihrer Sicht hier für Sie und die FDP ganz oben auf der Agenda?

Schinnenburg: Solche Sprüche wie „rein ökonomische Orientierung“ des Gesundheitswesens treiben bei mir den Blutdruck. Natürlich möchte jeder für seine Arbeit bezahlt werden und Investitionen müssen sich rechnen. Dies geht meist besser in privaten Strukturen, nicht ohne Grund wurden staatliche Krankenhäuser angesichts katastrophaler wirtschaftlicher Daten privatisiert. Dies hat auch noch einen weiteren Vorteil: Der Staat kann objektiver kontrollieren, wenn er nicht selbst Marktteilnehmer ist.

Ein ganz wesentlicher Ansatz ist eine Verringerung der verbreiteten Misstrauenskultur. Der böse Weißkittel wird angefeindet, unabhängig davon, ob der staatlich oder privat arbeitet. Übrigens: Das angeblich so schlechte weitgehend private deutsche Gesundheitswesen schlägt sich in der Coronakrise offenbar deutlich besser als das staatliche britische.

Aus der Zahnärzteschaft und von Praxismitarbeitern wurde in den vergangenen Wochen immer wieder öffentlich gefordert, die Zahnarztpraxen wegen der besonderen Exposition von Behandler und Team bei der Behandlung ganz zu schließen. Baden-Württemberg hat kurz vor Ostern sogar eine Rechtsverordnung erlassen, die Zahnärzten nur noch Notfallbehandlungen erlaubt – und wird sie nun wohl nach Protesten auch aus der Zahnärzteschaft wieder zurücknehmen, wie es heißt. Wie sehen Sie diese Forderungen nach Praxisschließungen?

Schinnenburg: Das halte ich für keine gute Idee: Zum einen besteht ein Sicherstellungsauftrag und eine Pflicht von Vertragszahnärzten, an der Versorgung teilzunehmen. Zum anderen gibt es meiner Meinung nach dazu auch keinen Bedarf: Seit vielen Jahren herrscht in Zahnarztpraxen ein strenges Hygienemanagement.

„Wir müssen schnell dahin kommen, dass diese eher groben Maßnahmen von gezielten abgelöst werden.“

Sie sind seit vielen Jahren aktives FDP-Mitglied und bekennender Liberaler. Wie gehen Sie mit den aktuellen Einschränkungen der persönlichen Freiheiten um?

Schinnenburg: Ja, das tut weh. Als ich den ersten Entwurf für die Änderung des Infektionsschutzgesetzes sah, war ich schockiert: Dieser enthielt unter anderem Dienstverpflichtungen für Ärzte und weitgehende Überwachungen der Telekommunikation. Das war völlig inakzeptabel. Zum Glück konnten die schlimmsten Punkte herausverhandelt werden und die meisten der verbliebenen sind bis 31. März 2021 befristet.

In einem Rechtsstaat müssen sich alle Einschränkungen immer am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz messen lassen. Das bedeutet, dass nur unverzichtbare Einschränkungen zur Abwehr von Gefahren zulässig sind. Als erste Reaktion auf die Gefahr durch Corona wurden enorm weitgehende,

wenig spezifische Einschränkungen vorgenommen. Wir müssen schnell dahin kommen, dass diese eher groben Maßnahmen von gezielten abgelöst werden: Es geht um den Schutz von besonders gefährdeten Gruppen und um eine genaue Erfassung der Infektionswege und darauf aufbauend deren gezielte Unterbrechung.

**Die Fragen stellte Dr. Marion Marschall,
Chefredakteurin Quintessence News. ■**

Quelle: Erstveröffentlichung auf Quintessence News.
www.quintessenz-news.de

GOZ-Extravergütung für Schutzausrüstung in Zahnarztpraxen ab 08.04.2020

BERATUNGSFORUM FÜR GEBÜHRENORDNUNGSFRAGEN EINIGT SICH AUF CORONA-HYGIENE-PAUSCHALE

Die Ausbreitung der Atemwegserkrankung COVID 19 stellt die Zahnarztpraxen vor immense Anforderungen, auch bei der Beschaffung von Schutzmaterial.

Die Bundeszahnärztekammer hat erfolgreich Gespräche mit dem PKV-Verband geführt, um die damit einhergehenden Mehrkosten für die Praxen aufzufangen. In ihrem gemeinsamen Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen haben PKV und BZÄK mit Vertretern der Beihilfe eine schnelle und unbürokratische Hilfe vereinbart. Eine Corona-Hygiene-Pauschale von 14,23 Euro pro Sitzung wurde verhandelt. Die Pauschale wird damit bei jeder Behandlung fällig, um die coronabedingten Mehraufwände der Zahnärzte auszugleichen.

Beschluss Nr. 34 des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen:

Zur Abgeltung der aufgrund der COVID-19-Pandemie deutlich erhöhten Kosten für Schutzkleidung etc. kann der Zahnarzt die Geb.-Nr. 3010 GOZ analog zum 2,3-fachen Satz, je Sitzung, zum Ansatz bringen.

Auf der Rechnung ist die Geb.-Nr. mit der Erläuterung „3010 analog – erhöhter Hygieneaufwand“ zu versehen. Dem entsprechend kann ein erhöhter Hygieneaufwand dann jedoch nicht gleichzeitig ein Kriterium bei der Faktor-

steigerung nach § 5 Abs. 2 darstellen.

Dieser Beschluss tritt am 08. April 2020 in Kraft und gilt zunächst befristet bis zum 31. Juli 2020. Er erfasst alle in diesem Zeitraum durchgeführten Behandlungen.

Das Ergebnis ist ein starkes Signal aller Beteiligten, dass der private Sektor gemeinsam und konstruktiv Lösungen findet, um die privat Zahnärztliche Versorgung zu sichern.

Hintergrund

Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, Rechtsunsicherheiten nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das Gremium hat die Aufgabe, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. ■

Quelle: BZÄK, Presseinformation



KZVN und ZKN beschaffen aus den Beiträgen der Mitglieder Schutzausrüstung

Seit jeher sind zahnärztliche Praxen in Sachen Hygiene hervorragend aufgestellt, so dass zunächst auch in der Zeit der anschwellenden Infektionsrate durch COVID-19-Erkrankungen kein Mangel an Hygienematerial bestand. Mit zunehmender Erkrankungsrate und Verschärfung der Hygienemaßnahmen aufgrund der zum Teil unklaren Übertragungsweise hat sich die Situation geändert. Lieferketten wurden unterbrochen, Schutzausrüstung wurde nicht nur knapp, sondern zum Teil auch unanständig teuer gehandelt. Das Bundesbeschaffungamt werde an die KZVen Schutzmasken liefern und dann an die Zahnärzteschaft verteilen lassen, lautete zunächst eine Ankündigung aus dem Bundesgesundheitsministerium. In einer Pressekonferenz mit den Ländern schränkte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn später ein: „Krankenhäuser, Arztpraxen und Länder sollen trotz zentraler Beschaffung weiter für ihren Bedarf einkaufen“. Mit anderen Worten: (Zahn)Arztpraxen mögen sich weiterhin selbst um ihre Schutzausrüstung kümmern. Da die avisierten Lieferungen durch das Bundesbeschaffungamt bis heute nicht eingetroffen sind, haben die beiden zahnärztlichen Körperschaften KZVN und ZKN kurzerhand die Initiative ergriffen und auf Kosten der Körperschaften sowie mit tatkräftiger Unterstützung engagierter Zahnärztinnen und Zahnärzte die Beschaffung

von FFP-2-Atemschutzmasken und Handdesinfektionsmittel selbst organisiert. Die Beschaffungswege und die Verteilung erfolgten dabei teilweise in unkonventioneller Art. Daneben hat die ZKN im Rahmen eines Aufrufs „Hilfe zur Selbsthilfe“ über die Bezirksstellen eine „Tauschbörse“ unterstützt, an der sich über 100 Praxen beteiligt haben, um untereinander einen Materialausgleich zu ermöglichen.

Nach täglichen Überprüfungen der Marktlage und nach Vergleichen der angebotenen Qualitäten und Quantitäten konnten ZKN und KZVN zwischenzeitlich gemeinsam rund 100.000 Atemschutzmasken der Schutzklasse FFP-2 erwerben, die in mehreren Teillieferungen eintrafen und an die Praxen weitergegeben werden konnten. Und auch diese „Lieferdienste“ wurden zum Teil durch Kollegen und deren Familienmitglieder geleistet.

Corona macht die Ausnahme möglich!

Was auf den ersten Blick nach unerlaubter Beförderung von Gefahrgut aussieht, ist durch eine „Duldung“ des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) gedeckt. Bei einer Befristung bis zum 31.08.2020 ist der Transport von Desinfektionsmitteln bis zu 500 l auch ohne die sonst vorgeschriebenen Papiere und Kennzeichnungen erlaubt.



Der stellvertretende KZVN-Vorsitzende Dr. Jürgen Hadenfeldt (r.) nahm die erwartete Lieferung von Robert Stüssel am KZVN-Gebäude in Hannover persönlich in Empfang.



Philipp und Hendrik Hadenfeldt lieferten bis nach Cuxhaven aus.



Silke Lange (r.) nahm als Vorsitzende für die Verwaltungsstelle Oldenburg Desinfektionsmittel von Jonah und Jannis Wenzel in Empfang.

Vor dem Hintergrund dieser Ausnahmeregelung übernahmen ad hoc die Söhne des Göttinger Verwaltungsstellenvorsitzenden Dr. Jürgen Wenzel die Auslieferung der Desinfektionsmittel im westlichen Niedersachsen bis einschließlich Ostfriesland, während die Söhne von Dr. Hadenfeldt das östliche Niedersachsen bis an die Nordsee belieferten.

Notfallversorgung für COVID-19-Patienten organisiert

Die Eigeninitiative war umso notwendiger, als die KZVN im Zusammenwirken mit der ZKN die Einrichtung von Praxen zur schwerpunktmäßigen Notfallversorgung für die an COVID-19 Erkrankten oder in Quarantäne befindlichen Patienten organisiert hatte.

Insgesamt haben sich für diese besondere Notfallversorgung niedersachsenweit 18 Praxen (21.04.2020) mit ihren Teams zur Verfügung gestellt, die selbstverständlich von der KZVN bevorzugt mit Schutzausrüstung versorgt wurden. Ihnen gilt der besondere Dank der KZVN und der Kollegenschaft.

Die aktuellen Lieferengpässe haben auch zu neuen Einsichten geführt. So haben die Bundesministerien für Arbeit und Soziales sowie für Gesundheit in einer Vorlage für den Krisenstab der Bundesregierung Ausführungen zur Dekontamination und Wiederverwendung von Schutzmasken gemacht. Das Robert Koch-Institut ist Mitautor eines Maßnahmenkataloges zum ressourcenschonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat festgestellt, dass angesichts der Pandemie eine bis zu zweimalige Wiederaufbereitung und Dekontamination der Masken befristet erfolgen darf. Verschiedene Verfahren zur Hitzeinaktivierung bzw. Dekontamination wurden von der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) beschrieben und bewertet. Diese Maßnahmen sind alle der besonderen Situation einer Pandemie mit Lieferengpässen bei der Versorgung mit Schutzbedarf geschuldet und damit zeitlich befristet.

Darüber hinaus sind auf Initiative von Umweltminister Olaf Lies und Gesundheitsministerin Dr. Carola Reimann auch Ausnahmen bei der Herstellung von Desinfektionsmitteln, zu der bisher nur Apotheken oder Pharmahersteller berechtigt waren, erweitert worden. Alle Unternehmen der chemischen Industrie sowie Kosmetik- und Parfümhersteller oder vergleichbare Unternehmen, die dazu in der Lage sind, sind nun berechtigt, Desinfektionsmittel herzustellen.

BZÄK vereinbart mit PKV-Verband

Corona-Hygiene-Pauschale

Neben den erheblichen Mindereinnahmen in den zahnärztlichen Praxen, die Minister Jens Spahn aktuell in dem Referentenentwurf der „SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-



Eckard Müller-Gampert und Mark Bause übernehmen die von ZKN und KZVN erworbene Fracht.

Schutzverordnung“ berücksichtigen will, gibt es erfreuliche Meldungen zu der GOZ-Extravergütung für Schutzausrüstung in Zahnarztpraxen.

Die Bundeszahnärztekammer hatte erfolgreich Gespräche mit dem PKV-Verband geführt, um die mit der Pandemie einhergehenden Mehrkosten für die Praxen aufzufangen. Bundeszahnärztekammer und PKV-Verband haben in ihrem gemeinsamen Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen eine schnelle und unbürokratische Hilfe verhandelt und eine Corona-Hygiene-Pauschale von 14,23 Euro pro Sitzung vereinbart. Die Pauschale wird somit bei jeder Behandlung fällig, um die coronabedingten Mehraufwände der Zahnärzte auszugleichen.

Der Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen hat folgenden Wortlaut:

„Zur Abgeltung der aufgrund der COVID-19-Pandemie deutlich erhöhten Kosten für Schutzkleidung etc. kann der Zahnarzt die Geb.-Nr. 3010 GOZ analog zum 2,3-fachen Satz, je Sitzung, zum Ansatz bringen.

Auf der Rechnung ist die Geb.-Nr. mit der Erläuterung „3010 analog – erhöhter Hygieneaufwand“ zu versehen.

Dem entsprechend kann ein erhöhter Hygieneaufwand dann jedoch nicht gleichzeitig ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 darstellen.

Dieser Beschluss tritt am 08. April 2020 in Kraft und gilt zunächst befristet bis zum 31. Juli 2020.“

Dass die „Hygienegesamtkosten in deutschen Zahnarztpraxen jeglicher Praxisform“ auch ohne die coronabedingten Ausgaben hoch sind, belegt die gerade veröffentlichte Untersuchung von Dr. Nicolas Frenzel Baudisch im Auftrag des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). In seiner Schlussfolgerung errechnet der Autor die bemerkenswert hohe durchschnittliche Summe von rund 70.000 Euro pro Praxis für das Jahr 2016. Davon entfallen ein Drittel auf Sachkosten und zwei Drittel auf Personalkosten. ■

_____ loe

Corona und einige Folgen

Die Bürgerinnen und Bürger rücken angesichts der Corona-Pandemie zusammen. Nicht gerade im Supermarkt oder auf der Straße, da sollte Abstand gehalten werden, sondern in anderen Lebenslagen. Die sozialen Medien wie nebenan.de sind voller Beiträge und Aufrufe, sich in den Dienst der Nachbarn zu stellen. Das klappt sogar, wie dort berichtet wird. Besitzer einer Nähmaschine fertigen in Heimarbeit meist bunten Mundschutz, der gegen eine Spende oder sogar umsonst abgegeben wird. Das sind keine wirklichen Hilfen für die Gesundheitsberufe, aber ähnliche Projekte gibt es dort auch. In Facebook-Gruppen wie der „Dentalfamilie“ (fast 25.000 Mitglieder) und bei Instagram tauschen sich Ärzte und Zahnärzte über den Mangel an Schutzkleidung aus und helfen sich gegenseitig. Bereits im März tauchten dort auch erste Berichte über selbst erstellten Mundschutz auf, der in einer Praxis zum Einsatz kommen kann. Zahnärzte und Dentallabore mit 3-D-Druckern stellen in den sog. sozialen Medien umfangreiche Gesichtsschutze vor und diskutierten mit den potenziellen Anwendern über Verfeinerungen. Das ist alles nicht der große Wurf, wirft aber ein hübsches Licht auf das Klima des gegenseitigen Helfens, wenn normaler Mundschutz plötzlich preislich durch die Decke geht oder schlicht nicht lieferbar ist.

Auch die öffentlichen Medien berichten dann hier und da über solche Projekte, wie Mitte April das „Hamburger Abendblatt“ über die Buxtehuder Kieferorthopädin Dr. Annika Bader. Sie stellt mithilfe ihres 3-D-Druckers Schutzmasken für das Gesundheitswesen her. Das Abendblatt berichtete darüber in einem ausführlichen Beitrag mit einem großen Foto. Nach eigenen Angaben hat Dr. Bader bereits einige Hundert dieser Schutzmasken hergestellt und verteilt. Sie berichtete über viel Lob und Anerkennung für diese Aktion.

Das NZB würde gern über andere dentale Hilfs-Aktionen berichten, die durch die Corona-Pandemie ausgelöst wurden. ■ _____ et

Schreiben Sie an das Redaktionsbüro in der Zahnärztekammer Niedersachsen eine E-Mail an nzb-redaktion@zkn.de



BZÄK Klartext

HYGIENELEITFADEN UND MUSTERHYGIENEPLAN 2020

Ab sofort ist der Hygieneleitfaden 2020 des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) auf www.bzaek.de und www.dahz.org abrufbar. Die aktuelle Version wurde mit der Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) erstellt. Ebenfalls neu eingestellt ist der Musterhygieneplan 2020 von DAHZ und BZÄK. Auch eine Vergleichsfasung der vorgenommenen Änderungen steht bereit, damit vorhandene Pläne in der Praxis aktualisiert werden können.

www.bzaek.de/berufsausuebung/hygiene/hygieneplan-und-leitfaden.html

GOZ-COUNT UP

Zeit der Nichtanpassung des Punktwertes der Gebührenordnung für Zahnärzte aktuell: 31 Jahre und 3 Monate.

PATIENTENINFORMATION ZUR FLUORIDIERUNG ÜBERARBEITET

Die gemeinsame Patienteninformation „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ von Bundeszahnärztekammer und Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde überarbeitet. BZÄK und DGZMK machen darin auf die Bedeutung einer regelmäßigen Fluoridierung der Zähne zur Kariesprävention aufmerksam.

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pati/bzaekdgzmk/2_01_fluoridierung.pdf ■

_____ Quelle: BZÄK Klartext 04/2020

„Corona-Hygiene-Pauschale“

BERECHNUNG BEI PRIVATPATIENTEN UND BEI PRIVATLEISTUNGEN FÜR GKV-PATIENTEN MÖGLICH

Das Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Verband Privater Krankenversicherung (PKV) und Beihilfestellen von Bund und Ländern hat zu den aktuell gestiegenen Hygienekosten einen Beschluss (der jüngste von bisher insgesamt 34) gefasst, wonach eine „Corona-Hygiene-Pauschale“ von 14,23 Euro bei jeder Behandlungssitzung eines Privatpatienten berechnet werden kann. Diese Pauschale gilt für Behandlungen seit dem 08.04.2020 und ist zunächst befristet bis zum 31.07.2020. Sie gilt auch für GKV-Patienten, die Privatleistungen in Anspruch nehmen, wenn weitere Voraussetzungen (siehe unter a) und b)) erfüllt sind. Bei reinen Selbstzahlerpatienten (Patienten ohne Versicherungsschutz) ist eine entsprechende Vereinbarung unbedingt empfehlenswert.

Diese Art von Pauschalen sind aktuell auch in anderen Dienstleistungsbetrieben, wie z.B. bei den Friseuren, die strenge Auflagen ihrer Berufsgenossenschaften einzuhalten haben, üblich und werden von deren Kunden auch bereitwillig gezahlt.

Für die vom Beratungsforum beschlossene „Corona-Hygiene-Pauschale“ wird auf Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und hier speziell auf Bildung einer „Analoggebühr“ zurückgegriffen. Laut § 6 Abs. 1 GOZ steht die sogenannte Analogberechnung eigentlich nur für zahnärztliche Leistungen zur Verfügung, nicht jedoch für einen besonderen Material- oder Hygieneaufwand bei der Leistungserbringung. Als schnelle pragmatische Lösung für alle Beteiligten hat sich das Beratungsforum dennoch auf den Ansatz einer konkreten „Analoggebühr“ mit einem festgelegten Steigerungssatz von 2,3 (auch bei im Basistarif versicherten Patienten) verständigt.

Dementsprechend kann ein erhöhter Hygieneaufwand dann jedoch nicht gleichzeitig ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 GOZ für parallel in der Behandlungssitzung erbrachte zahnärztliche Leistungen darstellen.

Berechnung:

Region	Geb.-Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Betrag (€)
	3010a	Erhöhter Hygieneaufwand entsprechend Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	1	2,3	14,23

Privatleistungen für GKV-Versicherte mit Zusatzversicherung

Diese Pauschale kann – wie die FAQ auf der Seite der BZÄK zeigen – als Ergebnis einer Nachverhandlung im Beratungsforum auch bei Privatleistungen für GKV-Patienten zur Abrechnung kommen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Es besteht Anspruch auf Kostenerstattung durch eine private Zusatzversicherung (hier können tarifliche Leistungsbegrenzungen wie Erstattungsobergrenzen oder Zahnstaffelregelungen einer Erstattung entgegenstehen)

UND

b) Der erhöhte Hygieneaufwand wird nicht durch eine gesonderte Vergütung bzw. kostenlose Bereitstellung von Hygienematerialien der GKV abgedeckt (keine Doppelberechnung).

Wenngleich diese Festlegungen in der Praxis durchaus Gewicht haben, sind sie für sich genommen nicht rechtsverbindlich. Hierauf sollten die Patienten vor Berechnung der Pauschale vorsichtshalber hingewiesen werden.

Erstattung durch Beihilfestellen

Im Abschnitt zur Bundesbeihilfeverordnung des Gemeinsamen Ministerialblatts vom 27.04.2020 wird der Beschluss des Beratungsforums aufgeführt, so dass bei der Erstattung durch Beihilfestellen in der Praxis keine Probleme entstehen sollten. Gleiches gilt für Beamte des Landes Niedersachsen. Seit kurzem ist durch Runderlass vorgegeben, dass der Beschluss Nr. 34 des Beratungsforums von den Beihilfestellen bei der Erstattung zu berücksichtigen ist.

Diese sowie weitergehende Informationen finden Sie u. a. auf dieser Seite der BZÄK:

<https://www.bzaek.de/goz/informationen-zur-go.html> ■

Silke Lange

Referentin für privates Gebührenrecht im ZKN-Vorstand

Anmerkung der Abteilung Recht und Zulassung der KZVN:

Die Corona-Hygiene-Pauschale darf nicht abgerechnet werden bei gesetzlich versicherten Patienten (GKV-Patienten), die keine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben.

Häusliches chemisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis

Prof. Dr. Thorsten Auschill, Dr. Sonja Sälzer, Prof. Dr. Nicole Arweiler



Die wichtigste Prophylaxestrategie in der Prävention der Gingivitis ist die regelmäßige und vollständige mechanische Entfernung des dentalen Biofilms. Allerdings wird in der Praxis mit mechanischen Mundhygienemaßnahmen häufig nicht das erforderliche Niveau erreicht. Hier können chemische Hilfsmittel die häusliche Mundhygiene ergänzen. Die neue Leitlinie gibt eine Entscheidungshilfe zur Verwendung von Mundspüllösungen in der Prävention und Therapie gingivaler Erkrankungen.

Einleitung

Durch den dentalen Biofilm (dentale Plaque) verursachte parodontale Erkrankungen zeichnen sich durch entzündliche Veränderungen der Gingiva sowie des gesamten Zahnhalteapparats aus. In der ersten, reversiblen Phase kommt es durch den an den Zähnen und am Zahnfleischsaum anhaftenden mikrobiellen Biofilm zu einer Entzündung der Gingiva, die sich klinisch durch Rötung, Schwellung sowie eine erhöhte Blutungsneigung auszeichnet [Löe et al., 1965]. Die Gingivitis stellt eine reversible Entzündung dar, kann bei Nicht-Behandlung zu einer Parodontitis und daraus resultierend zu Zahnverlust führen [Chapple et al., 2015].

Fotos: Prof. Dr. T. Auschill



Abb. 1: Dentale Biofilme sind die primäre Ursache für entzündliche Parodontalerkrankungen.

Nicht bei allen Patienten schreitet die Gingivitis zu einer Parodontitis fort. Ihre Entwicklung ist anteilig durch genetische Prädisposition sowie signifikant von „Lifestyle“-Faktoren wie Rauchen, Typ-2-Diabetes, Ernährung und Stress bestimmt [Chapple et al., 2015], was als „unbalancierte“ Immunantwort zusammengefasst werden kann. Bei der Parodontitis handelt es sich um eine irreversible Entzündung des den Zahn umgebenden Zahnhalteapparats, bestehend aus Zement, parodontalem Ligament und Alveolarknochen, die im weiteren Verlauf zum Verlust des betroffenen Zahnes führen kann [Kinane & Attström, 2005]. Der dentale Biofilm gilt somit als die Grundvoraussetzung beider Erkrankungen und die gingivale Entzündung (Gingivitis) als der Hauptrisikofaktor für die Parodontitis [Chapple et al., 2015]. Eine mangelhafte Mundhygiene hat einen hohen Einfluss auf die Etablierung der Gingivitis wie auch der Parodontitis [Abdellatif & Burt, 1987] (Abbildung 1). Sowohl die wissenschaftliche als auch die klinische Evidenz sprechen für die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene zur Vermeidung von parodontalen Erkrankungen und Zahnhartsubstanzdefekten. Dennoch weisen entzündliche parodontale Erkrankungen eine hohe Prävalenz auf [Jordan & Micheelis, 2016]. In Deutschland liegt der Anteil der Menschen mit moderater und schwerer Parodontitis in der Altersgruppe der jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-jährige) bei circa 52 Prozent und in der Altersgruppe der Senioren (65- bis 74-jährige) bei circa 65 Prozent. Die Autoren der DMS V resümieren, dass die Zahl der Parodontalerkrankten rückläufig ist (Vergleich DMS IV zu DMS V), in Zukunft aber aufgrund der demografischen Entwicklung und der Verlagerung chronischer Munderkrankungen in ein höheres Lebensalter mit einem steigenden Behandlungsbedarf zu rechnen ist [Jordan & Micheelis, 2016].

Zur Vermeidung und/oder zur Therapie beider Krankheitsbilder ist somit die Etablierung einer adäquaten Mundhygiene zwingend notwendig [Axelsson et al., 2004; van der Weijden & Slot, 2011]. Die wichtigste Prophylaxestrategie ist die regelmäßige und möglichst vollständige Entfernung

des dentalen Biofilms. Somit ist eine erfolgreiche Behandlung parodontaler Erkrankungen unabhängig von der Immunlage nur im Zusammenhang mit einem weitgehend plaquefrei gehaltenen Gebiss möglich und setzt eine sehr gute Mundhygiene des Patienten voraus [Lindhe & Nyman, 1975].

Dem mechanischen Management des mikrobiellen Biofilms durch die Zahnbürste und interdentalen Hilfsmittel kommt hierbei die Hauptrolle der Mundhygiene zu [Berchier et al., 2008; DG-PARO-Leitlinie „Häusliches mechanisches Biofilmmanagement in der Prävention parodontaler Erkrankungen“, 2018]. Allerdings kann aus den epidemiologischen Daten abgelesen werden, dass mit mechanischen Mundhygienemaßnahmen häufig nicht das Niveau erreicht wird, das notwendig ist, um die parodontalen Erkrankungen zu vermeiden und/oder zu therapieren [van der Weijden & Slot, 2011; Marsh, 1992; Arweiler et al., 2018; van der Weijden et al., 2015; Serrano et al., 2015].

Das vornehmliche Ziel des chemischen Biofilmmanagements ist die zusätzliche Anwendung antimikrobieller Wirkstoffe zur Hemmung oder Vorbeugung der dentalen Biofilmbildung – und damit die Prophylaxe oder Bekämpfung der Entzündung der Gingiva. Der Einsatz von chemischen Hilfsmitteln kann beispielsweise in Form von antibakteriellen Mundspüllösungen als Ergänzung zum mechanischen Biofilmmanagement oder auch in bestimmten Fällen als Ersatz für die Hemmung der Plaqueneubildung erfolgen. Definiert werden solche chemischen Plaquehemmer oder Anti-Plaque-Wirkstoffe als Agenzien zur lokalen Anwendung von Wirkstoffen mit dem Ziel der Plaquehemmung und damit der Prophylaxe von Karies und Gingivitis.

Die effektivsten Wirkstoffe zum chemischen Biofilmmanagement sind Wirkstoffe, deren Aktivität in erster Linie gegen die bakterielle Plaque, aber indirekt auch gegen gingivale Entzündungen und Zahnsteinbildung gerichtet ist [Heasman & Seymour, 1994]. Die Effektivität solcher Zusätze wird maßgeblich von dem antibakteriellen Potenzial und der Verweildauer des Wirkstoffs im Mund bestimmt [Goodson, 1989]. Im Rahmen der Applikation ist der direkte Kontakt des Wirkstoffs in Mundspüllösungen am Wirkungsort auf die kurze Zeit der Spülung im Mund beschränkt [Guggenheim, 1990]. Anschließend bewirkt der Speichelfluss einen schnellen Abtransport der Wirkstoffe. Eine hohe Substantivität, das heißt, eine verlängerte aktive Wirkung einer chemischen Substanz über die Spülzeit hinaus, verbessert die Effektivität eines Wirkstoffs in der Mundhöhle und stellt neben der direkten Abtötung der Mikroorganismen die wichtigste Einflussgröße für die unterschiedliche Wirksamkeit der einzelnen Wirkstoffe dar. Manche Wirkstoffe besitzen – zumeist durch ihre Ladung und gute Anlagerung an orale Strukturen – eine eigene Substantivität oder sie werden in ihrer Wirkung durch Zusatzstoffe oder Wirkstoffkombinationen erhöht.

Die Kombination aus klinischer Wirksamkeit und Substantivität in der Mundhöhle ergibt dann Agenzien beziehungsweise Produkte, die nicht nur in vitro einen Effekt haben, sondern dem Management von Plaque und Gingivitis dienen. Neben der Gingivitis-reduzierenden und Plaque-hemmenden Wirkung ist für den Verbraucher zusätzlich ein frischer, guter Geschmack der Mundspüllösung von Bedeutung. Aus medizinischer Sicht sollten nur solche Wirkstoffe angewandt werden, bei denen systemische Nebenwirkungen, Toxizität, Resistenzbildung und allergische Reaktionen ausgeschlossen sind.

Ziel der Leitlinie

Da der Gingivitis-Prävention und -Therapie damit sowohl für den Erhalt der parodontalen Gesundheit als auch des parodontalen Gewebes eine primäre und entscheidende Aufgabe zukommt [Addy & Moran, 1997], ist das Ziel der Leitlinie, den Anwendern eine Entscheidungshilfe zur Prävention und Therapie gingivaler Erkrankungen mittels Mundspüllösungen zu geben. Hierfür wurde die klinische Wirksamkeit der zusätzlichen Anwendung von Mundspüllösungen (chemische Biofilmkontrolle) im Vergleich zur reinen mechanischen Plaquekontrolle oder mechanischer Plaquekontrolle mit zusätzlicher Anwendung einer Placebo- oder Kontroll-Mundspüllösung bewertet.

Methodik

Diese Leitlinie entspricht den Richtlinien von PRISMA [2014] zur Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten. Es wurde untersucht, welchen Effekt bei Patienten mit und ohne Gingivitis das chemische Biofilmmanagement durch eine Mundspüllösung in Kombination mit mechanischer Mundhygiene im Vergleich zur reinen mechanischen Mundhygiene oder zur Reinigung in Kombination mit einer Placebo-/Kontrollspüllösung während eines Beobachtungszeitraums von mindestens sechs Monaten in Bezug auf gingivale Parameter und Plaque-Parameter hat (PICO-Frage).

Die wichtigsten Empfehlungen

1. Was stellt die Basis zur Prophylaxe und Therapie parodontaler Erkrankungen dar?

Die Basis der Prophylaxe und Therapie parodontaler Erkrankungen ist die sorgfältige mechanische Mundhygiene, die neben dem Zähneputzen mit einer Form der Interdentalreinigung ergänzt werden muss (siehe Leitlinie „Häusliches mechanisches Biofilmmanagement“*). Das primäre Ziel der zusätzlichen Anwendung einer antimikrobiellen Mundspüllösung ist, den Erfolg der mechanischen Mundhygiene zu verbessern, indem zum einen eine Plaquereduktion und damit eine Prophylaxe der Gingivitis erreicht wird und zum anderen die Ausheilung einer bestehenden Gingivitis (Gingivitisreduktion). Dabei sollten lokale Kofaktoren (zum Beispiel Zahnfehlstellungen), ►

*Links: <https://t1p.de/S3leitlinie> (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-022I_S3_Hauesliches-mechanisches-Biofilmmanagement-Praevension-Therapie-Gingivitis_2018-11.pdf)



Abb. 2a und 2b: Antibakterielle Mundspüllösungen können als Adjuvans zum mechanischen Biofilmmangement zur Ausheilung einer Gingivitis beitragen.

► aber auch reduzierte motorische und mentale Fähigkeiten (zum Beispiel bei Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf und eingeschränkter Alltagskompetenz) berücksichtigt werden. Die Korrelation zwischen Plaque und Entzündung, das heißt, die Neigung, eine Gingivitis zu entwickeln, kann individuell sehr unterschiedlich sein.

2. Sollten zusätzlich zur mechanischen Mundhygiene Mundspüllösungen zur Prophylaxe der Gingivitis empfohlen werden?

Die zusätzliche Anwendung chemisch antimikrobieller Wirkstoffe in Mundspüllösungen als Ergänzung zur mechanischen Reinigung kann zu einer Reduktion des dentalen Biofilms und damit zur Prophylaxe der Gingivitis empfohlen werden. Die eingeschlossenen Metaanalysen konnten im Vergleich zur alleinigen mechanischen Reinigung einen zusätzlichen Effekt von antimikrobiellen Mundspüllösungen auf die Reduktion von Plaque zeigen. Hervorzuheben ist, dass diese sich ausschließlich auf Patienten mit Gingivitis bezogen. Da eine Plaquereduktion mit der Vorbeugung einer Gingivitis in direktem Zusammenhang steht, wurden diese Daten dann auf parodontal Gesunde übertragen. Bezüglich der Datenlage gab es dafür lediglich eine indirekte Evidenz und der Evidenzgrad wurde abgestuft. Beim Vergleich der verschiedenen Wirkstoffe stellten sich die Effekte jedoch in unterschiedlicher Größe dar. Die größten Effekte konnten durch Mundspüllösungen, die ätherische Öle oder Chlorhexidin enthielten, erzielt werden, wobei nicht zwischen spezifischen Formulierungen/Produkten und Konzentrationen unterschieden wurde [Haas et al., 2016; Haps et al., 2008; James et al., 2017; Serrano et al., 2015; Van Leeuwen et al., 2014].

3. Sollten zusätzlich zur mechanischen Mundhygiene Mundspüllösungen zur Therapie der Gingivitis empfohlen werden?

Die antimikrobiellen Mundspüllösungen mit den Wirkstoffen Aminfluorid/Zinnfluorid, Ätherische Öle, Cetylpyridiniumchlorid, Chlorhexidin sowie Triclosan/Copolymer zeigten in den eingeschlossenen Metaanalysen einen statistisch signifikanten Effekt im Vergleich zur alleinigen mechanischen Reinigung auf die Reduktion von Gingivitis. Beim Vergleich der verschiedenen Wirkstoffe stellten sich die Effekte jedoch in unterschiedlicher Größe dar.

Ein hoher Evidenzgrad und die größten Effekte konnten durch Mundspüllösungen, die ätherische Öle, Chlorhexidin oder Triclosan/Copolymer enthielten, erzielt werden. Die zusätzliche Anwendung dieser antimikrobiellen Wirkstoffe soll als Ergänzung zur mechanischen Reinigung zu einer Reduktion der Gingivitis empfohlen werden (Abbildungen 2a und b), wobei nicht zwischen spezifischen Formulierungen/Produkten und Konzentrationen unterschieden wurde und somit eine Aussage hierzu auf Basis der die Einschlusskriterien erfüllenden Studien nicht möglich ist. Die zusätzliche Anwendung der chemisch antimikrobiellen Wirkstoffe „Aminfluorid/Zinnfluorid“ und „Cetylpyridiniumchlorid“ kann als Ergänzung zur mechanischen Reinigung zu einer Reduktion der Gingivitis ebenfalls empfohlen werden, hier zeigte sich ein moderater Evidenzgrad. Auch hier ist eine Aussage zu spezifischen Formulierungen beziehungsweise Konzentrationen auf Basis der die Einschlusskriterien erfüllenden Studien nicht möglich [Haas et al., 2016; Haps et al., 2008; James et al., 2017; Serrano et al., 2015; Van Leeuwen et al., 2014].



Abb. 3a, 3b, 3c: Indiziert sind antibakterielle Mundspüllösungen als kurzfristige alleinige Maßnahme, wenn ein mechanisches Biofilmmangement nicht durchgeführt werden kann/soll.

4. Wie sollten Mundspüllösungen im Alltag Anwendung finden?

In Situationen, bei denen kurzfristig (etwa zwei bis vier Wochen) eine hohe Keimzahlreduktion als alleinige Maßnahme notwendig ist, wenn ein mechanisches Biofilmmangement nicht möglich oder indiziert ist, sollten antimikrobielle Mundspüllösungen angewendet werden. Hier sollte auf chlorhexidinhaltige Spüllösungen $\geq 0,1$ Prozent zurückgegriffen werden (Abbildung 3) [Arweiler et al., 2018; Haas et al., 2016; Haps et al., 2008; James et al., 2017; Serrano et al., 2015; Van Leeuwen et al., 2014]. Abgesehen von der kurzfristigen Situation kann bei folgenden Risikogruppen die Anwendung antimikrobieller Mundspüllösungen als Ergänzung ihrer täglichen mechanischen Mundhygiene-Maßnahmen zur Prävention der Gingivitis erfolgen: Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf und eingeschränkter Alltagskompetenz (zum Beispiel Pflegebedürftige/Abbildung 4a), Patienten mit körperlichen oder mit geistigen Einschränkungen, die kein effektives mechanisches Biofilmmangement erreichen können, unter besonderer Medikation stehende Patienten (zum Beispiel bei/nach Chemotherapie und/oder Bestrahlung), Patienten mit mechanisch so schwer zugänglichen Bereichen, dass kein effektives mechanisches Biofilmmangement möglich ist (Abbildung 4b).

Hier können Formulierungen mit Aminfluorid/Zinnfluorid, ätherischen Ölen, Cetylpyridiniumchlorid, Chlorhexidin $< 0,1$ Prozent (0,06%) empfohlen werden. Je nach individueller Situation kann eine lokale Applikation der Mundspüllösung (zum Beispiel mit Interdentalbürste) in Erwägung gezogen werden [Storhaug, 1977; Arweiler et al., 2018].

Fazit

Die Leitlinie verdeutlicht, dass in bestimmten Situationen der Einsatz von häuslichem chemischem Biofilmmangement zur Prävention und Therapie der Gingivitis sinnvoll



Abb. 4a und 4b: Indiziert sind antibakterielle Mundspüllösungen als langfristige zusätzliche Maßnahme, wenn ein mechanisches Biofilmmangement nur unzureichend durchgeführt werden kann.

und indiziert ist. Nebenwirkungen bei der Anwendung, Kontraindikationen, Kosten sowie Zulassungsbestimmungen und Umweltfaktoren sollen bei der Wahl des Wirkstoffs und des Produkts berücksichtigt werden.

Die Leitlinie „Häusliches mechanisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis“ kann über die Websites der DG PARO (www.dgparo.de), der DGZMK (www.dgzmk.de) und der AWMF (www.awmf.org) im Volltext frei heruntergeladen werden. ■

Prof. Dr. Thorsten Ausschill, MBA, Prof. Dr. Nicole B. Arweiler
Klinik für Parodontologie und Peri-Implantäre Erkrankungen,
Philipps-Universität Marburg, KGM

Dr. Sonja Sälzer
Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de oder www.online-dzz.de abgerufen werden.

— Mit freundlicher Genehmigung der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm); Erstpublikation in zm 2019, 109, Nr. 3, S. 50–53 und des Deutschen Ärzteverlags (Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 138–142)



PROF. DR. THORSTEN AUSCHILL, MBA

Klinik für Parodontologie und Peri-Implantäre Erkrankungen,
Philipps-Universität Marburg, UKGM,
Georg-Voigt-Straße 3, 35039 Marburg
ausschill@med.uni-marburg.de



PROF. DR. NICOLE B. ARWEILER

Klinik für Parodontologie und Peri-Implantäre Erkrankungen,
Philipps-Universität Marburg, UKGM,
Georg-Voigt-Straße 3, 35039 Marburg
arweiler@med.uni-marburg.de



DR. SONJA SÄLZER

Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel

Häusliches mechanisches Biofilmmangement in der Prävention parodontaler Erkrankungen

PD Dr. Christian Graetz, PD Dr. Karim Fawzy El-Sayed, Dr. Sonja Sälzer, Prof. Dr. Christof E. Dörfer

Die regelmäßige mechanische Entfernung des mikrobiellen Biofilms durch die häusliche Mundhygiene ist nach wie vor die zentrale Prophylaxemaßnahme, die der Patient selbst leisten kann. Mit der vorliegenden Leitlinie hat die DG PARO einen evidenz- und konsensbasierten Empfehlungskatalog vorgelegt, in dem das Potenzial und die Besonderheiten verschiedener häuslicher Hilfsmittel zur Prävention parodontaler Erkrankungen zusammengefasst werden. Ein Überblick über die wichtigsten Empfehlungen.

Einleitung und Zielsetzung

Ein lebenslanger Erhalt der natürlichen Zähne ist bei entsprechender Gesundheit des Individuums, der Zahnhartsubstanz und des Zahnhalteapparats möglich. Kommt es jedoch zu einer Verschiebung der Ökologie der Mundhöhle, speziell im Verhältnis von oralem mikrobiellem Biofilm (dentale Plaque) und der Körperabwehr, können sich Karies, Gingivitis und gegebenenfalls Parodontitis entwickeln [Löe et al., 1965; Von der Fehr et al., 1970]. Nach dem heutigen Verständnis dienen Prävention und

Therapie der Gingivitis auch der Prävention der Parodontitis [Sanz et al., 2015]. Die derzeitige Strategie für die Prävention und für die Therapie der Parodontalerkrankungen setzt daher nach wie vor auf die regelmäßige mechanische Entfernung des mikrobiellen Biofilms und seiner mineralisierten Folgeerscheinungen. Dabei ist ein wesentliches Ziel vor allem der häuslichen mechanischen Biofilmmkontrolle, das physiologische Gleichgewicht der Mundhöhle zu erhalten beziehungsweise wiederherzustellen (Abb. 1). Dieses Gleichgewicht manifestiert sich im Fehlen klinischer Entzündungszeichen. Durch die häusliche mechanische Reinigung unter Alltagsbedingungen ist die Entfernung aller mikrobiellen Biofilme nur eingeschränkt möglich. Selbst bei gut motivierten und geschickten Anwendern scheint dies aufgrund diverser morphologischer Gegebenheiten wie Zahnengständen oder Wurzeleinziehungen [Dörfer et al., 2000] sowie durch Limitationen der verfügbaren Hilfsmittel illusorisch. Allerdings korreliert die Putzdauer mit dem Grad der Biofilmentfernung, und eine zu kurze Putzdauer wird als Hauptgrund für eine unzureichende Reinigung beschrieben [Van der Weijden et al., 1993; Van der Weijden et al., 1996; Slot et al., 2012]. Aus klinischer Sicht ist jede Reduktion des mikrobiellen Biofilms wünschenswert, denn sie senkt die potenziell infektiöse Last und reduziert das Risiko für chronische Entzündungen des Zahnhalteapparats [Kepic et al., 1990] (Abb. 1). Über Nutzen und Notwendigkeit der häuslichen Mundhygiene besteht daher Einigkeit, das Ergebnis der häuslichen mechanischen Biofilmmkontrolle ist jedoch verbesserungsfähig [Harnacke et al., 2012]. Schließlich wird durchschnittlich sowohl mithilfe elektrischer Zahnbürsten als auch mit Handzahnbürsten nicht einmal die Hälfte des Biofilms entfernt [Slot et al., 2012; Rosema et al., 2016], und eine Optimierung mittels effizienter Motivation und Instruktion der Anwender ist schwierig [Weinstein et al., 1989; Zimmer et al., 2001; Harnacke et al., 2012; Deinzer et al., 2012; Harnacke et al., 2016; Graetz et al., 2013]. Zum einen müssen die Wirksamkeit und die Anwendbarkeit der vielen verfügbaren Hilfsmittel, zum anderen aber auch vor allem

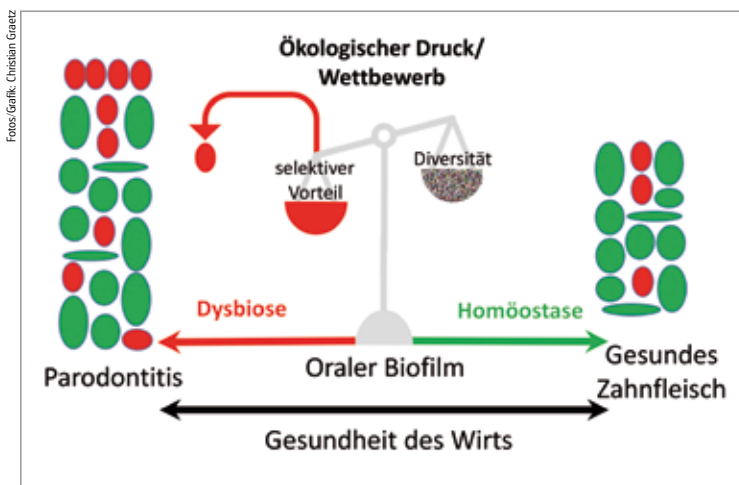


Abb. 1: Vereinfachte Darstellung des Wechselspiels zwischen Wirtsgesundheit und oralem Biofilm [Kilian et al., 2016] mit den entsprechenden Folgen für die parodontale Gesundheit

persönliche Neigungen der Anwender berücksichtigt werden. Gezielte Empfehlungen sind notwendig, um bei der Vielzahl der erhältlichen Hilfsmittel zum häuslichen mechanischen Biofilmmangement die Auswahl besser treffen zu können und mögliche Besonderheiten sowie unerwünschte Nebenwirkungen zusammenzufassen. Daher gibt die Leitlinie wissenschaftlich gestützte Empfehlungen für eine individuell zugeschnittene häusliche Prävention Biofilm-assoziiierter Erkrankungen, speziell Gingivitis und Parodontitis. Spezifische Aussagen zur Kariesprophylaxe entfallen, da diese bereits in der Leitlinie „Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen“* beschrieben sind.

Fünf Schlüsselfragen sowie die Empfehlungen

1. Wie ist die Reinigungseffektivität der elektrischen Zahnbürste im Vergleich zur Handzahnbürste?

Zunächst wird dem Anwender unabhängig von der verwendeten Zahnbürste evidenzbasiert empfohlen, eine Bürstdauer von mindestens zwei Minuten einzuhalten [Slot et al., 2012; Rosema et al., 2016]. Eine Anweisung für eine exakte Zeitdauer des Zähneputzens sollte aber nicht das entscheidende Augenmerk im Rahmen des Mundhygienetrainings sein. Wichtiger ist eine sich wiederholende Systematik in der täglichen Routine und eine habituell vollständige Reinigung auch der schwerer zu erreichenden Areale. Elektrische Zahnbürsten, insbesondere mit oszillierend-rotierender Bewegungscharakteristik, zeigen gegenüber Handzahnbürsten eine statistisch signifikante, aber nur geringfügig größere Reduktion von Gingivitis. Somit kann Anwendern mit Verbesserungsbedarf der Mundhygiene eine elektrische Zahnbürste empfohlen werden. Die Studienergebnisse verweisen jedoch auf eine große Variation der Effektivität, die primär durch den Bewegungsmodus beziehungsweise die Antriebstechnologie erklärt wird [Rosema et al., 2016; Sicilia et al., 2002; Grender et al., 2013; Klukowska et al., 2014; Nathoo et al., 2014; Yaacob et al., 2014; Gallob et al., 2015; Van der Weijden et al., 2015]. Aber auch bei elektrischen Zahnbürsten tragen die Putzdauer [Slot et al., 2012; Rosema et al., 2016] und die Art der Instruktion entscheidend zum Reinigungserfolg bei [Rosema et al., 2016].

2. Welche Effekte haben zusätzliche Hilfsmittel zur interdentalen Reinigung?

Alle zur Mundhöhle exponierten Zahnflächen sind mit einem mikrobiellen Biofilm besiedelt und müssen mechanisch gereinigt werden. Dies gelingt nicht allein mit der Zahnbürste [Sälzer et al., 2015], weil damit die im Zahnzwischenraum exponierten Zahnflächen nicht erreicht werden können. Dem Anwender werden deshalb Hilfsmittel zur Interdentalraumreinigung empfohlen, die hinsichtlich der Reduktion von Gingivitis im Interdentalraum einen wissen-








Abb. 2: Die Auswahl an häuslichen Mundhygienehilfsmitteln ist groß.

schaftlich nachweisbaren Zusatznutzen gegenüber dem Zähneputzen allein haben [Sälzer et al., 2015]. Priorisiert sollen Zwischenraumbürsten eingesetzt werden, da für diese gegenüber anderen Hilfsmitteln die höchste Evidenz besteht und diese die stärkste Gingivitisreduktion aufweisen. Trotzdem bleibt kritisch anzumerken, dass auch durch die ergänzende Anwendung der Interdentalraumbürsten nur eine eingeschränkte Steigerung der Effektivität im Vergleich zum alleinigen Zähneputzen von circa einem Drittel für die Gingivitis- und Biofilmparameter zu erwarten ist [Sälzer et al., 2015]. Nur wenn aufgrund der morphologischen Gegebenheiten deren Anwendung nicht möglich ist, soll auf andere Hilfsmittel, wie zum Beispiel Zahnseide, ausgewichen werden. Deshalb soll die Anwendung von Hilfsmitteln zur Interdentalreinigung immer individuell von zahnärztlichem Fachpersonal instruiert werden, da die Auswahl der Hilfsmittel (zum Beispiel Größe der Zwischenraumbürsten) auf die anatomischen Verhältnisse abgestimmt werden muss (Tabelle 1). Zur Beurteilung der Risiken bei Anwendung der Hilfsmittel zur Interdentalraumreinigung fand sich keine ausreichende Evidenz. Dies sollte zukünftig Forschungsgegenstand sein, insbesondere für neuartige Zwischenraumbürsten mit flexiblem Kunststoffkern (metallfrei ohne Drahtkern) und elastoforme Borsten (Tabelle 1), die eine bessere Akzeptanz im Vergleich zu allen bisherigen Hilfsmitteln in der Interdentalraumhygiene ermöglichen könnten [Abouassi et al., 2014].

3. Welche Effekte hat die zusätzliche Verwendung von Zahnpaste?

Auch wenn es für viele Anwender ungewöhnlich erscheinen mag, haben Zahnpasten keinen zusätzlichen Effekt bei der Reduktion von Gingivitis gegenüber dem Zähneputzen mit der Bürste allein. Aus Gründen der Akzeptanz und vor allem aus kariologischer Sicht soll dennoch eine fluoridhaltige Zahnpaste beim Zähneputzen verwendet werden [Van der Weijden et al., 2015; Geurtsen et al., 2016]. Aller- ►►

*Links: <https://t1p.de/S2kLeitlinie> (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-021k_S2k_Kariesprophylaxe_2017-03.pdf)

Interdentalraummorphologie	Hilfsmittel ergänzend der Zahnbürste	Vor-/Nachteile der zusätzlichen Hilfsmittel	
Gingivitis und/oder parodontale Rezession	Ultrafeine Interdentalraumbürsten oder solche mit flexiblem Kunststoffkern („wireless“) und elastoformen Borsten (nur geringe Evidenz vorhanden)	(+) effektiv, auch in Wurzeleinziehungen, (+) vergleichsweise einfache Handhabung, (-) bei sehr engen Zwischenräumen nicht möglich, (-) Traumatisierungspotential	
	Zahnseide	(+) effektiv bei korrektem Einsatz, (-) schwierige Anwendung (-) Traumatisierungspotential, (-) keine Reinigung von Wurzeleinziehungen	
Erste parodontale Veränderungen z.B. durch subgingivale Füllungs-ränder, bei überwiegend noch unveränderter Papillenhöhe	Durchmesseradaptierte Interdentalraumbürsten oder solche mit flexiblem Kunststoffkern („wireless“) und elastoformen Borsten (nur geringe Evidenz vorhanden)	(+) effektiv, auch in Wurzeleinziehungen, (+) vergleichsweise einfache Handhabung (+) vielfältig anwendbar (z.B. auch bei KFO) (-) Traumatisierungspotential (-) verwirrend große Vielzahl (z.B. zylindrisch, konisch oder dreieckige Form, dicker versus dünner Drahtkern)	
			
Offene Interdentalräume bei fortgeschrittener Parodontitis bzw. postoperativen Retraktionen der Gingiva, eingängige Furkationen, Zahnersatz mit Nischenbildung	Durchmesseradaptierte Interdentalraumbürsten		

Übersicht der zusätzlichen mechanischen Hilfsmittel zur Interdentalraumreinigung adaptiert entsprechend des Attachmentverlustes im Interdentalraum (modifizierte nach Erscheinen der Leitlinie).

► dings sollte darauf geachtet werden, dass bei exponierten Wurzeloberflächen keine höher abrasiven Zahnpasten angewendet werden.

4. Welche Besonderheiten müssen bei Implantaten beachtet werden?

Es bestand ein starker Konsens, dass auch bei dentalen Implantaten ein mechanisches Biofilmmangement zur Kontrolle periimplantärer Entzündungen erforderlich ist [Salvi und Ramseier, 2015]. Es gibt zwar Unterschiede in der Biofilmbesiedlung, einschließlich deren Folgen aufgrund der verschiedenen Materialeigenschaften zwischen Implantat- und natürlichen Zahnoberflächen [Salvi et al., 2015], es gibt aber zu wenig Studien, um abweichende Empfehlungen gegenüber natürlichen Zähnen formulieren zu können. Daher sind die Empfehlungen zum häuslichen mechanischen Biofilmmangement analog zu denen für natürliche Zähne, und es wird davon ausgegangen, dass diese gleichermaßen gut und sicher für alle Weichgewebe, einschließlich der periimplantären, sind.

5. Welche unerwünschten Nebeneffekte kann das häusliche mechanische Biofilmmangement haben?

Unterschieden werden müssen zwei unterschiedliche negative Folgen der mechanischen häuslichen Mundhygiene [Rajapakse et al., 2007; Van der Weijden et al., 2011; Frazelle und Munro, 2012; Oliveira et al., 2014]. Dies sind zum einen mögliche Schäden an Zahnhartsubstanzen und umgebenden Weichgeweben in der Mundhöhle und zum zweiten körperliche Schäden wie eine Bakteriämie

oder das Verschlucken/Aspirieren von Hilfsmitteln. Dabei sind Traumatisierungen durch eine falsche Anwendung der bis hier genannten Hilfsmittel zum häuslichen Biofilmmangement selten und in der Regel lokalisiert. Ohne konkrete Hinweise auf das Vorliegen eines traumatisierenden Mundhygieneverhaltens soll von der Verwendung der Hilfsmittel nicht abgeraten werden. Der Expertenkonsens war stark, dass aber gerade deshalb auf frühe Traumatisierungszeichen besonders geachtet werden muss und diese nicht leichtfertig übersehen werden dürfen. Hierzu gehört auch, dass gerade bei der Reinigung mit Zwischenraumbürsten diese nicht zusätzlich mit Zahnpasten beschickt werden [Dörfer et al., 2010]. Neben diesen mechanischen Folgen kann es in Abhängigkeit des Entzündungszustands des Zahnhalteapparats auch im Zusammenhang mit dem häuslichen mechanischen Biofilmmangement zu Bakteriämien kommen. Da die Abstinenz dieser Maßnahmen zu einer Zunahme der klinischen Entzündung führt und damit das Bakteriämierisiko erheblich steigt, soll nicht auf ein adäquates häusliches mechanisches Biofilmmangement verzichtet werden.

6. Empfehlungen zur Instruktion und Motivation der häuslichen mechanischen Biofilmkontrolle inklusive Zungenreinigung

Besonderes Augenmerk soll bei der Instruktion auf die systematische Reinigung schwer zugänglicher Bereiche sowie des Gingivarandbereichs gelegt werden. Die Anleitung kann nur im Rahmen einer Instruktion/Motivation in der Praxis durchgeführt werden und bedingt eine

vorhergehende Untersuchung mit Befundaufnahme [Oliveira et al., 2014]. Das heißt, eine Instruktion sollte stets individualisiert und defizitorientiert unter Einbeziehung praktischer Übungen erfolgen [Deinzer et al., 2018; Newton und Asimakopoulou, 2015]. Dabei ist zu beachten, dass die in der Kindheit bereits erlernten Handlungsweisen im Umgang mit Zahnbürsten nicht radikal zugunsten einer vorgegebenen Bürsttechnik, sondern vorsichtig modifiziert werden [Muller-Bolla et al., 2013]. Es scheint ratsam, sofern nicht evidenzbasierte Gründe für ein bestimmtes Hilfsmittel bestehen, wie beispielsweise für Interdentalaumbürsten bei approximalen Wurzelkonkavitäten [Sälzer et al., 2015] (Tabelle 1), den Präferenzen des Patienten eine große Priorität in der Entscheidungsfindung zu geben. Für das Erreichen einer optimalen häuslichen Mundhygiene sind neben den Eigenschaften der Hilfsmittel in jedem Einzelfall die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Anwenders relevant. Diese sind altersabhängig [Muller-Bolla et al., 2013] und müssen unter Einbeziehung jeglicher Einschränkungen und Besonderheiten bedacht werden. Für viele weitere Hilfsmittel fehlt häufig die wissenschaftliche Evidenz. Eine Ausnahme bilden hier die Zungenreiniger, die zwar aufgrund der Suchkriterien in der systematischen Analyse keine Erwähnung fanden, aber für die Behandlung des Mundgeruchs klinisch relevant sind [Outhouse et al., 2006], weil dadurch die Biofilme auf der Zunge reduziert werden [Thakur und Stanhope, 1999]. Eine allgemeingültige Empfehlung kann aber aufgrund der schwachen Evidenz zu additiven Effekten durch die Nutzung von Zungenreinigern gegenüber der alleinigen Verwendung von Zahnbürsten nicht gegeben werden [Outhouse et al., 2006; Slot et al., 2015]. Weitere Effekte, wie karies- oder parodontitispräventive Wirkungen, sind ebenso wenig eindeutig nachweisbar.

Trotzdem empfehlen die Autoren analog dem europäischen Konsensusbericht von 2015 zur Prophylaxe von Gingivitis und Parodontitis [Sanz et al., 2015], die Zungenreinigung bei diagnostizierter oraler Halitosis mit einem für den Anwender möglichst angenehmen und keinen Würgereiz verursachenden Zungenreiniger. Eine professionell durchgeführte Instruktion und Motivation sollte immer das Krankheitsverständnis des Patienten verbessern und seine Behandlungsbereitschaft fördern – Schuldzuweisungen und Pauschalaussagen sind in jedem Fall fehl am Platz. Die Leitlinie „Häusliches mechanisches Biofilmmangement in der Prävention parodontaler Erkrankungen“ kann über die Websites der DG PARO (www.dgparo.de), der DGZMK (www.dgzmk.de) und der AWMF (www.awmf.org) im Volltext frei heruntergeladen werden. ■

PD Dr. Christian Graetz, PD Dr. Karim Fawzy El-Sayed,
Dr. Sonja Sälzer, Prof. Dr. Christof Dörfer
Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de oder www.online-dzz.de abgerufen werden.

— Mit freundlicher Genehmigung der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm); Erstpublikation in zm 2019, 109, Nr. 3, S. 46–49 und Deutschen Ärzteverlags (Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 134–137



PD DR. CHRISTIAN GRAETZ
Klinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
am Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel
graetz@konspar.uni-kiel.de



PD DR. KARIM FAWZY EL-SAYED
Klinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
am Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel



DR. SONJA SÄLZER
Klinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
am Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel



PROF. DR. CHRISTOF DÖRFER
Klinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
am Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel

Fotos: privat

Minimalinvasiv einmal anders: Vermeiden von Kronen und Teilkronen mit großen Kompositfüllungen in Grenzsituationen

LANGZEITBEOBACHTUNG EINES KLINISCHEN FALLS ÜBER 18 JAHRE

Prof. Dr. Jürgen Manhart

Zusammenfassung:

Direkte Kompositfüllungen haben sich in geeigneten Fällen als Alternative zu Metall- und Keramikrestaurationen im kaulastragenden Seitenzahnbereich etabliert. Voraussetzung für den langfristigen klinischen Erfolg ist neben der korrekten Verarbeitung eine indikationsgerechte Anwendung des Füllungswerkstoffes. Insbesondere bei der Versorgung großvolumiger Defekte wird der Behandler oft mit Einschränkungen in der klinischen Applikationstechnik aufgrund von Schwierigkeiten mit der Trockenlegung oder Matrizentechnik konfrontiert.

1. Einleitung

Zur zahnfarbenen Therapie von Läsionen im kaulastragenden Seitenzahnbereich, welche noch keiner vollständigen Überkronung bedürfen, stehen dem behandelnden Zahnarzt als langfristig klinisch erfolgreiche Alternativen plastische Kompositfüllungen, indirekte Kompositinlays bzw. -onlays und Keramikeinlagefüllungen zur Verfügung. Das Indikationsspektrum der direkten Komposite im Seitenzahnbereich hat sich vor allem in den letzten Jahren deutlich vergrößert. Während früher vor allem kleine bis mittelgroße Kavitäten, wenn möglich schmelzbegrenzt, mit direkten Kompositen therapiert wurden, hat sich durch die stetige Verbesserung der Kompositwerkstoffe und zugehöriger Adhäsivsysteme, sowie aus den positiven Erfahrungen von vielen klinischen Studien, die Möglichkeit ergeben, diese Indikationsgrenzen deutlich auszuweiten. Heutzutage werden Klasse-I- und -II-Defekte ohne explizite

Größenbegrenzung sowie ohne die Notwendigkeit einer zirkulären Schmelzbegrenzung, sogar inklusive des Ersatzes von einem oder mehreren Höckern [1-6], erfolgreich mit direkten Kompositversorgungen behandelt. Diese Indikationen sind wissenschaftlich durch die aktuelle S1-Leitlinie der DGZ und der DGZMK zu Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich aus dem Jahr 2016 (AWMF-Registernummer: 083-028) abgedeckt [6].

Allerdings sollte vor allem bei sehr ausgedehnten Defekten immer geprüft werden, ob im Einzelfall nicht eine indirekte Restauration (Keramik- bzw. Goldeinlagefüllung, Krone) aus Gründen der besseren Stabilisierung sehr geschwächter Restzahnsubstanzen, erschwerter Zugänglichkeit zum Behandlungsgebiet oder zu erwartender Probleme bei der Approximalkontaktgestaltung (korrekte Anwendung der Matrizentechnik nicht gewährleistet) den Vorzug erhalten sollte. Ist keine sichere Trockenlegung zu erreichen und besteht somit die Gefahr einer Kontamination von Kavitätenarealen mit Blut, Speichel oder Sulkusfluid, so ist von einer adhäsiven Versorgung gänzlich Abstand zu nehmen. Generell weisen adhäsive Restaurationen eine hohe Techniksensitivität auf [6]. Das gleiche Material zeigt bei unterschiedlichen Behandlern oft hochsignifikante Unterschiede in der Erfolgsbilanz [7, 8].

Der folgende klinische Fall stellt aufgrund der individuellen klinischen Voraussetzungen in Bezug auf die Kavitätengröße bzw. -ausdehnung eine Grenzindikation für direkte plastische Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich dar.



Abb. 1: Ausgangssituation: insuffiziente Füllungen an den Zähnen 24 bis 26 (Spiegelaufnahme). Nach Wurzelkanalbehandlung an den Prämolaren waren die Trepanationsöffnungen provisorisch mit Glasionomermertement verschlossen.



Abb. 2: Bestimmung der Zahnfarbe an feuchten Zähnen vor dem Anlegen von Kofferdam



Abb. 3: Situation nach Entfernung der alten Füllungen, Präparation der Kavitäten und Exkavation kariöser Zahnhartsubstanzanteile. An Zahn 25 war am Übergang vom mittleren zum okklusalen Drittel des palatinalen Höckers ein quer verlaufender Haarriss detekrierbar (siehe Pfeile).



Abb. 4: Abgrenzung der distal-approximalen Extension von Zahn 24 mit einer metallenen Teilmatrize. Phosphorsäuregel wird zuerst selektiv auf den Schmelz der Kavitätenränder aufgetragen.



Abb. 5: Nach 15 s wird auch der Dentinanteil der Kavität mit Ätzelgel aufgefüllt und es werden weitere 15 s konditioniert (total etch).



Abb. 6: Applikation eines „Etch&Rinse“-Adhäsivs mit einem Microbrush auf Schmelz und Dentin.

2. Klinischer Fall

Ausgangssituation

Eine zum Zeitpunkt der Erstkonsultation (Juli 2001) 35-jährige Patientin stellte sich in unserer Sprechstunde mit erneuerungsbedürftigen Amalgam- und Kompositfüllungen an den Zähnen 24 bis 26 vor (Abb. 1). Die beiden Prämolaren waren alio loco suffizient endodontisch behandelt und die Trepanationsöffnungen provisorisch mit Glasionomerelement verschlossen worden. Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich sämtliche Zähne nicht perkussionsempfindlich, bis auf die beiden wurzelkanalbehandelten Prämolaren reagierten alle anderen Zähne positiv auf die Sensibilitätsprüfung mit Kältespray.

Mit der Patientin wurden verschiedene Therapiealternativen diskutiert:

- ▶ Keramikinlay an Zahn 24, Keramikteilkrone an Zahn 25 und eine Goldteilkrone am ersten Molaren (alte Kompositfüllung distal ist deutlich subgingival extendiert)
- ▶ Keramikinlay an Zahn 24 und komplette Überkronung der Zähne 25 und 26 (ggfs. mit adhäsiv verankertem Wurzelkanalstift aus faserverstärktem Komposit an 25)
- ▶ Direkte plastische Kompositrestaurationen an allen Zähnen (Grenzindikation), allerdings nur unter der Voraussetzung eine kontaminationsfreie Arbeitsumgebung zu ermöglichen

Die Patientin entschied sich nach einer ausführlichen Beratung über die Vor- und Nachteile der einzelnen Therapiealternativen und die wirtschaftlichen Aspekte der unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen für eine Versorgung mit direkten plastischen Kompositfüllungen an den Zähnen 24 bis 26. Zum einen war es ihr ein Anliegen, eine Überkronung der Zähne zu vermeiden, zum anderen spielten auch die finanziellen Aspekte eine große Rolle in der Entscheidungsfindung.

Therapieabschnitt 1: Prämolaren 24 und 25

Die Auswahl der passenden Kompositfarbe erfolgte an feuchten Zähnen vor dem Anlegen von Kofferdam, da zum einen die reversible Aufhellung durch den Feuchtigkeitsverlust der Zähne und zum anderen der starke Kontrast durch den eingefärbten Spannungsgummi die Auswahl der passenden Farbe unmöglich machen würde (Abb. 2).

Anschließend wurden an den beiden Prämolaren die alten Füllungen entfernt und kariöse Zahnhartsubstanzanteile exkaviert. Nach dem abschließenden Finieren der beiden Kavitäten wurde Kofferdam zur Isolation des Behandlungsgebietes angelegt und mit Zahnseideligaturen dicht an die beiden Zähne adaptiert (Abb. 3). An Zahn 25 war am Übergang vom mittleren zum okklusalen Drittel des palatinalen Höckers bereits ein quer verlaufender Haarriss zu erkennen (siehe Pfeile in Abb. 3). Aufgrund der Defektgröße ist zumindest an Zahn 25 sicherlich eine Grenzindikation für eine direkte Kompositfüllung gegeben.

Nach Abgrenzung der Kavität an Zahn 24 distal mit einer vorkonturierten, metallenen Teilmatrize wurden die Zahnhartsubstanzen mit Phosphorsäure konditioniert. Die Säure wurde dabei erst zirkulär entlang der Schmelzränder aufgetragen (Abb. 4) und wirkte dort für ca. 15 s ein. Danach wurde zusätzlich das gesamte Dentin der Kavität mit Ätzelgel bedeckt (Abb. 5). Nach weiteren 15 s Einwirkzeit wurden die Säure und die damit aus der Zahnhartsubstanz herausgelösten Bestandteile gründlich mit dem Druckluft-Wasser-Spray für 20 s abgesprüht und anschließend überschüssiges Wasser vorsichtig mit Druckluft aus der Kavität verblasen. Dabei wurde darauf geachtet, die nach dem „Etch&Rinse“-Prinzip demineralisierte Dentinoberfläche nicht zu übertrocknen. Abbildung 6 zeigt die Applikation einer reichlichen Menge eines Haftvermittlers auf Schmelz und Dentin mit einem Microbrush. Nach 20 s Einwirkzeit wurde das Lösungsmittel mit trockener, ölfreier Druckluft vorsichtig verblasen und anschließend der Haft- ▶▶



Abb. 7: Nach vorsichtigem Verblasen des Lösungsmittels wird der Haftvermittler lichtpolymerisiert.



Abb. 8: Erste Schicht Komposit im Bereich der distalen Approximalfläche und Randleiste. Die Klasse-II-Kavität wird in eine „effektive Klasse-I-Kavität“ verwandelt.



Abb. 9: Situation der Kavität nach schichtweisem Füllen und Polymerisieren. Der palatinale Höcker ist bereits modelliert.



Abb. 10: Situation nach Fertigstellung der Okklusalfäche durch Aufbau des bukkalen Höckers.



Abb. 11: Die distale Approximalfläche wird ausgearbeitet, bevor mit der Restauration des zweiten Prämolaren begonnen wird.



Abb. 12: Die Kavität an Zahn 25 wird durch 2 Teilmatrizen abgegrenzt.



Abb. 13: Phosphorsäuregel wird zuerst selektiv auf den Schmelz der Kavitätenränder aufgetragen.



Abb. 14: Nach 15 s wird auch der Dentinanteil der Kavität mit Ätzgel aufgefüllt und es werden weitere 15 s konditioniert (total etch).



Abb. 15: Eine ausreichende Menge Adhäsiv wird mit einem Minibürstchen auf Schmelz und Dentin appliziert.



Abb. 16: Vorsichtiges Verblasen des Lösungsmittels aus dem Adhäsivsystem



Abb. 17: Lichtpolymerisation des Haftvermittlers für 10 s



Abb. 18: Die Mesial- und Distalfläche werden wiederum zuerst mit Komposit aufgebaut.



Abb. 19: Nach Abnahme der Matrizen wird die „effektive Klasse-I-Kavität“ weiter inkrementell aufgebaut.



Abb. 20: Fertig gefüllte Kavitäten nach Abnahme des Kofferdams und einer ersten Okklusionskontrolle



Abb. 21: Ausarbeitung der Fissuren und Fossae mit einem birnenförmigen Finierdiamanten

►► vermittler mit einer Polymerisationslampe ausgehärtet (Abb. 7). Es resultierte eine glänzende und überall gleichmäßig von Adhäsiv benetzte Kavitätenoberfläche. Dies sollte vor dem Einbringen des Restaurationsmaterials sorgfältig kontrolliert werden, da matt erscheinende Kavitätenareale ein Indiz dafür sind, dass nicht ausreichend Adhäsiv auf diese Stellen aufgetragen wurde. Im schlimmsten Fall könnte sich dies in einer verminderten Haftung der Füllung an diesen Arealen mit gleichzeitig beeinträchtigter Dentinversiegelung auswirken und, bei vitalen Zähnen, evtl. auch mit postoperativen Hypersensibilitäten einhergehen. Werden bei der visuellen Kontrolle derartige, nicht von Adhäsiv abgedeckte, matt aussehende Areale entdeckt, so wird dort korrigierend selektiv nochmals Haftvermittler aufgetragen, um die Adhäsivschicht zu optimieren.

Im nächsten Schritt wurde mit Kompositmasse die distale approximale Wand bis zur Randleistenhöhe aufgebaut und polymerisiert (Abb. 8). Nach dem Aufbau der distalen Approximalfläche wurde die ursprüngliche Klasse-II-Kavität in eine „effektive Klasse-I-Kavität“ umgewandelt. Nach dem Einbringen weiterer horizontaler Kompositinkremente bis auf Höhe des späteren Fissurenreliefs, welche jeweils separat lichtgehärtet wurden, erfolgte der Aufbau des palatinalen Höckers (Abb. 9). Nachfolgend wurde die okklusale Anatomie des Zahnes mit dem bukkalen Höcker komplettiert (Abb. 10). Die komplette Füllung wurde nur mit Kompositmasse einer einzigen Farbe und Transluzenz geschichtet.

Nach Ausarbeitung der distalen Approximalfläche des ersten Prämolaren (Abb. 11) wurde die Kavität an Zahn 25 durch 2 Teilmatrizen abgegrenzt (Abb. 12). Phosphorsäuregel wurde wiederum zuerst selektiv auf den Schmelz der Kavitätenränder aufgetragen (Abb. 13), nach ca. 15 s wurde wiederum auch der Dentinanteil der Kavität mit Ätzgel bedeckt (Abb. 14) und es wurde weitere 15 s konditioniert. Nach dem gründlichen Absprühen der Kavität mit dem Druckluft-Wasser-Spray und anschließendem vorsichtigen Trocknen erfolgte die Applikation einer reichlichen Menge eines „Etch&Rinse“-Adhäsivs auf Schmelz und Dentin (Abb. 15). Nach 20 s Einwirkzeit wurde das Lösungsmittel vorsichtig verblasen (Abb. 16) und nachfolgend der Haftvermittler mit Licht polymerisiert (Abb. 17). Beide approximalen Flächen der Kavität wurden wiederum zuerst mit Komposit aufgebaut und polymerisiert (Abb. 18). Nach Abnahme der Matrizen wurde die nunmehr „effektive Klasse-I-Kavität“ inkrementell fertiggestellt (Abb. 19). Abbildung 20 zeigt die fertig gefüllten Kavitäten nach Abnahme des Kofferdams und einer ersten Okklusionskontrolle. Die distale Kontur von Zahn 25 ist nicht korrekt ausgeformt. Aufgrund der ungenügenden Form der Amalgamfüllung mesial an Zahn 26 kann die endgültige Konturierung der Distalfläche von Zahn 25 erst mit der Erneuerung der Versorgung am ersten Molaren vollzogen werden.

Mit birnen- und granatförmigen Finierdiamanten erfolgte die Ausarbeitung beider Kompositrestaurationen auf den okklusalen Flächen (Abb. 21 und 22). Im Bereich der Approximalräume dienten abrasive Polierscheibchen der Formgebung (Abb. 23). Vor der Politur wurde nochmals die dynamische (rot) und statische (schwarz) Okklusion mit farbigem Artikulationspapier kontrolliert und auf Interferenzen geprüft (Abb. 24). Nachfolgend wurden mit Kompositpolierern bei geringem Anpressdruck seidenmatt glänzende Oberflächen erzielt (Abb. 25). Das Okklusalrelief wurde mit einem rotierenden Polierbürstchen nachgearbeitet (Abb. 26). Die abschließende Hochglanzpolitur mit Kompositpolierpaste optimierte den Glanz des Restaurationsmaterials (Abb. 27). Abbildung 28 zeigt die fertigen Kompositfüllungen in beiden Prämolaren.

Therapieabschnitt 2: Molar 26

In der nächsten Sitzung wurde nach Verabreichung einer Lokalanästhesie der Austausch der Füllungen an Zahn 26 gestartet (Abb. 29). Beim Entfernen der alten okklusaldistalen Kompositfüllung zeigte sich am Kastenboden eine deutliche Überkonturierung des Füllungsmaterials (Abb. 30). Nach dem vollständigen Herauslösen des Komposits präsentierte sich der distale Kastenboden deutlich nach subgingival extendiert. Die durch jahrelang vorhandene Kompositüberhänge mazerierte Gingiva blutete bereits auf leichteste Berührung (Abb. 31). Dies stellte zu dem Zeitpunkt eine Kontraindikation für ein weiteres restauratives Vorgehen mittels Adhäsivtechnik unter dem Gesichtspunkt einer verantwortungsvollen Behandlung dar, da eine Kontamination der Kavität mit Blut nicht sicher ausgeschlossen werden konnte.

Da die Patientin weder eine Amalgamfüllung noch eine Goldrestauration oder gar eine komplette Überkronung wünschte, wurde der nachfolgend beschriebene Versuch unternommen, bis zur nächsten Sitzung die für die Adhäsivtechnik unumgänglichen kontaminationsfreien Arbeitsbedingungen herzustellen. Nach Rekonturierung und Politur der mesialen Fläche der Amalgamfüllung an Zahn 27 wurde das approximal befindliche entzündliche Gewebe nach vorheriger Infiltrationsanästhesie großzügig mit dem Elektrotom entfernt und soweit in zervikaler Richtung abgetragen, bis sich der distale Kastenboden deutlich abgegrenzt darstellte (Abb. 32). Nach der Wundreinigung und der Entfernung des karbonisierten Gewebes (Abb. 33) erfolgte eine provisorische Versorgung der Kavität mit einem lighthärtenden provisorischen Kompositmaterial (Abb. 34). Hierbei wurde der Approximalraum zum zweiten Molaren intentionell offen gelassen und die Patientin instruiert, den Zwischenraum für die nächsten 10-14 Tage mit Interdentalbürstchen, deren idealer Durchmesser in der Praxis bestimmt wurde, sorgfältig zu reinigen. Durch diese Art der Reinigung wurde im Sinne einer „mechanischen ►►



Abb. 22: Herausarbeiten der Konvexität der Dreieckswülste mit einem granatförmigen Finierdiamant



Abb. 23: Der zugängliche Approximalraum wird mit abrasiven Polierscheibchen konturiert und vorpoliert.



Abb. 24: Überprüfung von dynamischer (rot) und statischer (schwarz) Okklusion vor der Politur



Abb. 25: Mit elastischen Kompositpolierern wird bei geringem Anpressdruck eine seidenglänzende Oberfläche erzielt.



Abb. 26: Das Okklusallief wird mit einem rotierenden Bürstchen poliert.



Abb. 27: Hochglanzpolitur der Restaurationen mit Kompositpolierpaste



Abb. 28: Ansicht der fertigen Füllungen. Die distale Kontur von Zahn 25 ist noch nicht korrekt. Die endgültige Ausformung soll bei der Versorgung des ersten Molaren erfolgen.



Abb. 29: Ausgangssituation Zahn 26: Mesial befindet sich eine kleine Amalgamfüllung. Der distale Bereich und große Anteile der Okklusalfäche sind mit Komposit gefüllt.



Abb. 30: Zustand nach Entfernung des Amalgams und großer Anteile der Kompositfüllung. Diese war am distalen Kastenboden deutlich überkonturiert.



Abb. 31: Situation nach Entfernung der Füllungen. Der distale Kasten extendiert sich deutlich subgingival. Die entzündete, blutende Gingiva im Approximalraum lässt eine suffiziente Trockenlegung der Kavität in der gleichen Sitzung nicht zu.



Abb. 32: Zur Herstellung beherrschbarer Verhältnisse für die nächste Sitzung wird die Gingiva im Approximalbereich elektrochirurgisch abgetragen.



Abb. 33: Situation nach Reinigung und Entfernung des karbonisierten Gewebes



Abb. 34: Die Kavität wird bis zur nächsten Sitzung mit einem provisorischen Komposit verschlossen. Der distale Approximalraum wird offen gehalten, um eine reizlose Abheilung der Gingiva zu gewährleisten.



Abb. 35: Zustand nach 2 Wochen. Die Gingiva im Approximalbereich zwischen 26 und 27 ist reizlos abgeheilt. Der Provisoriumskunststoff hat sich bereits deutlich verfärbt.

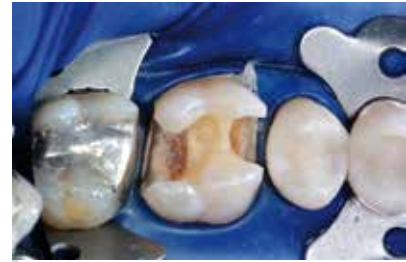


Abb. 36: Die Kavität kann nun relativ problemlos mit Kofferdam isoliert werden. Die distale Kurvatur von Zahn 25 wurde vor Beginn der Restauration des ersten Molaren optimiert.



Abb. 37: Die Kavität wird durch Teilmatrizen abgegrenzt. Distal wird eine pulpanahe Dentinstelle abgedeckt.



Abb. 38: Applikation eines selbstätzenden Adhäsivsystems mit einem Minibürstchen auf Schmelz und Dentin.



Abb. 39: Nach gründlicher Einwirkung und Evaporation des Lösungsmittels erfolgt die Polymerisation des Haftvermittlers.



Abb. 40: Sorgfältige Applikation einer ersten Schicht Komposit in den distalen Kasten und nachfolgende Lichthärtung



Abb. 41: Applikation einer zweiten Schicht Komposit in den distalen Kasten und nachfolgende Lichthärtung



Abb. 42: Applikation einer dritten Schicht Komposit in den distalen Kasten und nachfolgende Lichthärtung



Abb. 43: Nach Aufbau der mesialen und distalen Approximalfächen werden die Matrizen entfernt. Die Klasse-II-Kavität wurde in eine „effektive Klasse-I-Situation“ transferiert.



Abb. 44: Gleichmäßiges Auffüllen des Kavitätenisthmus mit einer weiteren Kompositerschicht



Abb. 45: Modellation der bukkalen Höcker mit Komposit



Abb. 46: Abschließende Modellation der palatinalen Höcker mit Komposit



Abb. 47: Nach Abnahme des Kofferdams erfolgt die Ausarbeitung mit abrasiven Scheibchen.



Abb. 48: Ausarbeitung der Okklusalfäche mit Finierdiamanten



Abb. 49: Vorpolitur mit elastischen Kompositpolierern



Abb. 50: Politur mit einem rotierenden Polierbürstchen



Abb. 51: Kontrolle der Okklusionskontakte mit farbigem Artikulationspapier



Abb. 52: Hochglanzpolitur mit Kompositpolierpaste



Abb. 53: Abschließende Fluoridierung



Abb. 54: Kontrolltermin nach einer Woche: Es konnte eine funktionell und ästhetisch ansprechende Restitution der betroffenen Zähne erzielt werden.

► Irritation“ gleichzeitig sichergestellt, dass sich das Niveau der ausgeheilten approximalen Gingiva auf Bereiche unterhalb des distalen Kastenbodens beschränkt und somit einem eventuell erneut auftauchenden Problem mit der für die Adhäsivtechnik notwendigen Trockenlegung vorgebeugt. Abbildung 35 zeigt die Situation 2 Wochen nach der elektrochirurgischen Korrektur. Die approximal-gingivalen Verhältnisse präsentierten sich nunmehr reizfrei und es zeigte sich ein leicht negatives Gewebeprofil im Bereich des interpapillären Sattels (Col). Nach der Abnahme der provisorischen Versorgung konnte die Kavität nun nahezu problemfrei mit Kofferdam und einer Zahnseideligatur isoliert werden (Abb. 36).

Die distale Krümmung von Zahn 25 wurde vor Beginn der Restauration des ersten Molaren mit einem Finierstreifen optimiert. Nach einer Abdeckung pulpanaher Dentinbereiche am distalen Kasten wurde die Kavität mit einem Teilmatrizen-

system abgegrenzt (Abb. 37). Nachfolgend wurden die Zahnhartsubstanzen mit einem selbststärkenden Adhäsiv vorbehandelt (Abb. 38). Nach bestimmungsgemäßer Einwirkzeit wurde das Lösungsmittel vorsichtig verblasen und nachfolgend der Haftvermittler mit Licht polymerisiert (Abb. 39). Anschließend erfolgte ein schichtweiser Aufbau der Approximalbereiche, nach deren Abschluss das Matrixsystem abgenommen werden konnte (Abb. 40 bis 43). Mit weiteren Inkrementen wurde schließlich die Füllung in den Bereichen des Isthmusbodens und der okklusalen Anatomie fertiggestellt (Abb. 44 bis 46). Die approximalen Kompositüberschüsse wurden mit abrasiven Scheibchen entfernt (Abb. 47) und die Okklusalfäche der Füllung mit feinkörnigen Diamantinstrumenten nachkonturiert (Abb. 48). Nachfolgend wurde die Restaurationsoberfläche mit Kompositpolierern (Abb. 49) und rotierenden Polierbürstchen (Abb. 50) vergütet. Nach abschließender Kontrolle der

Okklusionskontakte mit farbigem Artikulationspapier (Abb. 51) erfolgte die Hochglanzpolitur mit Kompositpolierpaste (Abb. 52) und eine abschließende Fluoridierung (Abb. 53). Abbildung 54 zeigt die Kompositfüllungen im Kontrolltermin nach einer Woche. Es konnte eine funktionell und ästhetisch ansprechende Restitution der betroffenen Zähne erzielt werden.

3. Nachkontrollen und Bewertung

Der vorliegende klinische Fall stellt sicherlich eine andere Art von „minimalinvasiver“ Versorgung dar, als jene, die man üblicherweise mit dieser Bezeichnung assoziieren würde. Trotz einer relativ ungünstigen Ausgangssituation, in der mehrere Seitenzähne (teilweise wurzelbehandelt, teilweise primär subgingivale Kavitätenausdehnung) mit bereits existenten großvolumigen insuffizienten Restaurationen neu versorgt werden mussten, konnte mit Hilfe der direkten Adhäsivtechnik die Präparation von Kronen und Teilkronen vermieden werden und somit ein Maximum an natürlicher Zahnhartsubstanz erhalten werden. Die in diesem Artikel präsentierten Versorgungsmaßnahmen mit plastischen Kompositfüllungen an den Zähnen 25 und 26 stellen sicherlich eine Grenzindikation dar und standen immer unter der Prämisse, eine kontaminationsfreie Arbeitsumgebung für die Anfertigung der Restaurationen erzielen zu

können. Wäre dies an dem einen oder anderen Zahn nicht möglich gewesen, hätte man ansonsten natürlich intraoperativ auf die Alternativen Goldteilkrone bzw. metall- oder zirkonoxidbasierte Verblendkrone ausweichen müssen. Interessant ist in diesem Zusammenhang sicherlich die Beobachtung der intraoralen Entwicklung dieser Restaurationen über einen längeren Zeitraum. Dass diese großen Versorgungsmaßnahmen, bei korrekter Einhaltung der Regeln der Adhäsivtechnik, kurz- und i. d. R. auch mittelfristig funktionieren, kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen. Die langfristige Prognose ist allerdings deutlich unsicherer. Die Patientin war nach Abschluss der Behandlung wieder in die Betreuung ihres Hauszahnarztes zurückgekehrt und wurde vom Autor dieses Beitrags 10, 15 und 18 Jahre nach dem Termin der Füllungsplatzierung nochmals zu klinischen Nachuntersuchungen einbestellt.

Nachkontrolle nach 10 Jahren

Abbildung 55 zeigt die Füllungen nach 10 Jahren Liegedauer. In der Zwischenzeit war die Amalgamfüllung an Zahn 27 gegen Komposit ausgetauscht worden. Die Befragung der Patientin ergab, dass nach einigen Jahren der okklusale Anteil der palatinalen Kavitätenwand von Zahn 25, die zum Zeitpunkt der Füllungsinsertion bereits einen Haarriss aufwies, frakturierte und alio loco mit einer ▶▶



Abb. 55: Nachuntersuchung nach 10 Jahren: Der okklusale Anteil des palatinalen Höckers von Zahn 25 frakturierte nach einigen Jahren und wurde alio loco mit einer Reparaturfüllung ersetzt. Weitere Bewertung siehe im laufenden Text.



Abb. 56: Nachuntersuchung nach 15 Jahren: In den weiteren 5 Jahren hat sich die Situation der 3 Kompositrestaurationen kaum verändert. Weitere Bewertung siehe im laufenden Text.



Abb. 57: Nachuntersuchung nach 15 Jahren: Darstellung der statischen (schwarz) und dynamischen (rot) Okklusion



Abb. 58: Nachuntersuchung nach 18 Jahren: In den weiteren 3 Jahren hat sich die Situation der 3 Kompositrestaurationen kaum verändert. Weitere Bewertung siehe im laufenden Text.



Abb. 59: Nachuntersuchung nach 18 Jahren: Darstellung der statischen (schwarz) und dynamischen (rot) Okklusion



Abb. 60: Röntgen von Zahn 26 nach 18 Jahren: kein Hinweis auf ein adhäsives Versagen, auch nicht im subgingival extendierten, dentinbegrenzten distalen Approximalkasten.

► Reparaturfüllung aus Komposit ersetzt wurde. Nach den 10 Jahren intraoraler Verweildauer zeigten sich deutliche Verschleißphänomene an den hochbelasteten okklusalen Kompositoberflächen. Die Füllungsrän­der an den initial mit 37%iger Phosphorsäure konditionierten und nachfolgend mit einem „Etch&Rinse“-Adhäsiv vorbehandelten Zahnhartsubstanzen der beiden Prämolaren zeigten nach diesem Zeitraum keine Anzeichen von Undichtigkeiten. Die Ränder der mit einem selbststän­denden Adhäsiv verankerten Kompositfüllung im ersten Molaren wiesen hingegen leichte Verfärbungen auf, allerdings ist auch hier keine Sekundärkaries festzustellen. Die 3 Zähne waren bei der 10-Jahreskontrolle nicht perkussionsempfindlich und Zahn 26 reagierte positiv auf die Sensibilitätsprüfung mit Kältespray.

Nachkontrolle nach 15 Jahren

Abbildung 56 zeigt die Füllungen nach 15 Jahren Liegedauer. In den weiteren vergan­genen 5 Jahren hatte sich die Situation der 3 Kompositrestaurationen kaum verändert. Die Füllungs­rän­der an den beiden Prämolaren waren immer noch klinisch tadellos, die leichten Randverfärbungen an der Füllung im ersten Molaren waren nahezu identisch im Vergleich zur 10-Jahreskontrolle. Die Okklusionskontrolle mit Farbfolie zeigte in der Statik (schwarz) eine gleichmäßige Abstützung über die Zähne sowohl auf dem Restaura­tionsmaterial als auch auf der natürlichen Zahnhartsubstanz, in der Dynamik (rot) waren auf den Prämolaren ebenfalls Kontakte zu erkennen (Abb. 57). Die 3 Zähne waren bei der 15-Jahreskontrolle nicht perkussionsempfindlich und Zahn 26 reagierte positiv auf die Sensibilitätsprüfung mit Kältespray.

Nachkontrolle nach 18 Jahren

Abbildung 58 zeigt die Füllungen nach 18 Jahren Liegedauer. In den weiteren 3 Jahren seit der letzten Kontrolle hat sich die klinische Situation der 3 Kompositrestaurationen nur geringfügig verändert. Am ersten Prämolaren zeigt sich nun eine derzeit nicht weiter behandlungsbedürftige kleine, punktförmige Verfärbung am mesial-okklusalen Füllungsrand, die zukünftig dem Monitoring unterliegt. Ansonsten sind die Füllungs­rän­der der beiden Prämolaren immer noch klinisch einwandfrei. Die leichten Randverfärbungen an der Füllung im ersten Molaren sind nahezu identisch im Vergleich zur 15-Jahreskontrolle. Im Bereich der bukkalen Höckerspitzen der Prämolaren lässt sich für die Abrasionsfacetten eine dezente Progression nachweisen. Die Okklusionskontrolle mit Farbfolie zeigt in der Statik (schwarz) wieder eine gleichmäßige Abstützung über die Zähne sowohl auf dem Restaura­tionsmaterial als auch auf der natürlichen Zahnhartsubstanz, in der Dynamik (rot) stellen sich die Kontakte mittlerweile stärker und flächiger dar (Abb. 59). Die 3 Zähne waren bei der 18-Jahreskont-

rolle nicht perkussionsempfindlich und Zahn 26 reagierte positiv auf die Sensibilitätsprüfung mit Kältespray. Das Röntgenbild zeigt nach 18 Jahren intraoraler Verweildauer am Boden des distalen Kastens von Zahn 26 einen dichten Füllungsabschluss ohne Überschüsse (Abb. 60).

Bewertung

Zieht man zur Einschätzung der Qualität der 3 Füllungen die im Jahr 2007 erstmals publizierten und im Jahr 2010 modifizierten klinischen Kriterien zur Bewertung direkter und indirekter Restaurationen der FDI World Dental Federation heran [9, 10], so würden nach 18 Jahren Liegedauer, bis auf die Fraktur der okklusalen Anteile des palatinalen Höckers von Zahn 25, sämtliche 16 Kriterien (aufgeteilt in ästhetische, funktionelle und biologische Evaluationsparameter) mit klinisch sehr guten, guten oder zufriedenstellenden und mithin klinisch akzeptablen Beurteilungen bewertet. Die partielle Höckerfraktur am zweiten Prämolaren würde selbstverständlich für den Parameter „Integrität des Zahns“ eine klinisch nicht mehr zufriedenstellende Bewertung nach sich ziehen. Dies bedeutet aber nicht zwingend, dass die Füllung immer komplett ersetzt werden muss („absolutes Versagen“). Liegen klar begrenzte Defekte an einer Restauration vor, die klinisch gut zugänglich sind, dann kann eine intraorale Reparatur der Versorgung durchgeführt werden, wodurch deren Mundverweildauer verlängert wird [11]. Reparierte Restaurationen werden daher in der klinischen Leistungsbewertung nach FDI als „relatives Versagen“ gewertet [9].

Insgesamt zeigt diese nicht repräsentative Einzelfall­darstellung, dass direkte Kompositrestaurationen auch im Grenzbereich des Indikationsspektrums eine langfristig gute bzw. akzeptable klinische Leistung aufweisen können, wenn die Regeln der Adhäsivtechnik sorgfältig beachtet, eine kontaminationsfreie Arbeitsumgebung hergestellt und eine situationsbezogen korrekte Schicht- und Polymerisationstechnik umgesetzt werden. Die Anfertigung von invasiveren Versorgungsformen, wie Inlays, Teilkronen oder Kronen kann somit in vielen Fällen vermieden oder doch zumindest zeitlich deutlich in die Zukunft verschoben werden. ■

Korrespondenzadresse:

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

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

7 Tipps für Ihren digitalen Alltag



Foto: © tippapatt - stock.adobe.com

Digitales Arbeiten ist zeitgemäß. Die Tipps zu Windows, Outlook und OneNote unterstützen Sie im momentan veränderten Alltag, etwa bei der Arbeit im Homeoffice. Aber nicht nur in dieser Situation sind sie zu gebrauchen: Sparen Sie Zeit und Ressourcen, indem Sie vorhandenes Potenzial grundsätzlich besser ausnutzen!

Viele kleine Helfer aus Programmen, die wir Tag für Tag starten, liegen brach. Teilweise sind das aber Funktionen, die wir oft verwenden könnten, sie sind uns nur noch nie zu Gesicht gekommen. Eine Mini-Auswahl dieser „Unsichtbaren“ zeigen unsere Tipps hier. Sie müssen diese nicht zwingend in der vorgegebenen Reihenfolge lesen. Jede vorgestellte Technik ist in sich abgeschlossen, direkt umsetzbar und funktioniert auch „solo“. Eines ist allen gemeinsam: Wenden Sie sie an, holen Sie mehr aus dem Betriebssystem bzw. den vorhandenen Programmen heraus und erledigen die eine oder andere Aufgaben floter.

Tipp 1: Verkanntes Rechengenie

Trotz Tabellenkalkulation benötigt man immer wieder einmal einen Taschen-Rechner. In der Schreibtischschublade ist keiner zu finden? Dann setzen Sie auf den in Windows eingebauten. Sie rufen ihn so auf: Windows-Taste drücken, um das Startmenü zu öffnen, dann den Anwendungsnamen tippen. Ein „R“ wie Rechner genügt schon. Nun klicken Sie das Suchergebnis „Rechner-App“ an. Das Werkzeug bietet Ihnen sogar mehr als das kleine 1x1. Tippen Sie auf die

drei Linien oben links, um die Navigation zu öffnen. Sie finden verschiedene Rechnerformen, etwa „Wissenschaftlich“. „Bürotauglich“ ist der Punkt „Datumsberechnung“. Berechnen Sie den Unterschied zwischen verschiedenen Daten oder zählen Sie z.B. Tage zu einem bestimmten Datum hinzu („Bitte zahlen Sie innerhalb von 14 Tagen bis zum ...“). Praktisch verwendbar sind auch die Einträge unter dem Punkt „Konverter“. Sie sind in verschiedene Rubriken unterteilt, etwa Gewicht und Masse. Hier gibt es verschiedenste Umrechnungsmöglichkeiten, zum Beispiel Gramm in Milligramm. Sie möchten den neu entdeckten Rechenkünstler ab sofort häufiger verwenden? Dann sollten Sie das Suchergebnis rechts anklicken und die Anwendung zum Beispiel an die Taskleiste anheften.



Abb. 1: Kann mehr als nur das 1x1 – Rechner-App aus Windows

Tipp 2: Auf die Sekunde genau

Eben mal schnell in einer Viertelstunde sich an einen Vorgang erinnern lassen – etwa das Ablesen eines Schnelltests oder an den Anruf beim Kollegen, der vorhin gerade keine Zeit hatte. Auch hier hat Windows ebenfalls etwas für Sie parat. Die App heißt „Alarm & Uhr“. Sie erreichen sie übers Startmenü und die Suchfunktion. Um sich nach einer bestimmten Zeit erinnern zu lassen, klicken Sie ganz oben in der Leiste aufs Symbol „Zeitgeber“ – es steht an dritter Stelle. Klicken Sie nun unten im Fenster aufs Pluszeichen und legen Sie das Zeitintervall fest. Tragen Sie einen Namen ein – etwa „15MinutenErinnerung“. So wird die Erinnerung aussagekräftig benannt gespeichert und ist für den nächsten Einsatz simpel wieder aufzurufen. Klicken Sie auf das nach rechts zeigende „Dreieck“, startet der Countdown. Außer dem Zeitgeber finden Sie in der ▶▶

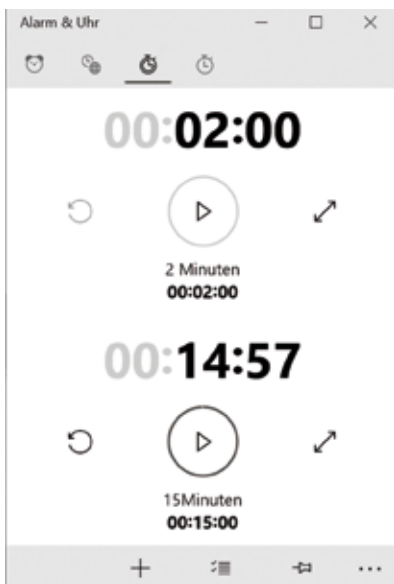


Abb. 2: Windows-App Alarm & Uhr

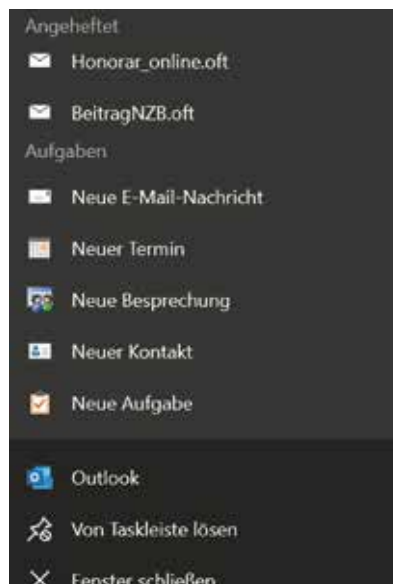


Abb. 3: Outlook-Sprungliste

- ▶▶ App weitere Hilfen, unter anderem eine Stoppuhr. Die App „Alarm & Uhr“ können Sie ebenfalls an die Taskleiste anheften – nutzen Sie rechts unten im Programmfenster die Pinnadel.

Tipp 3: Sprunglisten verwenden

Man kann sie nicht oft genug anpreisen: Die Sprunglisten. In den Programmen kennt eigentlich jeder Anwender die Auflistung der zuletzt verwendeten Dateien. Aber in der Taskleiste sind sie oft das Stiefkind und werden links liegen gelassen. Apropos – mit einem Klick der linken Maustaste auf ein Programmsymbol in der Taskleiste sieht man sie nicht: Dann öffnet sich nämlich die Anwendung. Versuchen Sie also die rechte Maustaste. Jetzt erscheint die Sprungliste. Zeigen Sie auf einen Eintrag darin, also einen Dateinamen, gibt es dahinter ein Pinnadel-Symbol. Damit heften Sie Einträge dauerhaft in der Liste an. Sie bleiben solange dort, bis sie die Nadel via Mausclick wieder lösen. Auf diese Art hat man Vorlagen oder Dateien in Dauernutzung perfekt im Griff! Die Sprunglisten sind jedoch nicht alle gleich. Etwa bietet die Outlook-Sprungliste keine Dateien, sondern Befehle, um eine neue Mail, einen Kontakt, eine Aufgabe oder einen Termin zu erstellen. Das funktioniert sogar dann, wenn Outlook noch nicht gestartet wurde. Besitzt man Outlook-Vorlagen, kann man die im Dateisystem suchen und aufs Outlook-Programmsymbol ziehen. Sie sind dann an die Sprungliste angeheftet. Die meisten Programme, die unter Windows laufen, besitzen eine Sprungliste: Ein herausragendes Werkzeug für effizientes Arbeiten, das man kennen sollte.

Tipp 4: Mails zur Wiedervorlage kennzeichnen

Nicht jede E-Mail kann immer sofort beantwortet oder bearbeitet werden. Damit Ihr Posteingang aber trotzdem aufgeräumt bleibt und nicht als laufende „To-do-Liste“ missbraucht wird, lassen sich Mails „Zur Nachverfolgung“ kennzeichnen, also auf Wiedervorlage legen. Dazu klicken

Sie die Nachricht mit der rechten Maustaste an und wählen im aufklappenden Kontext-Menü „Zur Nachverfolgung“ aus. Nun ordnen Sie der Nachricht ein Datum zu, an dem Sie sie bearbeiten wollen. Die E-Mail ist jetzt mit einem roten Fähnchen markiert. Je dunkler die Farbe, desto näher steht das gewählte Wiedervorlagedatum bevor. Zusätzlich erscheint die E-Mail in der Outlook-Aufgabenliste und wird dort mit dem Betreff aufgeführt. Sie erreichen die Liste fix per Tastenkürzel STRG+4. Zum angegebenen Datum werden Sie automatisch an die Bearbeitung erinnert. Verschieben Sie die Nachricht also getrost in einen passenden Ordner und halten Sie Ihren Posteingang übersichtlich. Die Nachverfolgung ist in erster Linie fürs flotte Arbeiten gedacht. Generell sind die speziellen Outlook-Aufgaben (vgl. unseren Beitrag in NZB 10+11/2019) vielseitiger und komfortabler. Man kann beide Werkzeuge nebeneinander verwenden, doch das sollte man nur tun, wenn man mit den Funktionen sehr vertraut ist. Sonst gerät leicht etwas durcheinander.

Tipp 5: Supertool Quicksteps

Sind Ihnen in Outlook auf dem Register „Start, Quicksteps“ schon die diversen Einträge aufgefallen? Falls nicht, am besten gleich ansehen! Mit „Quicksteps“ erledigen Sie Wiederholungs-Aufgaben, auch solche, die eigentlich aus mehreren Schritten bestehen, blitzschnell – mit nur einem Mausclick. Outlook bringt bereits eine Reihe verschiedener, quasi anwendungsfertiger „Quicksteps“ mit. Manche muss man zuvor noch ergänzen. Zum Beispiel gibt es einen „Quickstep“, der eine Mail als gelesen kennzeichnet und in einen bestimmten Ordner verschiebt. Diesen Ablageort muss man natürlich vorgeben. Auch der Quickstep „An Vorgesetzten“ braucht Details – nämlich Namen und Mailadresse des Chefs. Bearbeiten können Sie die „schnellen Schritte“, indem Sie einen auswählen und rechts anklicken. Im Kontextmenü findet sich unter anderem der Eintrag „bearbeiten“. Mehr im Blick haben Sie, wenn Sie auf den „Dialogstarter-Pfeil“ in der Gruppe „Quicksteps“ ganz unten

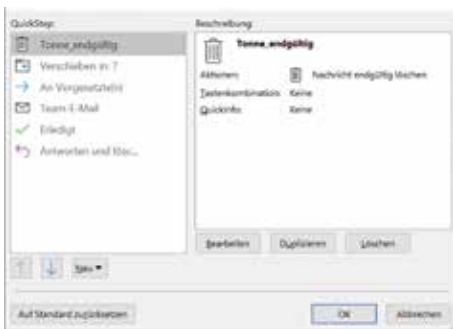


Abb. 4: Mit Quicksteps kommen Sie schnell zum Ziel.

rechts klicken. Sie haben dann die Möglichkeit, nicht nur vorhandene Schritte zu bearbeiten, sondern sogar eigene anzulegen. Sie senden Ihren Patienten kurz vorm Termin eine Erinnerung per Mail und versehen solche Nachrichten mit einer eigenen Kategorie? Die perfekte Aufgabe für einen Quickstep: Wählen Sie „Neu“, dann unten „Benutzerdefiniert“. Geben Sie dem Quickstep einen Namen, unter dem Sie ihn künftig abrufen. Zum Beispiel „Termin-Erinnerung“. Wählen Sie dann eine „Aktion“ aus, hier „Neue Nachricht“. Da der Empfänger immer verschieden ist, lassen Sie das Feld leer. Über den Link für Optionen legen Sie den Standardtext der Mail fest. Mit „Aktion hinzufügen“ wählen Sie als nächstes das Kategorisieren der Nachricht aus und entscheiden, welche verwendet wird. Zum Schluss erhalten Sie in der Auswahlliste unter Quicksteps Ihren eigenen Eintrag. Ein Klick – die Mail wird erzeugt. Den Empfänger ergänzen und ab geht die elektronische Post!

Tipp 6: Tauschgeschäft: Outlook-Element nach OneNote übernehmen

Sie erhalten eine Mail, die zu einem größeren Vorhaben gehört, das viele Schritte umfasst. Etwa weil Sie gerade ein neues Gerät anschaffen. Dieses Projekt erfordert gute Planung, Installation und Schulung der Mitarbeiter. Um die Info allen zugänglich zu machen, die zum Projektteam gehören, könnten Sie all diesen Personen die Mail weiterleiten. Sinnvoller wäre es, sie ins vorhandene Notizbuch in OneNote zu übernehmen, das Sie fürs Team freigeben haben. Jeder holt sich dort die Info ab. Die Nachricht selbst übernehmen Sie ohne viel Aufwand ins Notizbuch: Markieren Sie die Mail im Posteingang und klicken Sie aufs Register „Start“, „Gruppe Verschieben“, OneNote. Nun geben Sie an, welches „Notizbuch“ und welcher „Abschnitt“ verwendet wird. Klicken Sie auf OK um die Mail dorthin zu kopieren. In einer Tabelle am Beginn der Notizseite sind die wichtigsten Informationen zusammengefasst, etwa „Betreff“ oder „Empfänger“. Eventuelle Mailanhänge sind als anklickbare Verknüpfung dabei, weiter unten folgt der Text der Mail.

Tipp 7: OneNote-Seite als Outlook-Aufgabe mit Erinnerung

Umgekehrt ist es möglich, aus OneNote heraus eine Verknüpfung zu Outlook zu erstellen. Nehmen wir an, im Rahmen der Neuanschaffung gibt es eine „Deadline“,



Abb. 5: Mail aus Outlook übernommen auf eine Notizseite in OneNote

bis zu der Sie ein Angebot bestätigt haben müssen. Dieses liegt mit allen Details in OneNote vor. Doch das digitale Notizbuch besitzt keine Erinnerungsfunktion: Das übernimmt Outlook. Wechseln sie zur Angebotsseite im Notizbuch und platzieren Sie den Cursor am besten in der Seiten-Überschrift. Klicken Sie auf dem Register „Start“, Gruppe „Kategorien“ auf Outlook-Aufgabe. Wählen Sie ein Datum aus oder geben Sie ein benutzerdefiniertes an. Vor der „Überschrift“ erscheint ein rotes Fähnchen. Der „Seitentitel“ wird zusätzlich in die Outlook-Aufgabenliste eingetragen. Erledigen Sie die „Aufgabe“ und haken diese dort ab, wird das Fähnchen im Seitentitel des Notizbuches zum grünen Häkchen. Sie können auch in OneNote das Fähnchen per Klick in einen Haken umwandeln. Das erfährt dann Outlook und ändert den Aufgabenstatus entsprechend in erledigt. Klicken Sie das Häkchen in OneNote mit der rechten Maustaste an, entfernen Sie die Aufgabe komplett oder öffnen sie bspw. in Outlook. ■



Abb. 6: Die Outlook-Aufgabe symbolisiert das Fähnchen vorm Seitentitel.

____ Claudia von Wilmsdorff, Fachautorin | Trainerin
<http://www.von-wilmsdorff.com>

E-Mail Betrug

Immer häufiger versenden Betrüger E-Mails, die es auf Ihre persönlichen Daten und auf Ihr Geld abgesehen haben. Regelmäßig warnen Verbraucherzentralen oder die Polizei vor Online-Kriminellen. Diese haben es auf Kunden der Sparkasse oder andere Banken, Nutzer von PayPal, Amazon, eBay und Co. abgesehen. Die Cyberkriminellen schicken Spam-Mails mit Phishing-Angriffen, um Zugangsdaten, Kreditkarteninformationen oder andere persönliche Daten abzugreifen. Mittlerweile sehen einige dieser Betrüger-E-Mails täuschend echt aus. Es gibt jedoch einige Faktoren, an denen Sie diese E-Mails erkennen können.

1. E-Mail-Header: Der Weg zum Absender

Beim Fälschen einer E-Mail-Absenderadresse wird der E-Mail-Header (Kopfzeile einer Nachricht) manipuliert. Diese enthält unter anderem Informationen rund um den Zustellungsweg der E-Mail. Den Header können Sie sich in Ihrem E-Mail-Programm anzeigen lassen. In den mit Received From bezeichneten Zeilen können Sie den Weg der Mail verfolgen, der Versender befindet sich in der letzten Received From-Zeile. Der Absender kann allerdings nicht direkt ermittelt werden, sondern nur über die angegebene IP-Adresse. Die Ermittlung, wer sich hinter einer bestimmten IP-Adresse zu einem bestimmten Zeitpunkt verborgen hat, ist sehr aufwändig und nur von Fachleuten möglich.

2. Kleine Merkmale machen den Unterschied

E-Mail-Betrüger werden immer einfallsreicher. Phishing-Mails seien gefälschte Mails, mit denen Betrüger wichtige Daten von ihren Empfängern zu stehlen versuchen. Das reiche von angeblichen Bankinstituten, die dazu aufforderten, Kundendaten neu einzugeben, bis hin zu Telekommunikationsunternehmen, die vorgeblich eine Aktualisierung der Zugangsdaten benötigten. Die Nachrichten sind von offiziellen Mitteilungen kaum zu unterscheiden. Mit den „abgefischten“ Daten könnten die Betrüger im Namen ihrer Opfer etwa im Internet einkaufen und somit einen hohen Schaden anrichten. Die gefälschten E-Mails sind oft an kleinen Merkmalen zu erkennen. So ist die Anrede z.B. oft unpersönlich. Zudem enthält die Nachricht teils kyrillische Buchstaben oder verzichtet auf Umlaute, wie „a“ statt „ä“. Skeptisch sollten Empfänger auch werden, wenn ihnen per Mail gedroht wird, etwa das Konto zu sperren.



Foto: © MASHKA - stock.adobe.com

3. Aufforderung zur Öffnung einer Datei

In immer mehr Phishing-E-Mails werden die Empfänger aufgefordert, eine Datei zu öffnen, die entweder als Anhang der E-Mail direkt beigefügt ist oder alternativ über einen Link zum Download bereitsteht. In unerwarteten E-Mails dürfen Sie eine solche Datei keinesfalls herunterladen oder gar öffnen. Denn in der Regel beinhaltet diese Datei ein schädliches Programm wie ein Virus oder ein trojanisches Pferd. Lassen Sie sich auch von angedrohten Konsequenzen wie zum Beispiel einer Kontosperrung, der Einschaltung eines Inkassounternehmens, Änderung des Passwortes, Rechnungen begleichen oder anderen erfundenen Gründen niemals dazu verleiten, eine beigefügte Datei zu öffnen!

4. Links

Ein ebenfalls charakteristisches Merkmal von Phishing-Mails ist die fast apodiktische Handlungsaufforderung, beispielsweise zum Bezahlen einer Rechnung. Oftmals wird gar mit Konsequenzen gedroht, zum Beispiel mit der Sperrung der Kreditkarte. Die Forderung besteht meist darin, eine im Anhang befindliche Datei zu öffnen oder einem Link zu folgen, der auf eine Webseite verweist, auf der persönliche Datensätze zu hinterlegen sind.

Grundsätzlich gilt:

Die Software – vor allem der Webbrowser (z. B. Firefox, Internet Explorer, Opera, Safari) und das Betriebssystem des Computers – sollten immer auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Insbesondere sollte man angebotene Sicherheits-Updates regelmäßig einspielen, um Sicherheitslücken zu schließen. ►►

Es sollte nicht überall das gleiche Passwort verwendet werden. Sicher ist eine Mischung aus Groß-Kleinbuchstaben, Zahlen und Sonderzeichen.

Hat man online Zugriff auf sein Bankkonto, so sollte man regelmäßig beobachten, ob Abbuchungen stattgefunden haben, die man nicht zuordnen kann. Hat man solche Abbuchungen identifiziert, so sollte man im ersten Schritt bei seiner Bank anrufen und sein Konto vorläufig sperren lassen. Zudem empfiehlt sich ein Hinweis an den entsprechenden Anbieter (eBay, Amazon, PayPal etc.), in dessen Gewand die Phishing-E-Mail sich gekleidet hat. Damit macht man den Anbieter auf die aktuelle Phishing-Attacke aufmerksam, so dass dieser Vorkehrungen treffen kann, um solche Attacken in Zukunft zu verhindern; im gleichen

Zuge kann man einen gegebenenfalls auch dort eingerichteten Account als Vorsichtsmaßnahme vorläufig sperren lassen.

Ist man schon zu spät dran und die Überweisung wurde ausgeführt, so sollte man mit Hilfe der Bank versuchen, die Überweisung sofort rückgängig zu machen. Das funktioniert allerdings nicht immer, da die Überweisungsziele fast immer im Ausland liegen und die Summen, vergleichbar mit einer Reihenschaltung, zur Verschleierung oftmals zügig an andere Konten weitergeleitet und dann abgeboben werden. ■

_____ <https://www.adu-inkasso.de/e-mail-betrug/>
Quelle: med-dent-magazin.de

Entzug der Approbation

Der Entzug der Approbation, also der Erlaubnis zur Ausübung des (zahn-)ärztlichen Berufs, ist für den Betroffenen eine sehr harte, wirtschaftlich existenzbedrohende Sanktion. Sie bedeutet nichts anderes als ein Berufsverbot. Daher werden an einen solchen Entzug hohe Anforderungen gestellt. Beruhen sie auf einem Fehlverhalten des Betroffenen, muss sich daraus „seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung“ des (zahn-)ärztlichen Berufs ergeben (§§ 5, 3 BÄO, 4, 2 ZHG). Lange Zeit ging es dabei fast ausschließlich um Verhaltensweisen bei der Ausübung des (zahn-)ärztlichen Berufs, wie z.B. Abrechnungsbetrug oder sexuelle Übergriffe bei der Behandlung.

Seit einiger Zeit billigen die Gerichte jedoch auch Approbationsentziehungen aufgrund von Verhalten außerhalb der (zahn-)ärztlichen Berufsausübung. Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) bestätigte jetzt eine solche Entscheidung (Az. 3 B 7.18). Eine Ärztin hatte ihren Beruf über viele Jahre ohne jede Beanstandung ausgeübt. Allerdings hatte sie in den Jahren 2007/2008 und 2011 in 22 Fällen ihrer eigenen Krankentagegeldversicherung vorgetäuscht, wäh-

rend ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht zu arbeiten und sich am Wohnort aufzuhalten. Da dies nicht stimmte, hatte sie zu Unrecht Leistungen in Höhe von rund 65.000 € bezogen. Dafür wurde sie zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 22 Monaten verurteilt, die drei Jahre zur Bewährung ausgesetzt wurde. Ein halbes Jahr nach dieser Verurteilung wurde ihr die Approbation entzogen. Dies bestätigte in letzter Instanz das BVerwG: Es billigte die Beurteilung, dass die Allgemeinheit von einem Arzt erwarte, dass er anderen nicht durch erhebliche Straftaten wesentlichen Schaden zufüge, weil das dem Bild vom helfenden und heilenden Arzt zuwider laufe. Es nützte ihr auch nichts, dass sie im Strafverfahren geständig gewesen sei.

Angesichts dieser Tendenz der Rechtsprechung gibt es für (Zahn-)ärzte zwei Ratschläge: 1. Begehen Sie keine Rechtsverstöße, auch außerhalb der ärztlichen Berufsausübung. 2. Kämpfen Sie gegen eine strafrechtliche Verurteilung und vertrauen Sie nicht darauf, dass ein Geständnis Ihre Approbation rettet. ■

_____ Quelle: Newsletter Dr. Schinnenburg

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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

13.06.2020 **Z 2031** **8 Fortbildungspunkte**

Endodontie update

PD Dr. Tina Rödiger, Göttingen
13.06.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 219,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 224,- €

17.06.2020 **Z 2032** **5 Fortbildungspunkte**

Arbeits(schutz)recht in der zahnärztlichen Praxis-Prophylaxe für die Inhaber(innen)

Dr. Jörn Hülsemann, Hameln
17.06.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 121,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 126,- €

27.06.2020 **Z 2035** **9 Fortbildungspunkte**

Komplementäre Schmerztherapie in der ZMK (Einführungskurs mit praktischen Übungen)

Dr. Hans Ulrich Markert, Leipzig
27.06.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 352,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 357,- €

24.06.2020 **Z/F 2033** **9 Fortbildungspunkte**

Das 1 x 1 der GOZ-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy
24.06.2020 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 176,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 181,- €

03.07.2020 **Z/F 2038** **5 Fortbildungspunkte**

Dokumentation in der Stuhlassistenz – So läuft's richtig

Marion Borchers, Rastede-Loy
03.07.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 115,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 120,- €

Teenager auf dem Weg zum mündigen Patienten – zwischen Smartphone, WhatsApp und realer Welt



Foto: Privat

Sybille van Os-Fingberg

Viele Kinder und Jugendliche benötigen Unterstützung in der Gesprächsführung und neue Kraft und Motivation zur Zahnpflege. Veränderungen wirken sich oft direkt auf ihre Stimmungen aus!

Fragen, z.B. „Wie sehe ich aus?“ oder „Bin ich okay so, wie ich bin?“ verunsichern ihr Auftreten. Belehrungen werden schnell als eine Bevormundung empfunden und viele Mundgesundheits-Themen sind ihnen einfach nur „peinlich“!

Dieser Workshop zeigt Möglichkeiten auf, wie das zahnärztliche Team die Persönlichkeits-Entwicklung und die Motivation zur Zahnpflege von Kindern und Teenagern in der Gruppenprophylaxe und in der Zahnarztpraxis unterstützen kann.

Gerade in der Gruppen- und Individual-Prophylaxe ist es möglich, das Selbstvertrauen und die Selbstwahrnehmung der Kinder/Teenager zu fördern. Durch öffnende Fragen und Einbindung in Entscheidungen wird der heranwachsende Jugendliche ernst genommen und zur aktiven Mitarbeit motiviert.

Inhalte:

- ▶ Die „Teenies“ von heute – Zugang zur jungen Generation
- ▶ Entwicklungsbedingte Unsicherheiten
- ▶ Öffnende und motivierende Gesprächsführung
- ▶ Das Arbeiten mit einer Werteskala
- ▶ Neue und altersgerechte Medien für die Motivationsarbeit

Sybille van Os-Fingberg, Tuttlingen

Freitag, 12.06.2020 von 09:00 – 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 121,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 126,- €

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 2035

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK



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

03.06.2020 F 2034

Grundlagen der Herstellung von Provisorien bei ZE-Behandlungen

Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf, Barnstorf

03.06.2020 von 14:00 bis 18:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 198,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 203,- €

19.06.2020 F 2036

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing

19.06.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 236,- €

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

19./26.06.2020 F 2037

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

Daniela Greve-Reichrath, Lübbecke

19./26.06.2020 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 275,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 280,- €

26.06.2020 Z/F 2034

Retainer, Brackets und Co – keine Angst vor KFO

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen

26.06.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 181,- €

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

Perfekte Ästhetik – perfekt und rechtssicher berechnet



Foto: Privat

Marion Borchers

Das Angebot an Wahlleistungen für den gesetzlich versicherten Patienten nimmt einen immer höheren Stellenwert in der Praxis ein. Abdingung und freie Vertragsgestaltung, Mehrkostenabrechnung beim Kassenpatienten – effektiv und rechtssicher! Und wie ist es beim privat versicherten Patienten? Auch hierzu gibt es viele Abrechnungsbeispiele.

Voraussetzungen für die Liquidation ästhetischer Leistungen. Herzlich willkommen sind Zahnärztinnen/Zahnärzte, zahnärztliche Mitarbeiter/innen und Praxisteams.

Themeninhalt:

- ▶ Bleaching/Bleichen im indirekten und direkten Verfahren
- ▶ Mehrkostenverfahren im Front- und Seitenzahnggebiet
- ▶ Deckung parodontaler Rezessionen mit Bindegewebs-transplantaten
- ▶ Provisorische Versorgungen inkl. Eigenlaborleistungen
- ▶ Langzeitprovisorische Versorgung auf Implantat
- ▶ Postendodontischer Aufbau mit Stiftaufbau ohne anschließende Überkronung eines Zahnes
- ▶ Aufwendige, adhäsive Versorgung mit Aufbaufüllungen GKV/PKV
- ▶ Austausch verfärbter, intakter Füllungen
- ▶ Entfernung von Zahnverfärbungen – Raucherbeläge
- ▶ Amalgamaustausch – auf Wunsch des Patienten
- ▶ Ersatz- bzw. Reisezahnersatz
- ▶ Veneers aus kosmetischen Gründen
- ▶ Kosmetische Zahnumformungen
- ▶ Zahnschmuck
- ▶ Hilfestellungen bei Erstattungsschwierigkeiten

Referentin: Marion Borchers, Rastede-Loy

Mittwoch, 03.06.2020 von 14:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 115,- €

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

Max. 30 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 2029



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 OLDENBURG

Ort: Carl v. Ossietzky Universität, Ammerländer Heerstr. 114, 26122 Oldenburg
 Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 16 71,
 E-Mail: Dr.Volker.Schaper@misterdent.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
01.07.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Klassifikation und Therapie parodontaler Erkrankungen und die Wirtschaftlichkeit für die Zahnarztpraxis – ein Praxiskonzept, <i>Dr. Kai Petrik Worch, Garbsen</i>
26.09.2020, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Prothetikfalle Kiefergelenk, <i>Dr. Ulf Gärtner, Köln</i> <i>Achtung Hörsaal G Gebäude A7</i>

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.10.2020, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Non-augmentative implantologische Konzepte bei gemindertem Knochenangebot – Update dimensionsgeminderte und angulierte Implantate, <i>Prof. Dr. Dr. Elmar Esser, Osnabrück</i>

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsenhof, Lindhooper Straße 97, 27283 Verden
 Fortbildungsreferent: Gabriel Magnucki, Bahnhofstr. 18, 27211 Bassum, Tel.: 04241 5808, E-Mail: fortbildung@zz-bassum.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
20.05.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Logopädie für Zahnärzte, <i>Prof. Dr. Bianca Wachtlin, Hildesheim</i>
03.06.2020, 18:00 Uhr – 21:00 Uhr	Die Kiefergelenksarthrose. Diagnostik und Therapie, <i>Prof. Dr. Dr. Jan Rustemeyer, Bremen</i>
23.09.2020, 18:00 Uhr – ca. 22:00 Uhr	Molaren-Inzisiven-Hypoplasie, <i>Prof. Dr. Norbert Krämer, Gießen</i>
07.10.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	„Staying alive“ – Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa, <i>Prof. Dr. Till Dammaschke, Münster</i>

Wir trauern um unsere Kolleginnen und unseren Kollegen



Dr. Carin Drath-Fehr
 geboren am 22.06.1928,
 verstorben am 07.03.2020

Dr. Oda Trostdorf
 geboren am 04.09.1939,
 verstorben am 03.03.2020

Dr. Dr. Umno Francksen
 geboren am 01.10.1920,
 verstorben am 19.03.2020

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

16.04.2020 Grazyna Wyszowski (70), Salzgitter

17.04.2020 Dr. Susanna-Maria Lauterbach (70),
Hitzacker

18.04.2020 Dr. Beata Mucek (70), Hannover

19.04.2020 Dr. Barbara Hacke (75), Winsen

19.04.2020 Horst Meier (89), Sachsenhagen

19.04.2020 Dr. Karl-Heinz Klibor (98), Wolfsburg

20.04.2020 Dr. Hans Peter Huber (75), Göttingen

21.04.2020 Dr. Ekkehard Hubertus Kampf (70),
Hildesheim

21.04.2020 Dr. Hans-Dieter Bönig (75), Braunschweig

21.04.2020 Dr. Hans Wollförster (93), Wunstorf

22.04.2020 Dr. Jürgen Pannenborg (85), Varel

22.04.2020 Jochen Plate (80), Edewecht

23.04.2020 Dr. Hans-Hermann Hupe (87), Ilsede

24.04.2020 Dr. Werner Heinze (95), Burgdorf

25.04.2020 Dr. Ingo Strübbe (70), Lauenau

25.04.2020 Dr. Hans-Jürgen Rüter (87), Bad Rothenfelde

26.04.2020 Werner Reese (94), Soltau

29.04.2020 Dr. Ursula Tusch (96), Osnabrück

03.05.2020 Dr. Norbert Krüger (86), Holzminden

06.05.2020 Dr. Henning Brinkmann (75), Bückeberg

06.05.2020 Margarete Pieper (94), Seelze

07.05.2020 Dr. Günter Siegert (75), Bad Gandersheim

09.05.2020 Dr. Gerold Eilers (70), Emden

11.05.2020 Dr. Ursula Ahrens (90), Buxtehude

14.05.2020 Klaus-Jürgen Scheer (86), Wilhelmshaven

14.05.2020 Dr. Dr. Karl Geisler (70), Gifhorn

BEKANNTMACHUNG EINER ÖFFENTLICHEN SITZUNG DES WAHLAUSSCHUSSES ZUR WAHL DER KAMMERVERSAMMLUNG 2020

Der Wahlausschuss tritt am 29.05.2020 um 16.00 Uhr in den Räumen der Zahnärztekammer Niedersachsen, Zeißstraße 11a, in 30519 Hannover zusammen, um die Auslosung der Reihenfolge der Ersatzpersonen mit gleicher Stimmzahl vorzunehmen. Die Auslosung ist öffentlich.

Der Wahlleiter
(Dr. Pramann, Rechtsanwalt und Notar)

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



© diego cervo / iStockphoto.com

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen

Geschäftsstelle

Zeißstraße 11

30519 Hannover

Tel.: 0511 8405-323/361

E-Mail: zulassung@kzvn.de

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u. a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

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

Die Sitzungstermine für 2021 werden im September 2020 festgelegt.

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- ▶ Planungsbereich Landkreis Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.779 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 371% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Cloppenburg: Der Planungsbereich Landkreis Cloppenburg mit 34.407 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,5% versorgt.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.637 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,3% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.413 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,6% versorgt.

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

_____Stand: 27.04.2020

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Klaus-Carl Bullermann. Nr. 1359 vom 10.01.1983
Johannes Ihbe..... Nr. 9672 vom 24.10.2018
Dr. Christina Nutzhorn Nr. 2086 vom 12.01.1988
Frank Fischer..... Nr. 4480 vom 13.08.2002
Dr. Hans-Ulrich Jürgens..... Nr. 1460 vom 17.08.1983
Dr. Nico Merkel Nr. 4472 vom 20.03.2003
Dr. Dirk Jostes..... Nr. 1771

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

_____ZKN

VERKAUF

LK Friesland

Suche aus Altersgründen für langjährig bestehende Praxis Nachfolger/in. 3 Beh. Zimmer, 4. möglich, digitales OPG, ZF, RDG, KLB, Steri. Tel.: 0152 31721841

STELLENMARKT

Bad Bevensen

Junge, moderne Zahnarztpr. mit großem Behandlungsspektrum sucht Vorbereitungsassistent-/angestellten ZA (M/W/D) info@dr-augustin.com www.ziz-bb.de

WICHTIGE INFORMATION FÜR DAS KLEINANZEIGEN-ANGEBOT:

Mit der NZB-Sommerdoppelheftausgabe 07/08-2020 werden zum letzten Mal Kleinanzeigen im NZB veröffentlicht. Das Kleinanzeigenformular (s. Seite rechts) wird zuletzt in der Ausgabe 06-2020 erscheinen. Danach können Kleinanzeigen von KZVN-/ZKN-Mitgliedern, weiterhin kostenfrei, im Onlineportal der ZKN (www.zkn.de unter „Jobs/Kleinanzeigen“) veröffentlicht werden.

ACHTUNG NEUE KURSE ZUR AUFFRISCHUNG STRAHLENSCHUTZ

Die Fachkunde im Strahlenschutz (Zahnärztinnen/-ärzte) und die Kenntnisse im Strahlenschutz (Fachpersonal) müssen innerhalb von max. 5 Jahren seit dem Erwerb bzw. der letzten Aktualisierung erneut aktualisiert werden.

Die von der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) dazu angebotenen Aktualisierungskurse (mit Anmelde-möglichkeiten!) finden Sie hier:

Zahnärztinnen/-ärzte:

<https://t1p.de/roe-aktuell>

Fachpersonal:

<https://t1p.de/roe-zfa-aktuell>



ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur Festsetzung der Verwaltungskostenbeiträge für das Quartal IV/2019 vom 25.03.2020 für

Zahnarzt Romuald Schroeder

Vor dem Weißen Berge 18, 21397 Barendorf
kann nicht zugestellt werden.

Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZV Niedersachsen 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 15.05.2020 bis zum 29.05.2020, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) 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.

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Jahreshonorar- und Degressionsbescheid für 2019 vom 25.03.2020 für

Zahnarzt Romuald Schroeder

Vor dem Weißen Berge 18, 21397 Barendorf
kann nicht zugestellt werden.

Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZV Niedersachsen 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 15.05.2020 bis zum 29.05.2020, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) 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.

**kostenfreies
Werbemittelpaket**



Scannen für Onlineversion

Ausbildungskampagne „Du bist alles für uns“

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

Praxis _____
(in schwarzer Schrift & Druckbuchstaben)

Straße _____

PLZ Ort _____

Postermotiv DIN A2 (bitte ankreuzen) 1 2 3



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

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



Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

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