

## Das „Rundum-Sorglos-Paket“ für den Berufsstart

TAGUNGSWOCHENENDE FÜR DEN BERUFSEINSTIEG  
NACH ZWEI JAHREN PAUSE WIEDER IN PRÄSENZ S. 12 f.

„Kommunikation im  
Medizinwesen“ [KIM]  
Voraussetzung für  
das „Elektronische  
Beantragungs- und  
Genehmigungsverfahren  
für Zahnärzte“ [EBZ]  
S. 8 ff.

Kampagne „Paro-Check“  
soll über Parodontitis  
informieren S. 36 f.



*Fortbildung ist nicht alles –  
aber ohne Fortbildung ist alles nichts ...*

## *KZVN-Mediathek: Online-Seminare nachholen!*

*Kein  
Problem!*

*Online-Seminar  
verpasst?*

Wir zeichnen **ausgewählte Online-Seminare** („Webseminare“) auf und stellen Ihnen diese in der **KZVN-Mediathek** (→ Mitgliederportal) zur Verfügung. Kostenfrei.

Sie entscheiden, wann (jederzeit, von montags bis sonntags, rund um die Uhr), wo (zu Hause, am Arbeitsplatz oder ...) und mit welchem Endgerät (PC, Laptop, Smartphone) Sie unser Online-Fortbildungsangebot nutzen.

## *Interaktive Fortbildung: Beim Surfen punkten*



*Die interaktive @-Fortbildung der KZVN macht's möglich*

Monat für Monat finden Sie unter dem Menüpunkt → **Fortbildung** im Mitgliederbereich der **KZVN-Website** einen Multiple-Choice-Fragebogen zu einem ausgewählten Fachartikel des NZB.

Haben Sie 70 Prozent des Fragenkatalogs richtig beantwortet, können Sie zwei Fortbildungspunkte erwerben (§ 95 d SGB V) und den dazugehörigen Fortbildungsnachweis ausdrucken.

Loggen Sie sich ein, testen Sie Ihr Fachwissen und punkten Sie nebenbei in Sachen Fortbildung unter: **www.kzvn.de** unter Menüpunkt → **Fortbildung**.

# Endlich wieder Präsenz!

Im Herbst letzten Jahres hatten wir ein wenig Hoffnung, dass das Infektionsgeschehen bald unter Kontrolle sein würde und unser aller Leben wieder zur Normalität zurückkehren würde. Mit dieser Perspektive hatten wir einerseits die Planungen für eine Vortragsreihe durch alle Verwaltungsstellen der KZVN aufgenommen und andererseits gemeinsam mit der ZKN auch das Berufseinsteiger-Wochenende im April geplant.

Die Hoffnung auf sinkende Inzidenzwerte hatte sich nicht erfüllt, allerdings abhängig davon, wo der Ausgangspunkt für die jeweilige Betrachtung gesetzt wurde. Der Umgang mit und die Beherrschung des Infektionsgeschehens ließen es dann aber zu, dass wir beide Projekte umsetzen konnten. Alle elf Verwaltungsstellen haben wir im März im Rahmen der Informationsveranstaltungen besuchen können mit Vorträgen zu den Themen, die uns unter den Nägeln brannten. Themen von der Bundes- und Landesebene und Themen für Sie, unsere Mitglieder, die den zahnärztlichen Praxisalltag bestimmen.

Das Berufseinsteiger-Wochenende als gemeinsame Veranstaltung beider Körperschaften werte ich als vollen Erfolg. Eine veränderte Konzeption, beginnend mit der Vorstellung der Körperschaften, die thematische Neuausrichtung durch den ZKN-Vorstandsausschuss „Beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement“ mit höchst engagierten Mitgliedern sowie die Gesamtorganisation haben der Veranstaltung nach 2-jähriger Pause zu einem geglückten Neustart verholfen.

Seit März 2020 haben wir gelernt, mit für uns teilweise neuen Medien umzugehen. Die Not hat es uns gelehrt, mit Headset, Kamera und mobilen Endgeräten Videobesprechungen durchzuführen und Lerninhalte anzubieten oder vermittelt zu bekommen. Viele von uns haben sie schätzen gelernt, manchen sind sie dennoch fremd geblieben. Ich bin mir sicher, dass die jetzt geübten Techniken auch nach dem Auslaufen der letzten Einschränkungen in der Nutzung bleiben werden.

Dr. Jürgen Hadenfeldt  
Stellv. Vorsitzender des  
Vorstandes der KZVN



Foto: © KZBV/Kraff

In den vielen Gesprächen am Rande dieser Veranstaltungen habe ich erfahren, wie wichtig aber auch Präsenzveranstaltungen sind. Die direkte Kommunikation, das Aufeinanderzugehen, Kritik und Lob auszusprechen und natürlich auch einzustecken, direkt Fragen stellen zu können, alles Dinge, die im Videoformat fehlen! Nicht zuletzt aber auch die Möglichkeit des Austausches unter den Anwesenden, das kollegiale Miteinander. Diese Dinge wurden mir insbesondere beim Besuch der 11 Verwaltungsstellen vermittelt. Genauso bin ich darin bestärkt worden, auch zukünftig für Fortbildungen die Möglichkeiten digitaler Wissensvermittlungen anzubieten.

Lassen Sie sich überraschen, wir werden auch über den Sommer und Frühherbst wieder zu Ihnen kommen. Mit Themen, die die Praxisorganisation betreffen wie KIM und EBZ (s. S. 8/9 in diesem Heft), aber auch mit einer Zwischenbewertung zu den neuen Bema-Leistungen und einem Ausblick auf das Vertragswesen. ■

Gerne sehen wir Sie wieder,  
Ihr

Dr. Jürgen Hadenfeldt  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

## NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

57. Jahrgang

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

### HERAUSGEBER

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

### REDAKTION

#### ZKN

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

#### Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

### REDAKTIONSBURO

#### ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

### GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur  
An der Alten Fabrik 4, 30629 Hannover  
Tel.: 0511 5693790; E-Mail: [info@mqdesign-werbeagentur.de](mailto:info@mqdesign-werbeagentur.de)  
Internet: [www.mqdesign-werbeagentur.de](http://www.mqdesign-werbeagentur.de)

### REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

**ZKN**

Zahnärztekammer  
Niedersachsen

**KZVN**

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

### REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 07-08/22: 14. Juni 2022  
Heft 09/22: 9. August 2022  
Heft 10/22: 13. September 2022

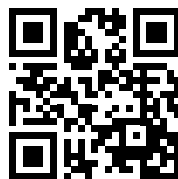
Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



### BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegen 3 Exemplare der  
► Patientenzeitschrift ZahnRat 109  
bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



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



12



12



8

#### LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:  
Endlich wieder Präsenz!

#### POLITISCHES

- 4 Gesundheitspolitik auf internationaler Ebene: Deutsche G7-Präsidentschaft
- 6 „Eklatantes Defizit“ bei der Digitalisierung
- 7 Gesundheitsversorgung im Zeichen von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz
- 8 „Kommunikation im Medizinwesen“ [KIM]  
Voraussetzung für das „Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Zahnärzte“ [EBZ]
- 11 Infofilm: Die wichtigsten Features der neuen Anwendung in knapp 3 Minuten
- 12 Das „Rundum-Sorglos-Paket“ für den Berufsstart: Tagungswochenende für den Berufseinstieg nach zwei Jahren Pause wieder in Präsenz
- 14 „Mit dem Schwangerschafts- und Kinderwunsch offener umgehen“
- 16 ZFA: Mit neuer Ausbildungsverordnung moderne Basis für Perspektiven im Beruf gelegt
- 17 Klartext der Bundeszahnärztekammer

#### FACHLICHES

- 18 Plastisch-ästhetische Korrektur der parodontal-restaurativen Schnittstelle
- 24 Zahn(hartsubstanz)erhaltung 2.0 – Adhäsive Lösungen für nicht ganz alltägliche Fälle
- 32 Long Covid auch oral bemerkbar Studie zu Auswirkungen in der Mundhöhle
- 34 Pflicht für Betreiber von Dentaltubusgeräten: Vorhalten eines Schilddrüsen-Strahlenschutzmittels (Schild oder Schilddrüsenkragen)!
- 35 Train the trainers Ausbildung und Ausbildungsrecht – kein Buch mit 7 Siegeln!
- 35 Das ZKN-Referat Zahnärztliche Praxisführung informiert: Kein Beleg über Wirksamkeit von Luftfiltern für Zahnarztpraxen
- 36 Kampagne „Paro-Check“ soll über Parodontitis informieren
- 38 GOZ  
- ZKN-Relevante Rechtsprechung  
- ZKN-Berechnungsempfehlung
- 39 Rechtstipp:  
Mitwirkungspflicht des Patienten

#### TERMINLICHES

- 40 ZAN-Seminarprogramm
- 42 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

#### PERSÖNLICHES

- 43 Wir gratulieren herzlich nachträglich zum Geburtstag: den Herren Doktoren Bleß, Glusa und Salewski
- 44 32 Jahre Zahnerhaltungskunde mit Prof. Dr. Werner Geurtsen am Standort Hannover
- 44 25jähriges Jubiläum
- 45 Wir trauern um unsere Kollegen
- 45 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

#### AMTLICHES

- 46 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 48 Öffentliche Zustellungen
- 48 Ungültige Zahnarztweisung



18



34



24



Foto: © J. UK/Shutterstock.com

## GESUNDHEITSPOLITIK AUF INTERNATIONALER EBENE

# Deutsche G7-Präsidentschaft

**S**eit dem 1. Januar 2022 hat Deutschland die G7-Präsidentschaft inne – im dritten Jahr der Coronapandemie. Doch nicht nur mit Blick auf die aktuelle Krisenbekämpfung nimmt die Zusammenarbeit beim Thema Gesundheit einen zentralen Schwerpunkt während der deutschen G7-Präsidentschaft ein. Gleichmaßen möchte man sich auf die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (AMR) konzentrieren und sich mit dem Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheit befassen. Das ZBW wirft für Sie einen Blick auf die großen Themen dieser Zusammenarbeit.

Die Bundesregierung betont die besondere Verantwortung der führenden Industrienationen „für die Gestaltung einer lebenswerten Zukunft aller Menschen auf einer gesunden Erde“. Zu ihren fünf großen Zielen im Rahmen der derzeitigen G7-Präsidentschaft zählt demnach auch eine „starke Vorsorge für ein gesundes Leben“. Sie stellt fest, dass die Coronapandemie und deren soziale und wirtschaftliche Auswirkungen in bisher nicht gekanntem Ausmaß die „Bedeutung und Aktualität globaler Gesundheitsfragen“ deutlich mache. In der offiziellen Kommunikation des Bundesgesundheitsministeriums werden verschiedene zentrale Schwerpunkte genannt, die in diesem Feld im Rahmen der G7-Präsidentschaft angegangen und vertieft werden sollen.

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach: „Gesundheit ist zentrales Thema der deutschen G7-Präsidentschaft. Damit setzt die Bundesregierung ein wichtiges Zeichen. Gerade in Zeiten der Pandemie wird deutlich, dass Gesundheitsfragen internationale Lösungen erfordern. Wir wollen zusammen die Pandemie bekämpfen und gleichzeitig Lehren daraus ziehen.“

### Pandemie(n)

Bis Mitte des Jahres sollen nach dem Willen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 70 Prozent der Weltbevölkerung gegen COVID-19 geimpft sein. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die G7-Staaten insbesondere ärmere Länder in ihrer Impfkampagne unterstützen, indem die multilaterale Initiative COVAX sowie die lokale Impfstoffproduktion in Entwicklungsländern gestärkt werden. Auch der Koalitionsvertrag der Bundesregierung sieht eine „gerechte Impfstoffverteilung“ und eine Unterstützung von COVAX vor, hier sind sich die Regierungsparteien einig. „Zur Prävention zukünftiger Pandemien ist es von großer Bedeutung, dass wir die Internationalen Gesundheitsvorschriften überarbeiten. Dieses Thema spielt im Rahmen der Formulierung eines Internationalen Pandemievertrags eine Rolle, den wir bis 2024 verhandelt haben wollen“, betont die Göppinger Bundestagsabgeordnete Heike Baehrens, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, auf Anfrage des ZBW.

Neben der Coronapandemie gelte es, der „leisen, bereits laufenden Pandemie“ antimikrobieller Resistenzen beizukommen und entsprechende medizinische Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Dafür solle u. a. der unnötige Einsatz von Antibiotika reduziert und die Forschung und Entwicklung von neuen Antibiotika gefördert werden.

### Gesundheitsarchitektur

Die Globale Gesundheitsarchitektur soll nach dem „One-Health“-Ansatz, also der Verknüpfung von Klimawandel, Biodiversität und globalen Gesundheitsfragen ausgerichtet werden. So will die Bundesregierung im Rahmen der G7-Präsidentschaft die weitere Finanzierung zu globaler Gesundheit auf die Tagesordnung nehmen, wobei insbesondere die Stärkung der leitenden und koordinierenden Rolle der WHO von Bedeutung sei. Dieser Ansatz folgt einer bereits im Koalitionsvertrag der Ampel-Parteien festgehaltenen Vereinbarung im Sinne einer Reform und Stärkung der WHO. „Die COVID-Pandemie hat noch einmal bestätigt, wie wichtig belastbare Gesundheitssysteme weltweit sind. Ihre bessere Ausfinanzierung werden wir im Rahmen der G7 intensiv diskutieren. Zudem muss die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von der Staatengemeinschaft strukturell und finanziell besser ausgestattet werden, damit sie den Anforderungen, die wir an sie haben, besser gerecht werden kann“, erläutert die SPD-Gesundheitsexpertin Baehrens.



Foto: © BMG/Thomas Ecker

### Gesundheitsminister Lauterbach:

*„Globale Gesundheitspolitik ist mehr als Pandemiebekämpfung. Antibiotikaresistenzen bedrohen zunehmend die Therapiechancen von Patientinnen und Patienten weltweit. Und wir werden von neuen Gesundheitsrisiken durch den Klimawandel bedroht.“*

### Internationaler Austausch

Auch für die Opposition im Deutschen Bundestag ist eine vertiefte internationale Zusammenarbeit der Schlüssel für eine bessere Vorsorge und Abwehr künftiger Krisen. Diana Stöcker (CDU) ist Bundestagsabgeordnete für den Wahlkreis Lörrach-Müllheim und Mitglied im Gesundheitsausschuss. Sie betont: „Mit der Weltgesundheitsorganisation, den Vereinten Nationen und der EU haben wir auch bereits die Foren, die global hohe Akzeptanz genießen. Innerhalb dieser Foren muss die Kommunikation verbessert werden, um die Transparenz zu erhöhen. Die WHO muss strukturell und finanziell auch künftig verlässlich gestärkt werden. Der Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse muss besser werden. Hier müssen auch wissenschaftliche Institutionen in Entwicklungsländern gestärkt werden.“ Es gebe in Europa einen weitreichenden Konsens, dass auch die Pandemiebekämpfung auf Dauer nur gemeinsam geht, so MdB Stöcker weiter. „Dennoch gab es gerade in Momenten der Medikamentenknappheit Länder, die nationale Interessen nach vorn gestellt haben. Entscheidend wird sein, das Vertrauen und den Informationsaustausch weiter zu stärken.“ Viele Innovationen entstünden gerade durch die internationale Zusammenarbeit und Vernetzung, wie am Beispiel der Entwicklung der COVID-19-Impfstoffe zu sehen sei.

### Klimaschutz

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft die Wirkung von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation hat Luftverschmutzung und Erderwärmung als größte Gesundheitsgefahren weltweit identifiziert. Daher spielen der Umwelt- und Klimaschutz für die globale Gesundheit eine entscheidende Rolle, die auch in der Agenda der deutschen G7-Präsidentschaft deutlich wird. Gemeinsam mit den G7-Partnern will sich die Bundesregierung dafür einsetzen, die Klimaresilienz des Gesundheitssektors zu verbessern. Gleichzeitig müsse dieser selbst einen Beitrag zur Bekämpfung des Klimawandels leisten, wie Heike Baehrens MdB betont: „Der Gesundheitssektor hat einen viel zu großen ökologischen Fußabdruck. Unser Ziel muss es sein, diesen zu verringern und wirkungsvolle Maßnahmen mit dem Ziel der Klimaneutralität auf den Weg zu bringen. Mehr Ressourceneffizienz im Gesundheitswesen senkt nicht nur die gesundheitlichen Risikofaktoren, sondern reduziert mittelfristig auch Kosten. Handlungsoptionen innerhalb des Sektors reichen von effizienten Gebäuden und klimafreundlichem Beschaffungswesen über die Reduktion unnötiger Mehrfachleistungen und Überverschreibungen hin zu einer stärkeren Priorisierung von Prävention und Gesundheitsförderung.“ ■

— Alexander Messmer  
Dr. Holger Simon-Denoix

Zahnärzteblatt Baden-Württemberg (ZBW) 04/2022



Foto: © PopTika/Shutterstock.com

## „Eklatantes Defizit“ bei der Digitalisierung

**A**uch zwei Jahre nach Beginn der Pandemie stünden wichtige Versorgungsdaten aus dem deutschen Gesundheitswesen „entweder gar nicht, unvollständig, oder nur mit erheblichem Zeitverzug für wissenschaftliche Auswertungen maschinenlesbar zur Verfügung“ kritisieren die 19 Mitglieder des „ExpertInnenrats der Bundesregierung zu COVID-19“, zu denen unter anderem die Virologen Prof. Dr. Melanie Brinkmann, Prof. Dr. Christian Drosten und Prof. Dr. Hendrick Streeck, die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Prof. Dr. Alena Buyx sowie der Präsident des Robert-Koch-Instituts Prof. Dr. Lothar Wieler gehören. Dabei seien diese Informationen für ein „effektives Pandemiemanagement und als Grundlage für politische Entscheidungen“ essentiell. Daher mahnen die Experten in einer Stellungnahme nun „dringende Maßnahmen für eine verbesserte Datenerhebung und Digitalisierung“ an. „Gravierend“ wirke sich gerade in der Omikron-Welle aus, dass in Deutschland bisher keine „patientenindividuelle Datenerfassung und anonymisierte Auswertung durch eine elektronische Patientenakte“ stattfinde. „Dringend benötigt“ zur Bewertung der Lage und „zur Evidenzbildung für daraus resultierende Entscheidungen über Gegenmaßnahmen“ werde insbesondere die aktuelle Hospitalisierungsrate in allen Altersgruppen. Gerade bei der Hospitalisierung zeige sich jedoch das „eklatante Defizit“ der Verfügbarkeit zeitnaher Daten – sowohl bundesweit als auch regional. Das betreffe vor allem auch die fehlende Datengrundlage bezüglich der täglich verfügbaren und belegten Krankenhausbetten.

Im Moment bediene sich Deutschland zur Einschätzung der Omikron-Variante vorrangig ausländischer Untersuchungen, zum Beispiel aus Großbritannien, Dänemark und den USA, so der Expertenrat. Diese Daten seien zwar von hohem Wert, aufgrund verschiedener Faktoren wie der Impfquote, der Seroprävalenz, der Altersstruktur, Unterschieden in den Gesundheitssystemen und der aktuell geltenden Maßnahmen konnten sie jedoch nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen werden – was unter Umständen zu Fehleinschätzungen führen könne. Deutschland benötige eine „umfassende Digitalisierung des Gesundheitswesens mit Ausleitung, Auswertung und Veröffentlichung von anonymisierten Gesundheitsdaten in Echtzeit“, fasst der ExpertInnenrat zusammen. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sollte „mit höchster Priorität“ umgesetzt werden, befindet er. Dabei verweist er auf das Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“, das der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Frühjahr 2021 zu diesem Thema vorgestellt hatte. Der Sachverständigenrat hatte empfohlen, für jede Person bei ihrer Geburt eine ePA anzulegen – mit der Möglichkeit zum Opt-Out. Um die in der Akte gespeicherten Daten zu Forschungszwecken nutzen zu können, solle geprüft werden, ob für Versorgungsdaten eine gesetzliche „Befugnisnorm zur Verarbeitung ohne Zustimmungserfordernis“ geschaffen werden könnte, schlugen die Ratsmitglieder damals vor. Bisher erfolgt die Anlage einer elektronischen Patientenakte auf Wunsch des Patienten; Daten aus der ePA können



freiwillig zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden. Eine weitere Verzögerung der 2003 beschlossenen und gesetzlich verankerten elektronischen Patientenakte sei nicht mehr mit „einem modernen Gesundheitswesen und Pandemiemanagement“ vereinbar, unterstreicht der ExpertInnenrat. Gesundheitsdaten sollten „zeitnah einzel-fallbasiert und vollständig in Form einer elektronischen Patientenakte vorliegen und neben dem Zweck der verbesserten Patientenversorgung auch für die anonymisierte wissenschaftliche Auswertung zugänglich sein“, fasst er in seiner Stellungnahme zusammen.

Daten zu Krankenhausressourcen und -belegung – insbesondere mit Blick auf an COVID-19 erkrankte Patienten – müssten tagesaktuell, maschinenlesbar und transparent zur Verfügung gestellt werden, fordert der Rat. Zugleich

plädieren die Experten dafür, auch die Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitswesens voranzubringen. Weitere Digitalisierungsschritte und Maßnahmen „für eine offene Zugänglichkeit und zeitgemäße wissenschaftliche Analyse pandemierelevanter Daten und Aspekte sind darüber hinaus dringend, insbesondere auch zur Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2022/23 notwendig“, schließen sie. Die Ministerpräsidentenrunde unterstrich in ihrem Beschluss vom 24. Januar die Dringlichkeit der Vorschläge und bat die Gesundheitsministerkonferenz, sich „zeitnah“ mit den Empfehlungen des ExpertInnenrats zur Digitalisierung zu befassen. ■

\_\_\_\_\_ Kirsten Behrendt

Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein 03/2022

## Gesundheitsversorgung im Zeichen von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz

### 17. EUROPATAG DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER IN BRÜSSEL

**W**elche Auswirkungen haben die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens und die Nutzung Künstlicher Intelligenz (KI) auf die Gesundheitsversorgung? Der 17. Europatag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) erörterte dies am 30.03. unter dem Titel „Europa auf dem Weg zu Digital Health?“ im Hybrid-Format in Brüssel. Hintergrund waren verschiedene laufende EU-Initiativen, die dazu beitragen sollen, die Nutzung elektronischer Gesundheitsdienste europaweit zu intensivieren. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der EU-Institutionen, der Wissenschaft und des Berufsstandes wurde über die Frage diskutiert, welche Entwicklungen in diesem Zusammenhang auf europäischer Ebene zu erwarten sind.

In seiner Begrüßung unterstrich BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz, dass digitale Anwendungen bereits heute die Behandlungen signifikant verbessern. Mit Blick auf die zunehmende Nutzung von Künstlicher Intelligenz wies Benz darauf hin, dass diese nur Empfehlungen geben sollte, die menschliche (Behandlungs-)Entscheidung aber nicht ersetzen dürfe. Wesentliche Grundlage jeder Behandlung ist das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin/Patient

und (Zahn-)Arzt/Ärztin, so Benz weiter. Der BZÄK-Präsident unterstrich ferner, dass der zahnärztliche Berufsstand aufgerufen sei, sich in den Prozess der Digitalisierung aktiv einzubringen und diesen mitzugestalten.

#### Hintergrund

Die EU ist im Begriff, den Einsatz Künstlicher Intelligenz auf einem risikobasierten Ansatz zu regeln. Für Anfang April hatte die Europäische Kommission zudem angekündigt, einen Gesetzesvorschlag für die Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraums vorlegen zu wollen. Für die Kommission steht der europaweite sichere Zugang zu einer elektronischen Patientenakte im Vordergrund, was eine Interoperabilität der bestehenden nationalen Patientendaten-systeme voraussetzt. ■



BZÄK-Präsident  
Prof. Dr. Christoph Benz

Fotos: Alexander Louvet / BZÄK

\_\_\_\_\_ BZÄK



Foto: © stock.adobe.com

# „Kommunikation im Medizinwesen“ [KIM] Voraussetzung für das „Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Zahnärzte“ [EBZ]

**U**nter den vielen neuen staatlich verordneten digitalen Anwendungen der TI gibt es zwei, die im Rahmen der Praxisverwaltung sinnvoll erscheinen und tatsächliche Erleichterungen der Arbeitsabläufe versprechen. Diese digitalen Verfahren sind zugleich verpflichtender Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens für Zahnärzte (EBZ) ist für den 01.07.2022 vorgesehen. Damit werden die gegenwärtig noch per Papier zu genehmigenden Behandlungspläne für die Leistungsbereiche KFO und PAR bzw. Zuschussbewilligungen für ZE in ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren überführt. Technische Voraussetzung für dieses Verfahren ist neben der Aktualisierung des Praxisverwaltungssystems (PVS) der elektronische Heilberufsausweis zum Signieren der Anträge. Eine weitere Grundvoraussetzung ist die Einrichtung der funktionsfähigen „Kommunikation im Medizinwesen – KIM“.

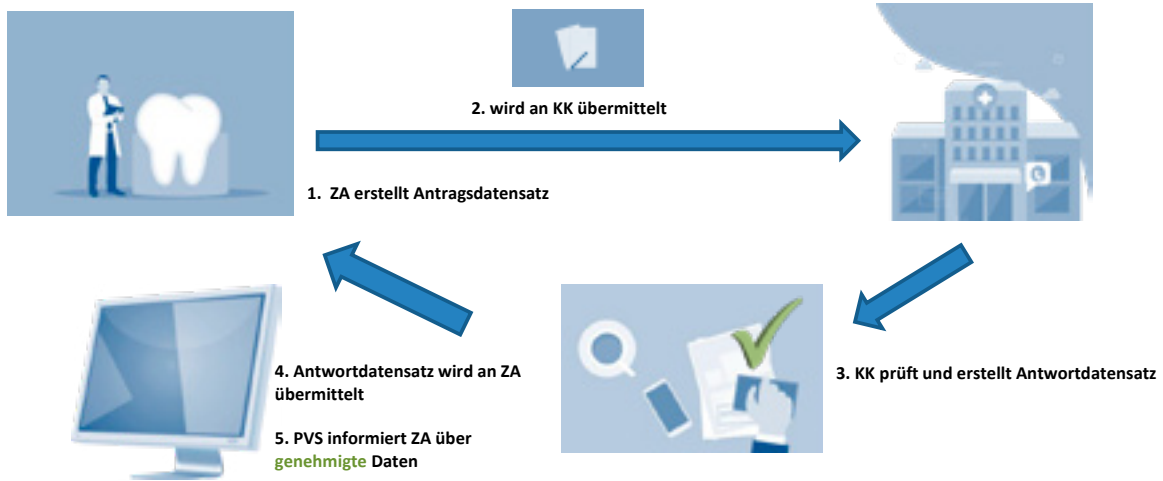
KIM bezeichnet einen E-Maildienst, der auch den Übertragungsweg zwischen Praxen und den Krankenkassen darstellt. Ein Kommunikationsweg, über den automatisch verschlüsselte Dokumente und Nachrichten per E-Mail versendet werden können. Da das EBZ nur mittels KIM

funktioniert, muss die Kommunikation im Medizinwesen durch entsprechende softwaremäßige Anpassungen bis zum 01.07.2022 in den Praxen installiert sein. Weitere Informationen über die Einrichtung der KIM können Sie im Mitgliederportal (Login erforderlich) unter <https://www.kzvn.de/zahnaerzte/telematik.html> unter dem Menüpunkt KIM erhalten.



Dr. Jürgen Hadenfeldt, stellv. Vorsitzender der KZVN

# 1. Standardszenario: Genehmigung erfolgt entsprechend Beantragung



Quelle: Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Das NZB hat den stellv. Vorsitzenden der KZVN, Dr. Jürgen Hadenfeldt, zu diesem aktuellen Thema befragt:

**NZB: Die Telematik-Infrastruktur hält eine Fülle neuer digitaler Anwendungen für die Praxen bereit. Können Sie etwas über die Praxisrelevanz einzelner Anwendungen sagen?**

**Dr. H.:** Aktuell stehen die Implementierung von KIM sowie die Anwendung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und des eRezeptes im Fokus. Für die überwiegende Zahl der Zahnarztpraxen spielen Rezepte und Krankschreibungen insbesondere im Vergleich mit ärztlichen Praxen nur eine sehr untergeordnete Rolle. Durch die Übergangsregelung bei der eAU sowie der Verschiebung der Umstellung auf das eRezept ist den Praxen dankenswerterweise mehr Zeit für die Umstellung gegeben worden.

Die Relevanz, insbesondere von KIM, ist zukünftig für jede Praxis sehr hoch. Können doch mit diesem E-Mail-Verfahren medizinische Dokumente verschlüsselt und zusätzlich auch digital signiert versendet und empfangen werden. Dabei werden alle aktuellen Anforderungen von Datenschutz und Datensicherheit erfüllt. Die Bedeutung des EBZ wird von den meisten Fachleuten als hoch eingestuft, ist es doch die erste Telematikanwendung für Zahnarztpraxen, die bestehende Abläufe erheblich vereinfachen wird. Es wird hiermit das Zeitalter der papiergebundenen Verwaltungsvorgänge zwischen Praxis und Krankenkassen weitgehend beendet werden.

**In diesem Beitrag stehen KIM und EBZ im Fokus. Welche Bedeutung kommt der Fristsetzung zu, und welche Probleme können bei Nichtbeachtung entstehen?**

Derzeit wird an dem Starttermin 01. Juli 2022 für die Einführung des EBZ festgehalten. Die Umstellung von papiergebundenen Beantragungsverfahren auf digitale Verfahren wird für viele Praxen eine Herausforderung darstellen. Bei Nichtbeachtung der Fristsetzung muss grundsätzlich un-

terschieden werden, ob technische Störungen die Ursache sind, oder ob, aus welchen Gründen auch immer, die technische Umstellung in der Praxis nicht realisiert wird. Eine Honorarkürzung, wie es bei der TI-Nichteinführung und bei fehlender ePA-Bereitstellung verankert war, ist hier vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Es bleibt abzuwarten, ob Krankenkassen auch nach der verpflichtenden Einführung noch papiergebundene Unterlagen alter Systematik annehmen werden. Für den Fall technischer Störungen ist das vertraglich jedenfalls vereinbart. ▶▶

## EINFÜHRUNGSPHASE

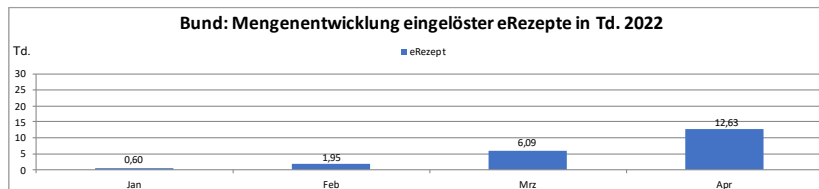
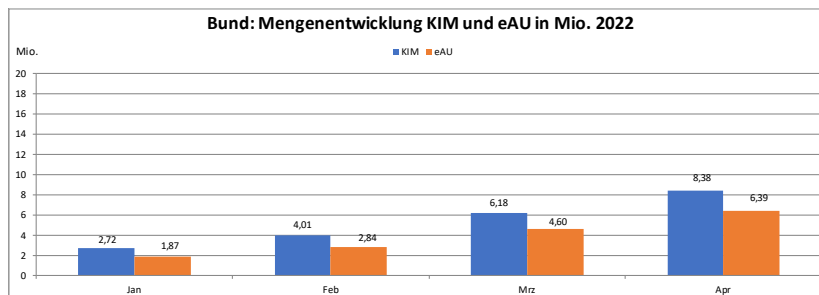
Ab dem 01.07.2022 bis 30.06.2023 soll die Einführungsphase für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte beginnen.

Das Beantragungs- und Genehmigungsverfahren erfolgt dann ausschließlich auf elektronischem Weg mit den Kostenträgern. **Achtung:** Die Einführungsphase beträgt nach § 17 Satz 15 Anlage 15 BMV-Z 12 Monate. In begründeten Fällen, insbesondere bei Programmierfehlern oder sonstigen Störungen, kann auf das Papierverfahren (Formulare oder Stylesheets) zurückgegriffen werden. Ab dem 01.07.2023 geht das elektronische Verfahren dann in den Regelbetrieb.

Technische Voraussetzungen: Nach § 2 zu Anlage 15 BMV-Z sind Grundvoraussetzungen für die Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens:

- ▶ Ein PVS-Update
- ▶ ein PTV3/PTV4-fähiger Konnektor zum Verschlüsseln, Entschlüsseln und Signieren (QES) von Antrags- und Antwortdatensätzen an die Kostenträger
- ▶ ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)
- ▶ die Fachanwendung KIM (= Kommunikation im Medizinwesen) zur Versendung von Antrags- und Antwortdatensätzen an die Kostenträger.

## NUTZUNG VON KIM-NACHRICHTEN, GESENDETEN eAUS AN KRANKENKASSEN UND EINGELÖSTEN E-REZEPTEN



Daten-Quelle: TI-Dashboard gematik

### ► Sie haben zuvor die Vorteile des elektronischen Beantragung- und Genehmigungsverfahrens angedeutet. Wie muss man sich den Ablauf vorstellen, und welche konkrete Arbeitserleichterung sehen Sie beim EBZ für die Praxen?

Rechtzeitig vor Beginn werden die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme die Software bereitstellen, die für das neue Verfahren notwendig ist. Auf Kassenseite sind ebenfalls umfangreiche Anpassungen technischer aber auch personeller Art notwendig. Beim EBZ werden zukünftig Behandlungspläne direkt als Datensätze mit digitaler Signatur über KIM an die Krankenkassen gesendet werden, also keine Papiausdrucke, keine Unterschriften, keine Briefumschläge, kein Versand, keine Portokosten. Die Antworten der Krankenkassen erfolgen ebenfalls mittels Datensätzen über KIM. Der größte Teil der Verarbeitung auf Kassenseite wird automatisiert erfolgen, schnelle Entscheidungen mit hoher Transparenz der Abläufe sind zu erwarten.

### Welche Hilfestellung stellt die KZVN ihren Mitgliedern zur Verfügung, um rechtzeitig KIM und EBZ zu installieren?

Sobald der Startpunkt definitiv feststeht und alle technischen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind, werden wir unsere Mitglieder über das NZB, Rundschreiben, Newsletter und Beiträge im Zahnarztportal informieren. Darüber hinaus planen wir Informationsveranstaltungen in Präsenz sowie online und werden Videobeiträge in unsere Mediathek einstellen. Über unsere Hotline können wir sicherstellen, dass Fragen kompetent beantwortet werden.

### Gibt es Erkenntnisse über die Akzeptanz verschiedener digitaler Anwendungen bei niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzten?

Hier ergibt sich ein sehr heterogenes Meinungsbild. Ich habe den Eindruck, dass sich diejenigen, bei denen Skepsis und Ablehnung oder Kritik im Vordergrund stehen, eher zu Wort melden als diejenigen, die auf diese digitalen Veränderungen gewartet haben und sie gerne im Praxisalltag umsetzen wollen. Ich nehme auch positive Rückmeldungen wahr, was die Innovationsbereitschaft betrifft.

### Unser neuer Gesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach hat in einem Interview mit der KBV zu erkennen gegeben, dass für ihn im Rahmen der Telematik die Weiterentwicklung der ePA im Vordergrund steht. Wie ist Ihre Meinung dazu?

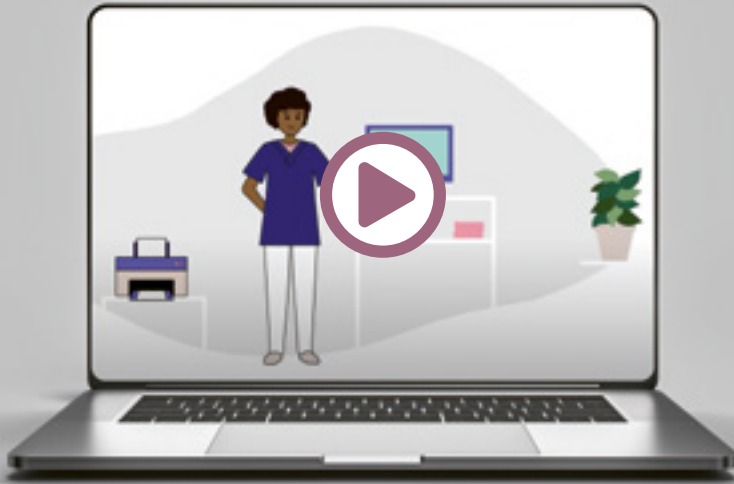
Die ePA ist die patientengeführte elektronische Patientenakte. Ich würde mich freuen, wenn Prof. Lauterbach eher die Belange und Forderungen unserer Mitglieder, der Zahnärztinnen und Zahnärzte, aufgreifen würde.

### Mit welchen weiteren verpflichtenden digitalen Anwendungen müssen Deutschlands Zahnärztinnen und Zahnärzte in näherer Zukunft rechnen? Gibt es Fristen, die dabei zu beachten sind.

Weitere verpflichtende Anwendungen sind zurzeit nicht in der Planung. Ich begrüße das sehr, denn das vom Amtsvorgänger Lauterbachs vorgelegte Tempo bei der zwangsweisen Einführung von TI-Anwendungen in Verbindung mit Sanktionsmaßnahmen hatte eine zu hohe Geschwindigkeit. Die Techniken waren teilweise nicht ausgereift und auch nicht hinreichend erprobt. Zahnarztpraxen brauchen eine Verschnaufpause. Im Praxisalltag stehen zurzeit andere Probleme im Mittelpunkt!

Herr Dr. Hadenfeldt, vielen Dank für das Gespräch. ■

\_\_\_\_\_red



# KZBV

Den direkten Link zum Film finden Sie hier:  
<https://www.youtube.com/watch?v=WpUTsMTzt4A>

## Infofilm: Die wichtigsten Features der neuen Anwendung in knapp 3 Minuten

**U**m speziell Zahnarztpraxen auf die Einführung des elektronischen Rezepts (E-Rezept) vorzubereiten, hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) einen neuen Informationsfilm produziert, der auf die besonderen Belange des Berufsstands abstellt. Der Clip erläutert in knapp drei Minuten anschaulich und allgemeinverständlich Grundlagen, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der digitalen Anwendung E-Rezept. Zudem illustriert er konkrete Anwendungsszenarien und Vorteile im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung.

### Hintergrund: Das E-Rezept

Bereits heute können Zahnarztpraxen das E-Rezept im Rahmen der verlängerten Testphase erproben und erste Erfahrungen sammeln und viele beteiligen sich aktiv. Die Testphase ist erfolgreich abgeschlossen, wenn die zuvor vereinbarten Qualitätskriterien, vor allem mindestens 30.000 abgerechnete E-Rezepte, erreicht worden sind. Dann kommt das E-Rezept nach dem Willen des Gesetzgebers in einem schrittweisen Rollout als Pflichtanwendung in die Versorgung und ersetzt das herkömmliche Muster 16-Formular für alle apothekenpflichtigen Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden.

Das Rezept wird verschlüsselt in einem zentralen Dienst der Telematikinfrastruktur (TI) gespeichert, nachdem die

Verordnungsdaten im Praxisverwaltungssystem zusammengestellt und mit dem eZahnartausweis signiert wurden. Der Zugriff wird über einen sogenannten „Zugriffs-Token“ gesteuert, der zusammen mit dem E-Rezept erzeugt wird. Patientinnen und Patienten können wählen, ob sie ihre E-Rezepte per Smartphone in der E-Rezept-App verwalten oder die Einlöseinformation (den „Token“) in der Praxis als Ausdruck erhalten möchten.

### Hintergrund: Informationsmaterialien der KZBV zur TI

Neben mehreren Erklärfilmen zur TI hat die KZBV eine Serie von kostenfreien Leitfäden, Flyern und Broschüren aufgelegt, die Zahnarztpraxen und Patienten den Umgang mit Deutschlands größtem Gesundheitsnetzwerk erleichtern sollen. Dazu zählen neben einem Leitfaden zum E-Rezept die Publikationen „Die elektronische Patientenakte (ePA): Leitfaden für die Anwendung in der Zahnarztpraxis“, „Telematikinfrastruktur ein Überblick“, „Elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung (eMP/AMTS)“, „Notfalldatenmanagement (NFDM)“ sowie ein Leitfaden zum Nachrichtendienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen). Zudem sind Informationen zu den Themen Videosprechstunden, Videofallkonferenzen und Telekonsile, Komfortsignatur, elektronische Patientenakte sowie Datenschutz und Datensicherheit verfügbar. Sämtliche Publikationen sind als PDF-Dateien auf der Website der KZBV abrufbar. ■

\_\_\_\_\_ KZBV



Fotos: Referent:in:ZKN, Imblich/ZKN

*Etwa 50 junge Kolleginnen und Kollegen hörten sich die Vorträge rund um das Thema Berufsstart an.*

# Das „Rundum-Sorglos-Paket“ für den Berufsstart

## TAGUNGSWOCHENENDE FÜR DEN BERUFSEINSTIEG NACH ZWEI JAHREN PAUSE WIEDER IN PRÄSENZ

**N**ach zwei Jahren coronabedingter Zwangspause fand Ende April endlich wieder ein Tagungswochenende für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger von Zahnärztekammer (ZKN) und Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KZVN) statt. Die Erleichterung und Begeisterung, dass eine Präsenzveranstaltung wieder möglich ist, war den rund 50 Teilnehmenden aber auch den Organisatoren deutlich anzumerken. Man habe kurz überlegt, ein solches Wochenende digital stattfinden zu lassen, sagte das ZKN-Vorstandsmitglied Silke Lange zu Beginn der Veranstaltung. „Uns war aber schnell klar, das lebt vor allem vom direkten Austausch.“ Diesen nutzten die jungen Kolleginnen und Kollegen dann auch ausgiebig, unter anderem bei einer Kaffeerunde im Foyer, beim Gespräch mit den Referentinnen und Referenten und bei einem geselligen Grillabend am Freitagabend.

In den Vorträgen wurden viele Themen, die für die jungen Kolleginnen und Kollegen zum Start in ihr Berufsleben und auch bei den Überlegungen für eine Selbstständigkeit relevant sind, angesprochen. So ging es etwa um Verträge und Versicherungen für die Zahnarztpraxis, Ausbildung und steuerliche Optimierung oder das Marketing für eine Zahn-

arztpraxis. Hilfreiche und praktische Tipps gab auch Dr. Tilli Hanßen aus dem ZKN-Vorstand. Den Anwesenden riet sie vor allem aber zu Mut und Gelassenheit: „Ich habe mit 30 wirklich Angst gehabt vor den Zahlen. Bei so viel Geld wird einem schon einmal schwindelig. Aber trauen Sie sich“, gab sie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit auf den Weg.



*Netzwerken stand beim Tagungswochenende im Vordergrund.*



*ZKN-Vorstandsmitglied Dr. Tilli Hanßen gab praktische Tipps für die Praxisgründung*

Einen ähnlichen Ratschlag hatte auch ZKN-Präsident Henner Bunke bei der Begrüßungsrunde im Gepäck: „Machen Sie sich lieber heute als morgen selbstständig“. Sein Kollege aus der Schwesterkörperschaft, KZVN-Vorstandsvorsitzender Dr. Thomas Nels, gab den jungen Kolleginnen und Kollegen einen Tipp für die zahnärztliche Behandlung mit auf den Weg: „Don't be a hero“, sagte er mit Blick auf das Vertrauenskapital, das Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht verspielen sollten.

Über den Fachkräftemangel als aktuelle Herausforderung und Themen, die so im zahnmedizinischen Studium nicht vorkommen, wie etwa Führungsqualitäten, sprach Dr. Timo Simniok. Er machte den jungen Kolleginnen und Kollegen klar: „Sie konkurrieren um Ihr Personal nicht mit der Kollegin und dem Kollegen um die Ecke, sondern mit der gesamten Wirtschaft.“

Organisiert wurde das Tagungswochenende vom Ausschuss für Beruflichen Nachwuchs, Familie und Praxismanagement der ZKN zusammen mit den Verwaltungen von ZKN und KZVN. Viele junge Ausschussmitglieder berichteten auf dem Wochenende selbst von „ihrem Weg in die Selbstständigkeit“, auf den sie sich gerade begeben oder den sie erst kürzlich abgeschlossen haben. Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich schon weiter informieren wollten, gab es ein „Schwarzes Brett“ mit Anzeigen von Kolleginnen und Kollegen, die ihre Praxis abgeben wollen.

Aufgrund des umfangreichen Angebots des Wochenendes bilanzierte eine Teilnehmerin schließlich: „Das ist das Rundum-Sorglos-Paket. Ich kann jedem nur empfehlen, in der Assistenzzeit hier teilzunehmen.“ Bleibt die Hoffnung, dass dies auch im kommenden Jahr in Präsenz möglich sein wird. ■

\_\_\_\_\_ Julia Treblin, Abteilungsleiterin  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ZKN



Marua Hawi und Dr. Dr. Julian Diebler berichteten über ihren Weg in die Selbstständigkeit



(Foto: privat)

### 3 (Fragen) mal 3 (Antworten) an Dr. Fabian Godek, Vorsitzender des ZKN-Vorstandsausschusses Beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement

#### 3 Eigenschaften, die junge Kolleginnen und Kollegen auf ihrem Weg in die Selbstständigkeit mitbringen sollten?

Dr. Godek: Den Mut, sein eigenes Ding zu machen. Die Zuversicht, dazu zu stehen und seine eigenen Ideen zu entwickeln. Und schlussendlich die Energie, diese Ideen auch in die Tat umzusetzen.

#### 3 Dinge, die Sie heute anders machen würden?

Dr. Godek: Ich würde früher Kammer und KZVN in den Gründungsprozess einbeziehen und da ganz viele Fragen stellen. Ich würde früher ein ausgiebiges Netzwerk bilden. Mhmm, und als drittes? Ich glaube, ansonsten hat das im Großen und Ganzen schon ganz gut funktioniert. Wir müssten vielleicht in 20 Jahren nochmal darüber sprechen.

#### 3-mal Pro und/oder Contra Selbstständigkeit?

Dr. Godek: Es heißt ja „selbst“ und „ständig“, das stimmt natürlich auch. Es gibt nicht so wirklich den richtigen „Feierabend“. Aber das ist auch was Schönes, denn man kann sich auch am Wochenende hinsetzen und über sich und seine Praxis nachdenken und das dann umsetzen. Man übernimmt viel Verantwortung, das ist schön, kann aber am Anfang auch verwirrend sein. Der Punkt, der für mich klar für die Selbstständigkeit spricht, ist aber: Man kann sein Konzept von moderner Zahnheilkunde entwickeln und in die Tat umsetzen. Für mich war es die beste Entscheidung, die ich bisher an keinem Tag bereut habe.

# „Mit dem Schwangerschafts- und Kinderwunsch offener umgehen“



Zahnärztin Saskia Schneider, Dr. Maja Graeser, Dr. Juliane Schönfelder und Julia Treblin (für die Redaktion) im Gespräch (v.l.n.r.)

**V**ereinbarkeit von „Beruf und Familie“ war eines der Themen beim Berufseinsteigerwochenende. Im Interview mit der NZB-Redaktion verraten die Referentinnen Dr. Maja Graeser, Dr. Juliane Schönfelder (beide angestellte Zahnärztinnen und Mütter) sowie Saskia Schneider als selbstständige Zahnärztin und Mutter, wie sich für sie persönlich die Anforderungen von Familie und Beruf vereinbaren ließen und warum Offenheit auch bei der Familienplanung wichtig ist.

**NZB:** Hat Ihre Familiensituation Ihre Sichtweise auf die Möglichkeiten einer Berufsausübung in Selbstständigkeit oder im Angestellten-Verhältnis noch einmal verändert?

**Schneider:** Nein, absolut nicht. Ich bin gleich nach der Assistenzzeit in die Selbstständigkeit gegangen. Das fand ich bisher auch nie belastend. Ganz im Gegenteil: Man liebt seinen Beruf ja auch und so kann man diesen auch ausüben und den kleinen Menschen bei sich haben. Hätte ich meinen Sohn irgendwo abgeben müssen, wäre das für mich aber nicht gegangen. So habe ich alles, was mir lieb ist, bei mir. Ich würde es also auf jeden Fall immer wieder so machen.

**NZB:** Hand aufs Herz: Haben Sie sich nie die Frage gestellt, ob Selbstständigkeit und Familie gut zu vereinbaren sind?

**Schneider:** Nein, das gabs nicht. Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

**NZB:** Was denken Sie, ist es mit Blick auf die Vereinbarkeit als Zahnärztin leichter oder schwieriger, eine Familie zu gründen, als in anderen Berufen?

**Dr. Schönfelder:** Mir fiel es sehr schwer, die Praxis von heute auf morgen zu verlassen. Die Patientenfälle nicht mehr abschließen zu können und mich dafür zu rechtfertigen. Ich hatte Glück und wir haben schnell eine kompetente Zahnärztin gefunden, die meine Stelle vertritt. Ich gehe immer noch regelmäßig in die Praxis und rede mit den Kolleginnen und Kollegen über Fälle. Patienten, von denen ich mich nicht persönlich verabschieden konnte, rufe ich an und schildere ihnen den Wechsel und erkläre ihnen wie es nun weitergeht. So hoffe ich, ihnen etwas Vertrauen wiederzugeben.

**NZB:** Vermutlich ist es dann auch herausfordernd, wieder zurückzukommen, oder? Wie schwer war Ihr Wiedereinstieg?

**Dr. Schönfelder:** Nein, für mich war es sehr einfach. Ich habe mit zehn Wochenarbeitsstunden angefangen und schnell aufgestockt. Es war eine sehr schöne Abwechslung, auch wieder am Behandlungsstuhl zu stehen. Mir war auch klar, dass ich schnell wieder viele Stunden arbeiten wollte. Ich habe aber das Glück einen guten familiären Rückhalt zu haben und somit ein super Netzwerk. Ohne das hätte ich nicht so schnell wieder mehr arbeiten können, da die Betreuung erst später durch eine Tagesmutter und bald durch den Kindergarten übernommen wird. Einen guten Kita-Platz zu finden, ist meist schwer.

**Dr. Graeser:** Was mir immer wieder in unserem Beruf auffällt, ist, dass sich vieles am Nachmittag oder Abend abspielt. Viele Patienten können nur nach ihrer Arbeit kommen. Das ist unsere Hauptzeit. In anderen Berufen kann man vormittags zum Beispiel im Büro arbeiten, während die Kinder im Kindergarten sind. Bei meiner Planung fällt mir das besonders schwer, denn ich möchte auch nachmittags arbeiten, aber natürlich auch mein Kind noch sehen.

**NZB:** Was hätten Sie sich als Informationen vor der Familiengründung gewünscht?



**Schneider:** Junge Frauen sollten keine Angst oder Scheu haben. Und das auch nicht, wenn man Selbstständigkeit plant und eine Familiengründung ebenfalls im Kopf hat. Man muss seine Belastungsgrenze kennen, entsprechend planen und wissen, was man für ein Typ Mensch ist. Mein Mann ist im Außendienst tätig und viel in Deutschland unterwegs. Wir müssen von Woche zu Woche planen. Aber es funktioniert immer.

**Dr. Graeser:** Ich glaube, ich wäre dankbar gewesen, wenn es die Checklisten, die jetzt vom Ausschuss Beruflicher Nachwuchs erarbeitet wurden, schon gegeben hätte. Im Moment sucht sich eben jede Zahnärztin noch selbst alle notwendigen Informationen raus.

**NZB:** Was würden Sie sich vom beruflichen Umfeld noch wünschen. Braucht es in der Arbeitswelt generell ein Umdenken mit Blick auf junge Frauen und Mütter?

**Dr. Graeser:** Ich fände es einfach schön, wenn mit dem Thema offen umgegangen werden könnte. Wir hören von ganz vielen Zahnärztinnen, dass sie ihrem Chef nicht sagen, dass sie einen Kinderwunsch haben. Das führt dazu, dass der Chef schwieriger planen kann und negativer eingestellt ist bezüglich der Schwangerschaft. Eigentlich ist das ein Teufelskreis.

**Schneider:** Meinen Mitarbeiterinnen in der Praxis sage ich immer: Wenn ihr schwanger werden wollt, bin ich absolut dafür. Ich wünsche mir, dass sie zu mir kommen, sobald sie in die Familienplanung einsteigen. So können wir gemeinsam planen, wie wir uns künftig weiter aufstellen, damit es für alle Seiten auch gut passt. ■

— Julia Treblin, Abteilungsleiterin  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ZKN

# Fit for Future

## POSTGRADUALE QUALIFIZIERUNG

### Was ist Fit for Future?

Nach dem Studium fehlen Ihnen noch wichtige Informationen zur beruflichen Selbstständigkeit? Sie wollen sich schon heute strukturiert weiterbilden und fit werden für Ihr zukünftiges Berufsleben? Dann nehmen Sie teil an unserem neuen Programm „Fit for Future – Postgraduale Qualifizierung“.

Anfang Mai starteten die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) mit dem neuen Qualifizierungsprogramm für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte. Damit wollen wir Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern nach der Approbation in ihrer meist zweijährigen Vorbereitungsassistenzeit sowie weiteren Interessentinnen und Interessenten begleitend wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten für ihr weiteres Berufsleben vermitteln.



Zahnärztekammer  
Niedersachsen  
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover  
www.zkn.de



Kassenzahnärztliche  
Vereinigung Niedersachsen  
Zeißstraße 11, 30519 Hannover  
www.kzvn.de



**Jetzt anmelden!**

### Ansprechpartnerin

Gabriele König  
Tel.: 0511 83391-313  
Fax: 0511 83391-42313  
E-Mail: [Fit-For-Future@zkn.de](mailto:Fit-For-Future@zkn.de)

### Kosten

806 EUR (optional in 13 Raten zahlbar)

### Anmeldung und Basisinformationen

[www.zkn.de/praxis-team/fit-for-future.html](http://www.zkn.de/praxis-team/fit-for-future.html)



# ZFA: Mit neuer Ausbildungsverordnung moderne Basis für Perspektiven im Beruf gelegt

## BZÄK UND VERBAND MEDIZINISCHER FACHBERUFE E.V. ZUR MODERNISIERTEN BERUFSAUSBILDUNG ZAHNMEDIZINISCHER FACHANGESTELLTER

# 21

Jahre nach der letzten Novellierung tritt am 1. August

2022 eine neue Verordnung über die Berufsausbildung zur bzw. zum Zahnmedizinischen Fachangestellten in Kraft. Im Konsensverfahren haben die Sozialpartner – der Verband medizinischer Fachberufe e.V., ver.di und die Bundeszahnärztekammer – gemeinsam mit den zuständigen Institutionen und Bundesministerien in den vergangenen beiden Jahren intensiv daran gearbeitet, die Ausbildungsverordnung zu modernisieren. Die neue Verordnung wurde nun am 25. März im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Schwerpunkte der Anpassungen sind zum einen neue Standardberufsbildpositionen, die für alle nach dem BBiG geregelten Ausbildungsberufe gelten. Dazu gehören Umweltschutz und Nachhaltigkeit sowie digitalisierte Arbeitswelt. „Zusätzlich war es notwendig, die Kommunikation und Kooperation im Berufsbild ZFA auszubauen“, erläutert Karin Becker-Oevermann, Vizepräsidentin im Verband medizinischer Fachberufe e.V. „Kommunikation ist entscheidend für die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten. ZFA müssen auf Erwartungen und Wünsche der Patienten und Patientinnen eingehen und dabei soziale, psychische und somatische Kontextfaktoren berücksichtigen. Diese Kompetenzen müssen besonders beim Umgang mit Menschen mit Behinderung, besonderen Unterstützungsbedarfen, bei Risikopatienten, Kindern und bei ängstlichen Personen beherrscht werden.“

Inhalte, deren Niveau in der ZFA-Berufsausbildung deutlich erweitert wurden, betreffen neben der Assistenz bei verschiedenen zahnärztlichen Behandlungen das Durchführen von Hygienemaßnahmen, das Aufbereiten von Medizinprodukten, das Organisieren, Bewerten und Reflektieren betrieblicher – auch digitaler – Arbeitsprozesse. Aber auch im Bereich des Qualitätsmanagements und der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen sowie im berufsbezogenen Umgang mit einer fremden Sprache – i.d.R. in Englisch – waren Anpassungen notwendig.

„Die Novellierung der Ausbildungsverordnung macht deutlich, wie anspruchsvoll dieser Beruf auch in Zukunft bleibt“, erklärt Sylvia Gabel, Referatsleiterin ZFA im Verband medizinischer Fachberufe e.V. und ergänzt: „Das ist wichtig. Denn auf dieser Grundlage bauen sich Abschlüsse auf, die auf Länderebene gesetzlich geregelt sind, so zum Beispiel als Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP), als Dentalhygienikerin (DH) bzw. als Fachwirtin für zahnärztliches Praxismanagement (FZP).“ Sylvia Gabel appelliert an ihre Kolleginnen und Kollegen, diese Aufstiegsfortbildungen zu absolvieren, um auch die Perspektiven in diesem Beruf zu nutzen.

„ZFA sind ein essenzieller Bestandteil jeder Zahnarztpraxis, ohne sie würden die Praxen gar nicht funktionieren“, so Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, BZÄK-Vorstandsreferent für ZFA und Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen. „Durch die Fortbildung zur ZMP oder DH können sie sich noch mehr in den Praxisabläufen einbringen, Zahnärztinnen und Zahnärzte entlasten und den Patientinnen und Patienten zu einer besseren Mundgesundheit verhelfen. Daher ist es wichtig, die Ausbildungsverordnung aktuell zu halten und an die derzeitigen Erfordernisse anzupassen. Das ist mit der jetzigen Novellierung sehr gut gelungen.“

BZÄK und Verband medizinischer Fachberufe e.V. rufen die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte auf, die neue Ausbildung mit Leben zu füllen, verstärkt für eine Ausbildung in diesem Beruf zu werben und so für gut aus- und fortgebildete ZFA attraktive Perspektiven aufzuzeigen. ■

\_\_\_\_\_ BZÄK





# Klartext

## DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

### Bewusstsein für Parodontitis in der Bevölkerung erhöhen BZÄK startet Aufklärungskampagne

Etwa 35 Millionen Menschen in Deutschland sind an einer Parodontitis erkrankt. Die oftmals unerkannte Volkskrankheit weist etliche Wechselwirkungen mit internistischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Gefäßdurchblutungsstörung, Lungenentzündung) auf und kann damit den gesamten Organismus betreffen. Parodontitis ist jedoch gut vorzubeugen und sie ist gut behandelbar – dies gerade im Anfangsstadium. Deshalb sind Prävention und Früherkennung von Parodontitis wichtig für die Gesundheit der Patienten, bergen jedoch auch volkswirtschaftlich gesehen einen immensen Nutzen.

Obwohl Fachkreise heute wissen, welche Bedeutung die Parodontitis als auslösender oder adjuvanter Faktor für bedeutende Allgemeinerkrankungen besitzt, fehlt es einerseits an einem Krankheitsverständnis in der breiten Bevölkerung. Andererseits ist zu beobachten, dass die Compliance der an Parodontitis erkrankten Patientinnen und Patienten bei der regelmäßigen Nachsorge noch deutlich zu verbessern ist.

Parodontitis wird durch ihren chronischen und anfänglich mit relativ unspezifischen Symptomen einhergehenden Verlauf von den Patientinnen und Patienten kaum wahr-

genommen, das Wissen um die eigene Erkrankung ist zudem gering ausgeprägt. Deshalb ist die Steigerung des Bewusstseins für diese Erkrankung zentral. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) startet mit dem 22. März 2022 eine Aufklärungskampagne. Ziel: die Bedeutung von Parodontitis für breite Bevölkerungsschichten verständlich zu vermitteln. Früherkennung, Risikowahrnehmung und Krankheitsverständnis in der Bevölkerung sollen gestärkt werden.

Einstieg in das Paro-Wissen ist ein kurzer Selbsttest, der als „Paro-Check“ Menschen direkt in ihrem digitalen Umfeld ausgespielt wird: [paro-check.de/#check](https://www.paro-check.de/#check). Ein Kurzfilm und aufmerksamkeitsstarke Bildmotive stellen die Frühsymptome in den Mittelpunkt. Der Kurzfilm wird zum Beispiel auf YouTube und Nachrichtenportalen vor Videobeiträgen geschaltet, die für die relevanten Altersgruppen interessant sind. Weitere Kampagnenbausteine folgen im Laufe des Jahres.

Wir freuen uns, wenn Sie die Aufklärung digital unterstützen.  
→ [www.paro-check.de](https://www.paro-check.de)

### Piktogrammheft und fremdsprachige Formulare

Um Sprachprobleme bei der Behandlung zu bewältigen, bietet die Bundeszahnärztekammer ein Piktogrammheft sowie fremdsprachige Formulare von Kammern und KZVen an. Diese wurden um Versionen in ukrainischer Sprache ergänzt (Patienteninformation, Anamnesebogen, Fragebogen für Notfallbehandlungen), dem Piktogrammheft die Flagge der Ukraine hinzugefügt.

→ <https://www.bzaek.de/recht/behandlung-von-asylbewerbern-und-asylbewerberinnen.html#c3942>

### Daten & Fakten

Die neue Ausgabe der „Daten & Fakten“ von BZÄK und KZBV mit den aktuellen Zahlen zur zahnärztlichen Versorgung ist erschienen.

→ <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen.html>



Foto: © stock.adobe.com - Zerbor

# Plastisch-ästhetische Korrektur der parodontal-restaurativen Schnittstelle

Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel, Medizinische Hochschule Hannover



**Einführung:** Die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Werkstoffe hat zu einer erheblichen Verbesserung des ästhetischen Outcomes bei prothetischen Rehabilitationen beigetragen. Ein symmetrischer und harmonischer Verlauf der marginalen Gingiva sowie eine gesunde parodontal-restaurative Schnittstelle spielen für ein ästhetisches Ergebnis aber eine ebenso wichtige Rolle. In dem vorliegenden Fallbericht soll die Bedeutung der parodontal-restaurativen Schnittstelle herausgearbeitet werden und ein Therapieregime zur Wiederherstellung einer ansprechenden Rot-Weiß-Ästhetik vorgestellt werden.

**Behandlungsmethoden:** Die Patientin zeigte einen Einbruch im girlandenförmigen Verlauf der marginalen Gingiva Regio 21 und eine Verletzung des suprakrestalen Attachments an den Zähnen 21 und 22. Dies führte zu einer entzündlichen Reaktion und zur Atrophie der Interdentalpapille zwischen den Zähnen 21 und 22. Bei der Patientin wurden die Kronen an den Zähnen 21 und 22 entfernt, am Zahn 21 wurde eine neue Präparationsgrenze auf Höhe der Nachbarzahnrestaurationen angelegt und Kronenprovisorien wurden temporär eingegliedert. Im Anschluss wurde ein koronaler Verschiebelappen am Zahn 21 durchgeführt und im Rahmen der Heilungsphase durch Umformung der Kronenprovisorien die initial atrophierte Papille regeneriert. Abschließend wurden neue verblendete Vollkeramikronen an den Zähnen 11, 21 und 22 eingegliedert.

**Ergebnisse:** Das klinische Ergebnis 2 Jahre nach koronalem Verschiebelappen offenbarte eine ansprechende Rot-Weiß-Ästhetik mit gesunden parodontalen Verhältnissen. Auch 6,5 Jahre postoperativ zeigte das klinische Bild stabile Verhältnisse im Bereich der plastischen Deckung.

**Schlussfolgerung:** Vor der Zahnpräparation gilt die parodontale Sondierung zur Erhebung von Sondierungstiefen und Entzündungszeichen als etabliert. Die

Beschaffenheit der Gingiva (Verlauf der marginalen Gingiva, Phänotyp, Breite der keratinisierten Gingiva etc.) bleibt häufig unberücksichtigt, stellt aber einen wichtigen Einflussfaktor für ein stabiles, entzündungsfreies und ästhetisches Ergebnis dar. Eine präprothetische mukogingivalchirurgische Korrektur ist zu bevorzugen. Mit dem gezeigten Therapieregime kann unter der Voraussetzung intakter interdentaler Knochenverhältnisse auch nach prothetischer Versorgung die parodontal-restaurative Schnittstelle korrigiert werden.

## Einleitung

Bei der Anfertigung von zahnärztlichen Restaurationen stand lange Zeit die funktionelle Rehabilitation im Vordergrund. Ein ästhetisch zufriedenstellendes Ergebnis nimmt jedoch in der modernen Zahnmedizin einen immer größeren Stellenwert ein. Die Weiterentwicklungen bei den zahnärztlichen Werkstoffen haben die „Weiß-Ästhetik“ sukzessive verbessert und ermöglichen mittlerweile über biomimetische Konzepte für den Laien unsichtbare Restaurationen [10]. Die parodontal-restaurative Schnittstelle spielt kosmetisch aber eine ebenso wichtige Rolle [9]. Bei der Behandlungsplanung sollte daher sowohl bei zahn- als auch bei implantatgetragenen Restaurationen die parodontale Reaktion auf die Restauration berücksichtigt werden, um eine bestmögliche „Rot-Weiß-Ästhetik“ zu gewährleisten [7]. Bereits in den 90er Jahren wurden zahlreiche Einflussfaktoren beschrieben. Zu ihnen zählen die Lage des Restaurationsrands [12, 15], die Gestaltung der Restauration [9], der parodontale Phänotyp [14], der Verlauf der marginalen Gingiva und die Gingivaarchitektur [17]. Ein kürzlich veröffentlichtes Review über die Zusammenhänge zwischen festsitzenden zahnärztlichen Restaurationen und parodontalen Strukturen gibt eine umfassende Übersicht über prognostische Faktoren für eine ästhetische und zugleich gesunde parodontal-restaurative Schnittstelle [3]. In Tabelle 1 sind die wichtigsten perioprothetischen Einflussfaktoren für biologische und ästhetische Komplikationen dargestellt.

Prognostischer Faktor	Biologische Komplikation	Ästhetische Komplikation
Verletzung der suprakrestalen Attachments	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vermehrte Entzündungszeichen</li> <li>▶ Erhöhte Sondierungstiefen, CAL-Verlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rötung und Schwellung der marginalen Gingiva</li> <li>▶ Rezessionsbildung</li> </ul>
Traumatisches Vorgehen bei der Gingivaverdrängung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ CAL-Verlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rezessionsbildung</li> </ul>
Intrakrevikulärer Restaurationsrand	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vermehrte Entzündungszeichen</li> <li>▶ Erhöhte Sondierungstiefen, CAL-Verlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rötung und Schwellung der marginalen Gingiva</li> <li>▶ Rezessionsbildung</li> </ul>
Restaurationsüberhänge (≥ 0.5 mm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vermehrte Plaqueakkumulation</li> <li>▶ Vermehrte Entzündungszeichen</li> <li>▶ Erhöhte Sondierungstiefen, CAL-Verlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rötung und Schwellung der marginalen Gingiva</li> <li>▶ Rezessionsbildung</li> </ul>
Unpräzise marginale Passung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vermehrte Plaqueakkumulation durch Zementauswaschungen</li> <li>▶ Vermehrte Entzündungszeichen</li> <li>▶ Erhöhte Sondierungstiefen, CAL-Verlust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rötung und Schwellung der marginalen Gingiva</li> <li>▶ Rezessionsbildung</li> </ul>
Emergenzprofil (Design des apikalen Drittels der Restauration)	Verschiedene Emergenzwinkel und -profilgestaltungen (dezente Über- und Unterkonturierungen) sind mit parodontaler Gesundheit vereinbar, sofern Hygienefähigkeit gegeben ist. Cave: Das interdentale Emergenzprofil und die Lage des Approximalkontakts sind entscheidend für die Morphologie der Interdentalpapille.	
Zahnärztlicher Werkstoff	(Nicht-)Edelmetalllegierungen und Keramiken sind bei adäquater Verarbeitung und Politur mit parodontaler Gesundheit vereinbar.	
Parodontaler Phänotyp (Gingivadicke, Breite der keratinisierten Gingiva, bukkale Knochendicke)	Ein dünner parodontaler Phänotyp erhöht die Gefahr für biologische und ästhetische Komplikationen bei den vier erstgenannten prognostischen Faktoren.	
Asymmetrien im Verlauf der marginalen Gingiva		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ästhetische Beeinträchtigung besonders bei hoher Lachlinie (abhängig von der Gingivaarchitektur sind präprothetisch resektive oder plastische parodontalchirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Symmetrie zu erwägen)</li> </ul>

Tabelle 1: Die wichtigsten prognostischen Faktoren für Komplikationen an der parodontal-restaurativen Schnittstelle bei festsetzenden zahngestützten Restaurationen

Der folgende Fallbericht soll die Wichtigkeit der parodontal-restaurativen Schnittstelle insbesondere im sichtbaren Bereich herausstellen. Die Behandlung umfasste eine restaurative Vorbehandlung, einen mukogingivalchirurgischen Eingriff und die prothetische Neuversorgung. Es sollen besonders die neuralgischen Punkte bei der Gestaltung von Restaurationen herausgearbeitet werden.

### Falldarstellung

#### Allgemeine und spezielle Anamnese

Die Patientin wurde überwiesen und stellte sich erstmals am 8. Dezember 2014 in der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover vor. Sie gab an, an einer Schilddrüsenunterfunktion zu leiden, die mit L-Thyroxin 150 medikamentös eingestellt war. Neben einer sporadisch auftretenden Hypotonie wurden keine weiteren Erkrankungen angegeben.

Die zahnärztliche Leidensgeschichte war lang. Bei der Patientin war der Zahn 12 nicht angelegt. Es erfolgte in der Kindheit eine kieferorthopädische Behandlung mit Lückenschluss. Die Patientin entwickelte bereits vor ca. 10 Jahren funktionelle Probleme. Der erste Vorbehandler führte eine Schienentherapie durch und überkronte in der Folge die Zähne 17, 16, 26, 27, 36 und 46. Nach der Überkronung war die Patientin zunächst einige Wochen symptomfrei.

Ihr wurde vorgeschlagen, die zu diesem Zeitpunkt bereits vorhandene Rezession am Zahn 21 mit einer Überkronung der Oberkieferschneidezähne zu „kompensieren“. Der Zahn 21 wurde schließlich neu überkront, die Kronen 11 und 22 wurden erneuert. Mit dem Resultat der Überkronung war die Patientin extrem unglücklich und entwickelte zudem Symptome einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD). Sie wechselte daraufhin den Zahnarzt. Dieser begann eine systematische CMD-Diagnostik und Schienentherapie. Die zusätzlich verordnete manuelle Therapie konnte die CMD-Symptomatik deutlich verbessern. Die Patientin wurde für eine kosmetische Korrektur der Rot-Weiß-Ästhetik im Oberkieferschneidezahnbereich an unsere Klinik überwiesen.

#### Ausgangsbefund

Der klinische und röntgenologische Ausgangsbefund ist in Abbildung 1 dargestellt. Auf dem alio loco angefertigten Einzelzahnfilm der Zähne 11, 21 und 22 (Abb. 1b) sind periapikal keine osteolytischen Veränderungen zu erkennen. Die Krone am Zahn 22 weist mesial einen überstehenden Kronenrand auf. Der interradikuläre Abstand zwischen den Zähnen 11 und 21 ist sehr groß, was die mesiale Überkonturierung der Kronen erklärt. Der zahnärztliche Befund zeigte ein konservierend-prothetisch suffizient versorgtes Gebiss (Abb. 1a). Die Patientin zeigte eine überdurchschnittliche häusliche Mundhygiene und entzündungsfreie paro- ▶▶

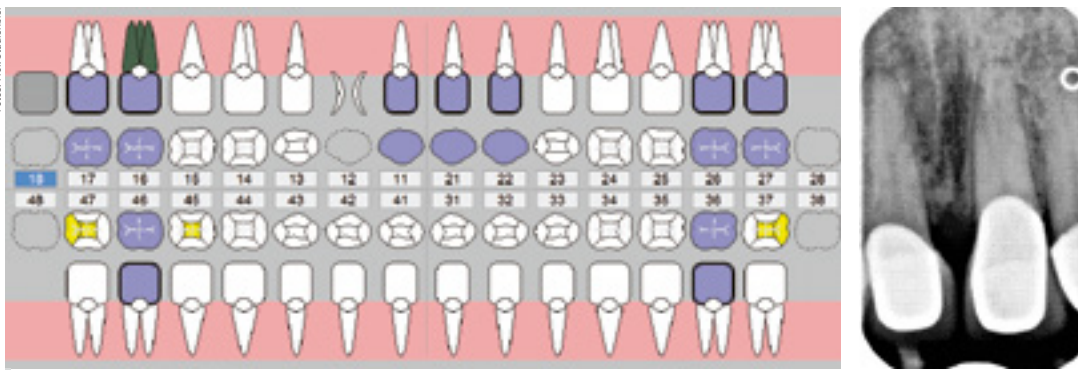


Abb. 1: Klinischer und röntgenologischer Ausgangsbefund; (a) zahnärztlicher Befund vom 8. Dezember 2014; (b) alio loco angefertigter Einzelzahnfilm der Zähne 11, 21 und 22 vom 25. April 2014

► dentale Verhältnisse bei altersentsprechenden Knochenverhältnissen. Eine Ausnahme stellte die marginale Gingiva bukkal an den Zähnen 11 und 21 dar, die aufgrund perioprothetischer Probleme eine inflammatorische Reaktion zeigte. Aufgrund der vorhandenen defekten Restaurationsränder im Oberkieferschneidezahnbereich wurde dort ein PSI-Code von 2 notiert.

Das extraorale Foto zur Darstellung der hohen Lachlinie offenbarte eine ausgeprägte Mittellinienabweichung im Oberkiefer (Abb. 2). Aufgrund des fehlenden Zahns 12 war der girlandenförmige Verlauf der Gingiva asymmetrisch, die lange Krone am Zahn 21 und die starke Rötung der marginalen Gingiva verstärkten den kosmetischen Leidensdruck der Patientin erheblich. Die Patientin wurde intensiv über Risiken, Ablauf und Zeitrahmen der Behandlung aufgeklärt. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass ein 100%iges Outcome aufgrund des fehlenden Zahns 12 nicht erreicht werden könne. Eine orthodontische Behandlung



Abb. 2: Extraorale Aufnahme zur Verdeutlichung der hohen Lachlinie

mit Lückenöffnung als Differenzialtherapie lehnte die Patientin ab. Zur Planung eines geeigneten mukogingivalchirurgischen Therapieregimes wurden an den Zähnen 11, 21 und 22 parodontale Parameter erhoben. Der lokal erhobene parodontale Befund zeigte keine erhöhten Sondierungstiefen, wobei an den meisten bukkalen Messstellen Blutungen nach dem Sondieren auftraten. Alle Zähne wiesen ein breites Band an keratinisierter Gingiva auf. Auch an dem Zahn 21 war mit einer Breite von 3,5 mm ausreichend keratinisierte Gingiva vorhanden (Abb. 3a). Die distale Papille am Zahn 21 war bereits dezent atrophiert, ansonsten gab es keinen relevanten interdentalen Attachmentverlust (Abb. 3a). Alle Kronenränder, aber besonders der distale Rand der Vollkeramikkrone am Zahn 21, lagen sehr weit subgingival, sodass von einer Verletzung des suprakrestalen Attachments ausgegangen werden musste. Bei der Patientin wurden demnach folgende Diagnosen gestellt: Gingivale Rezession Typ 1 B+ am Zahn 21, Verletzung des suprakrestalen Attachments (besonders am Zahn 21), Gingivitis an den Zähnen 11, 21 und 22.

### Behandlungsablauf

#### Restaurative Vorbehandlung und mukogingivalchirurgischer Eingriff

In der ersten Sitzung am 8. Dezember 2014 wurde ein zahnärztlicher Befund erhoben, und die alio loco angefertigten Röntgenbilder wurden besprochen. Im Rahmen des funktionellen Screenings zeigte sich kein statischer oder dynamischer Hyperbalancekontakt im Oberkieferschneidezahnbereich. Da die Patientin die zu diesem Zeitpunkt getragene Schiene vergessen hatte, wurde sie am 17. De-



Abb. 3: Restaurative Vorbehandlung am 12. Februar 2015; (a) Klinische Ausgangssituation; (b) Zustand nach erfolgter Entfernung der Kronen an den Zähnen 21 und 22; (c) Zustand nach Anlage einer neuen Präparationsgrenze am Zahn 21 und Eingliederung von Chairside-Provisorien an den Zähnen 21 und 22

Chronologischer Behandlungsablauf beim koronalen Verschiebelappen
Anwendung einer Mundspülung (Chlorhexidindigluconat 0,2%)
Lokalanästhesie (Ultracain DS-forte. 1:100.000, Sanofi-Aventis, Frankfurt am Main, Deutschland)
Supragingivale Reinigung mit einem Pulver-Wasserstrahlgerät (Glycinpulver)
Trapezförmige Schnittführung, Hebung eines Mukoperiostlappens (Micro Miniatur Blade 6962, Surgistar, Knoxville, USA)
Nivellierung der ursprünglichen Präparationsgrenze (nur in diesem Fall)
Verwendung von EDTA-Gel (PrefGel®, Straumann GmbH, Basel, Schweiz)
Spülung mit steriler, isotonischer Kochsalzlösung (NaCl)
Verwendung eines Schmelzmatrixderivats (Emdogain®, Straumann GmbH, Basel, Schweiz)
Periostschlitzung und Entepithelisierung der anatomischen Papillen
Mukoperiostlappen mit Umschlingungsnaht koronal fixieren (Ethicon Vicryl rapide 6.0., Johnson & Johnson, New Brunswick, USA), Einzelknopfnähte im Bereich der Entlastungsinzisionen (Gore Tex Suture CV 6, W.L. Gore & Associates, Flagstaff, USA)
Leichte Kompression des OP-Gebiets mit einem sterilen NaCl-getränkten Tupfer
Aufklärung über postoperative Verhaltensregeln (Merkblatt)

Tabelle 2: Systematik des koronalen Verschiebelappens

zember erneut einbestellt. Beim Tragen der Schiene wurde ein Vorkontakt im Bereich des Zahns 21 bei Protrusionsbewegungen festgestellt und entfernt.

Am 29. Januar 2015 fand erneut ein ärztliches Gespräch statt, in dem über privat zu tragende Kosten aufgeklärt wurde. Es wurden Ausgangsbefunde erstellt und dokumentiert (u.a. Fotos, Erhebung von parodontalen Messparametern). Trotz der guten Adhärenz wurde die Patientin einer professionellen Zahnreinigung und einer Mundhygieneunterweisung unterzogen, bei der ein besonderer Schwerpunkt auf eine effektive und zugleich schonende Reinigung im Oberkieferschneidezahnbereich gelegt wurde.

Am 12. Februar 2015 erfolgte die Entfernung der Kronen (EKR) an den Zähnen 21 und 22. Am präparierten Zahn 21 wurde eine neue Präparationsgrenze auf Höhe der Nachbarzahnrestaurationen angelegt (Abb. 3a-c). Die Kronenprovisorien an den Zähnen 21 und 22 wurden so gestaltet, dass ein Abstand von 5 mm zwischen dem interdentalen Knochen und dem unteren Rand des Approximalkontakts gewährleistet wurde (Abb. 3c). Eine Woche vor dem operativen Eingriff wurde das Operationsgebiet erneut mit einem Pulver-Wasserstrahlgerät gereinigt, um für die chirurgische Intervention bestmögliche parodontale Verhältnisse zu schaffen.

Am 23. März 2015 erfolgte der koronale Verschiebelappen. Das systematische Vorgehen beim koronalen Verschiebelappen ohne Bindegewebstransplantation ist in Tabelle 2 verdeutlicht und in der Bilderserie (Abbildung 4 a-i) dargestellt. Bei der Betrachtung der chronologischen Behandlungsabfolge fällt auf, dass die regenerative Prozedur vor der Periostschlitzung und der Entepithelisierung erfolgt. Dies beruht auf der Tatsache, dass sowohl die Periostschlitzung als auch die Entepithelisierung eine nicht unerhebliche Blutung verursachen, die sich ungünstig auf die regenerative Prozedur auswirken kann. Bei der koronalen Fixierung des Mukoperiostlappens wurde die gingivale Rezession wie üblich überdeckt (Abb. 4 i).

Es fanden Kontrollsitzen 1, 2, 3 und 6 Wochen postoperativ statt. Die Entfernung der Nähte erfolgte 14 Tage nach dem operativen Eingriff. In Abbildung 5 ist die klinische Situation 6 Wochen nach dem operativen Eingriff zu sehen. Bereits hier fällt eine dezente Volumenzunahme interdental zwischen den Zähnen 21 und 22 auf. Die „chairside“ angefertigten Kronenprovisorien wurden am ▶▶

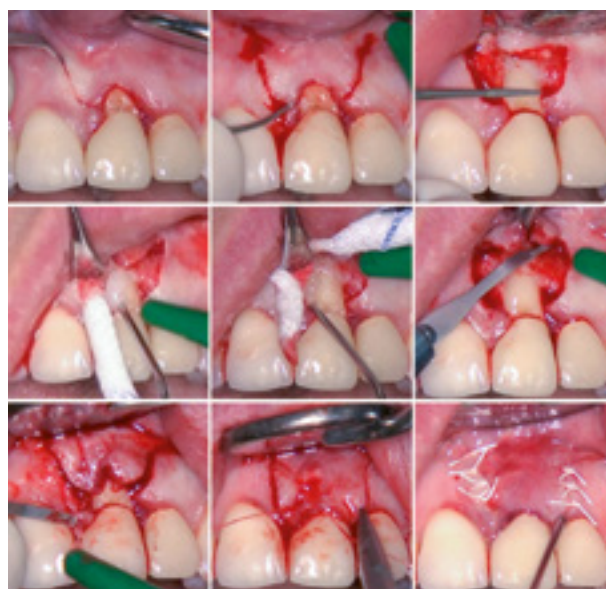


Abb. 4: Koronaler Verschiebelappen unter Verwendung eines Schmelz-Matrix-Derivats; (a) Zustand nach intrasulkulärer Schnittführung und erfolgter paramedianer Entlastung mesial am Zahn 21; (b) Zustand nach vollständiger trapezförmiger Entlastungsinzision, initiale Hebung des Mukoperiostlappens mit einem Papillenelevator; (c) Zustand nach Hebung des Mukoperiostlappens, Nivellierung der alten Präparationsgrenze; (d) Applikation eines EDTA-Gels (Pref Gel®); (e) Applikation eines Schmelz-Matrix-Derivats (Emdogain®); (f) Zustand nach erfolgter regenerativer Prozedur, Periostschlitzung; (g) Entepithelisierung der anatomischen Papillen; (h) koronale Verlagerung des Mukoperiostlappens mit erfolgter Umschlingungsnaht; (i) Zustand nach Nahtverschluss, Applikation von Emdogain® auf die Wundränder

► 7. August 2015, also 5 Monate nach dem operativen Eingriff, durch gefräste Lithiumdisilikatkeramikronen (e.max, Cerec®, Dentsply Sirona, York, USA) ersetzt. In Abbildung 6 ist der klinische Befund vom 10. September 2015 dargestellt. Die klinische Situation zeigte stabile parodontale Verhältnisse. Im Bereich der marginalen Gingiva waren keine Entzündungszeichen mehr vorhanden. Ein harmonischer girlandenförmiger Verlauf der marginalen Gingiva war wiederhergestellt. Weitere 3 Monate später, also 9 Monate postoperativ, erfolgte eine professionelle Zahnreinigung, bevor am 17. Februar 2016 mit der Anfertigung der definitiven Kronen begonnen wurde.

### Prothetische Neuversorgung

Aufgrund der ausgeprägten Asymmetrie wurde bei der Anfertigung des definitiven Zahnersatzes versucht, die Mittellinienabweichung im Oberkiefer leicht zurückzuführen. Dafür waren eine EKR und eine Umgestaltung der Krone am Zahn 11 sowie eine Verbreiterung des Zahns 13 mit Komposit (Estelite Sigma Quick, Tokuyama Dental Deutschland, Altenberge, Deutschland) notwendig. In Abbildung 7 sind die definitiven Kronen auf dem Sägemodell dargestellt. Bei der Farbgebung der Einzelkronen wurde auf eine ausgeprägte Transluzenz im Bereich der Schneide geachtet. Die Form der Einzelkrone am Zahn 22 wurde leicht an den Zahn 13 angepasst. Alle Einzelkronen hatten eine anatomisch geformte Zirkonbasis und wurden aufwendig verblendet. Am 25. Februar wurden die Einzelkronen definitiv zementiert. Es erfolgten Kontrollsitzungen am 26. April und am 7. September 2016. In diesen Sitzungen wurde jeweils eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt.

Nachsorge 2 und 6,5 Jahre nach plastischer Deckung  
Der klinische Befund vom 15. März 2017 zeigte bei der Patientin stabile parodontale Verhältnisse im Bereich der plastischen Deckung Regio 21. Entzündungen an der marginalen Gingiva waren nicht mehr vorzufinden. Die Mittellinienabweichung im Oberkiefer konnte leicht kassiert werden, war aber visuell immer noch sehr präsent. Der girlandenförmige Verlauf der marginalen Gingiva war wiederhergestellt. Klinisch waren weiterhin keine erhöhten Sondierungstiefen zu finden. Die Abbildung 8 zeigt die klinische Situation 2 Jahre nach koronalem Verschiebelappen. Bei der Gegenüberstellung der Frontalansichten vor und 2 Jahre nach dem operativen Eingriff fallen die kleineren Formkorrekturen ins Auge. Durch die leichte Verbreiterung des Zahns 13 konnte die Krone am Zahn 11 durch eine Volumenverschiebung nach mesial verlagert werden. Die Einzelzahnkrone am Zahn 22 wurde an den Zahn 13 angepasst und hat die Form eines seitlichen Schneidezahns leicht verloren. Insgesamt machen die neuen Vollkeramikronen einen lebendigeren Eindruck. Eine ansprechende Rot-Weiß-Ästhetik konnte wiederhergestellt werden.

Im Anschluss wurde die Patientin zur weiteren Nachsorge zurück an den Überweiser verwiesen und am 5. November 2021 erneut einbestellt, um das Langzeitergebnis des mukogingivalchirurgischen Eingriffs zu beurteilen. Die Patientin hatte sich mittlerweile einem Bleaching unterzogen und vor 1 Jahr aus kosmetischen Gründen (hellere Zahnfarbe) die Einzelzahnkronen an den Zähnen 11, 21 und 22 erneuern lassen. Die parodontale Situation im Bereich der Deckung zeigte stabile Verhältnisse (Abb. 9).

### Diskussion

Der Fallbericht zeigt die Therapie einer zu Behandlungsbeginn 47 Jahre alten Patientin mit einem kosmetischen Problem im Bereich der parodontal-restaurativen Schnittstelle. Bei der Patientin lag vor der alio loco durchgeführten Überkronung eine vorhersehbar zu deckende Rezession des Typs 1 am Zahn 21 vor. Entsprechend der neuen Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände liegt diese vor, wenn kein approximaler Attachmentverlust vorliegt [1, 2]. Neben parodontalen Parametern werden bei der Klassifikation von gingivalen Rezessionen auch 2 zahnhartsubstanzbezogene Parameter beurteilt. Die Kategorie B bei der Bewertung der Schmelz-Zement-Grenze (SZG) kodiert dabei einen Befund, bei dem die SZG nicht an ihrer ursprünglichen Position detektierbar ist [13]. Im vorliegenden Patientenfall war dies auf die erfolgte Überkronung zurückzuführen.

Des Weiteren wird die Konkavität der Wurzeloberfläche beurteilt. Bei der Patientin lag aufgrund der vorhandenen Hohlkehllpräparation eine zervikale Stufe von  $> 0,5$  mm vor. Dieser Befund wird mit einem „+“ bewertet. Die starke Rötung der marginalen Gingiva und die Atrophie der Papille Regio 21/22 waren das Resultat einer Verletzung des suprakrestalen Attachments. Eine subgingivale Platzierung von Restaurationsrändern kann einen Beitrag zur Entwicklung von gingivalen Rezessionen leisten [6] und zu entzündlichen parodontalen Reaktionen führen [5]. Die Verlagerung der Präparationsgrenze an Zahn 21 war demnach nicht nur aus kosmetischen, sondern auch aus biologischen Gründen notwendig. Bei der Gestaltung der Kronenprovisorien wurde darauf geachtet, dass zwischen dem Unterrand des Approximalkontakts der Zähne 21 und 22 und dem interdentalen Knochenniveau initial ein Abstand von 5 mm bestand. Dieser empfohlene Abstand geht auf eine Arbeit von Tarnow et al. aus dem Jahr 1992 zurück [16]. In dieser Untersuchung wurden bei 30 Patienten 288 Interdentalräume bewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass bei einem Abstand von maximal 4 mm zwischen dem Unterrand des Approximalkontakts und dem interdentalen Knochenniveau 100% und bei maximal 5 mm immer noch 98% der Interdentalpapillen komplett erhalten waren. Vergrößerte sich der Abstand auf 7 mm, so waren nur 27% der bewerteten Interdentalpapillen in





Abb. 5: Klinische Situation 6 Wochen nach dem mukogingivalchirurgischen Eingriff



Abb. 6: Klinische Situation 6 Monate nach dem mukogingivalchirurgischen Eingriff und 1 Monat nach Eingliederung von CAD/CAM-gefertigten Langzeitprovisoren aus Lithiumdisilikatkeramik



Abb. 7: Fertigungsprozess der definitiven Einzelzahnkronen 11, 21 und 22 – frontale Ansicht der vollverblendeten Zirkonkronen auf dem Sägemodell



Abb. 8: Intraorale Situation mit stabiler, entzündungsfreier parodontal-restaurativer Schnittstelle 2 Jahre nach dem mukogingivalchirurgischen Eingriff und 1 Jahr nach Eingliederung der vollverblendeten Zirkonkronen



Abb. 9: Klinische Situation 6,5 Jahre nach dem mukogingivalchirurgischen Eingriff

vollständiger Höhe erhalten. Bei der Patientin wurden die provisorischen Kronen an den Zähnen 21 und 22 von Sitzung zu Sitzung interdental rekonturiert, um der Interdentalpapille sukzessive Platz einzuräumen. Auf diese Art und Weise ist es möglich, atrophierten Papillen bei erhaltener knöcherner Unterlage eine Leitstruktur vorzugeben und eine Papillenregeneration hervorzubringen.

Bei der plastischen Deckung gingivaler Rezessionen gilt das Bindegewebestransplantat in Kombination mit einem koronalen Verschiebelappen als Goldstandard. Bei der behandelten Patientin lag aber weder ein dünner gingivaler Phänotyp vor, noch fehlte keratinisierte Gingiva. Eine lokale Verdickung war somit nicht nötig. Zurückliegende Untersuchungen konnten zeigen, dass die adjuvante Verwendung von Schmelzmatrixderivaten zu besseren Resultaten führt als der alleinige koronale Verschiebelappen [8]. Hinzu kommt, dass Schmelzmatrixderivate antiinflammatorische Eigenschaften besitzen und Wurzelresorptionen entgegenwirken können [4, 11]. Aus diesem Grund wurde im vorliegenden Fall ein koronaler Verschiebelappen mit der Applikation eines Schmelzmatrixderivats kombiniert.

Die postoperativen Verlaufskontrollen wurden sehr engmaschig durchgeführt, um ein adäquates Biofilmmangement zu gewährleisten. Dies gilt nach wie vor als wichtige Voraussetzung für den Erfolg von regenerativen parodontalchirurgischen Eingriffen [18]. Bei den postoperativ durchgeführten Verlaufskontrollen wurden stets professionelle Zahnreinigungen durchgeführt, um die bakterielle Biomasse zu reduzieren. Mit dem Resultat der Neuanfertigung der Kronen und der wiederhergestellten Rot-Weiß-Ästhetik war die Patientin sehr zufrieden. Auch 6,5 Jahre postoperativ war die erreichte Höhe der marginalen Gingiva stabil, sodass von einer guten Langzeitprognose auszugehen ist.

### Schlussfolgerung

Für die Rot-Weiß-Ästhetik nimmt die parodontal-restaurative Schnittstelle eine entscheidende Rolle ein. Eine alleinige Fokussierung auf die „Weiß-Ästhetik“ ist unsynoptisch, führt zu einer unzureichenden Ergebnisqualität und ist nicht mehr zeitgemäß.

Der Fallbericht offenbart, dass viele Patientinnen und Patienten nur interdisziplinär zu therapieren sind. Die Etablierung einer Überweisungskultur in der Zahnmedizin wäre auch außerhalb von chirurgischen und orthodontischen Fragestellungen zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten empfehlenswert.

### Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors kein Interessenkonflikt besteht. ■

### Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel

Klinik für Zahnerhaltung,  
Parodontologie und Präventive  
Zahnheilkunde,  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
Staufenbiel.ingmar@mh-hannover.de



Foto: medUNGE

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung  
„Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche  
Zeitschrift | 2022; 77 (2)“

Das Literaturverzeichnis können Sie unter  
[www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten](http://www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten) herunterladen.

# Zahn(hartsubstanz)erhaltung 2.0 – Adhäsive Lösungen für nicht ganz alltägliche Fälle

Prof. Dr. Anne-Katrin Lührs, Medizinische Hochschule Hannover

**Einführung:** Die Etablierung adhäsiver Verfahren bietet eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten, deren Fokus in der Minimalinvasivität liegt. Mussten nach einem Frontzahntrauma früher großflächige direkte oder indirekte Restaurationen angefertigt werden, so ist es heutzutage möglich, vorhandene Zahnfragmente adhäsiv wiederzubefestigen. Auch Reparaturen vorhandener Restaurationen sind dank der Adhäsivtechnik zum festen Bestandteil zahnerhaltender Maßnahmen geworden.

**Methode:** Die präsentierten Falldarstellungen demonstrieren die unterschiedlichen Einsatzbereiche der Adhäsivtechnik in sog. „Grenzindikationen“. Neben dem adhäsiven Reinsieren eines Zahnfragments nach unkomplizierter Kronen-Wurzel-Fraktur wird demonstriert, wie Restlücken im Seitenzahnbereich mithilfe der „Verschalungstechnik“ mittels Kompositadditionen geschlossen werden können. Der dritte Fall zeigt das Restaurieren einer deutlich subgingivalen Läsion mit modifizierter Matrizen-technik. Im letzten dargestellten Fall wird die intraorale Reparatur von vollkeramischen Veneers demonstriert.

Foto: Prof. Lührs



Abb. 1: Ausgangszustand bei Erstvorstellung im März 2018; das koronale Fragment wurde alio loco wiederbefestigt, der palatinale Defekt ist mit einem provisorischen Zement gefüllt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Die präsentierten Fälle zeigen, welche Versorgungsmöglichkeiten adhäsive Verfahren auch für Grenzindikationen bieten. Dabei sollte der Fokus auf dem Erreichen einer adäquaten Trockenlegung als Grundvoraussetzung für die Adhäsivtechnik liegen. In den dargestellten Fällen kann dieses in tief subgingivalen Läsionen nur durch eine modifizierte Matrizen-technik erreicht werden. Intraorale Reparaturen sind ein probates Mittel, den Langzeiterfolg vorhandener indirekter Restaurationen zu erhöhen. Werden Adstringenzen zur Blutstillung eingesetzt, so empfiehlt sich bei Kontakt dieser Materialien zur Zahnhartsubstanz der Einsatz eines Etch-&-Rinse-Adhäsivsystems.



Abb. 2: Angelegte modifizierte Zervikal-matrize vor Entfernung der provisorischen Füllung mit eingebrachter Parodontalsonde zur Demonstration der Defekttiefe; nach Entfernung der Füllung wurden die Matrizen weiter mit Teflonband adaptiert, um eine adäquate Trockenlegung zu gewährleisten.



Abb. 3: Zustand direkt nach Politur des zervikal-palatalen Defekts; die Politur erfolgte in den tief subgingival liegenden Bereichen mittels EVA-Feilen (Proxoshape, Intensiv SA, Montagnola, Schweiz).



Abb. 4: Zustand 4 Wochen nach Füllungstherapie; Ansicht von palatinal



Abb. 5: Erneute Fraktur des koronalen Fragments nach „Kontakt“ mit einem Frisbee; Ansicht von vestibulär bei Vorstellung im Juli 2018



Abb. 6 und 7: Ansicht von vestibulär und palatinal mehr als 3 Jahre postoperativ im August 2021; die Frakturlinie ist nur bei Trocknung der Zahnfläche minimal sichtbar, palatinal zeigen sich reizlose gingivale Verhältnisse.

## Einleitung

Seit der Entdeckung der Schmelzkonditionierung, publiziert in der wohl am häufigsten zitierten zahnmedizinischen Veröffentlichung von Buonocore [4], und der Etablierung der chemischen Voraussetzung, einen langzeitstabilen mikromechanischen und chemischen Verbund zur Zahnhartsubstanz aufbauen zu können [31], haben sich unzählige Möglichkeiten entwickelt, die Adhäsivtechnik im Sinne der Zahnerhaltung zu nutzen, und zwar nicht nur im Sinne der Zahnerhaltung, sondern besonders im Sinne der „Zahnhartsubstanz-erhaltung“. Nur durch adhäsive Verfahren konnten sich minimalinvasive Präparationstechniken etablieren, die das Belassen unterminierter Schmelzbereiche erlauben. Reparaturverfahren, die bis vor wenigen Jahren noch als „Patchwork Dentistry“ verschrien waren, wurden technisch beherrschbar und „salonfähig“; sie sind mittlerweile fest im normalen Behandlungsspektrum verankert [13].

Unter strengem Befolgen der Maßgabe der absoluten Trockenlegung dringt die Adhäsivtechnik auch in tiefer subgingival gelegene Bereiche vor und ermöglicht durch Techniken wie die „Proximal Box Elevation“ die Versorgung tieferer Defekte mit einer Kombination aus direkter Technik im Sinne einer Kompositstufe und indirekter Technik in Form von keramischen Einlagefüllungen [14]. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch beim Versorgen solcher Grenzfälle die Kautelen der Adhäsivtechnik weiterhin streng befolgt werden müssen, und dazu gehört vor allem die Kontaminationskontrolle. Gerade im Bereich tief subgingivaler Kavitäten kann diese nur durch Modifikationen bekannter Techniken erreicht werden; so müssen beispielsweise Matrizen modifiziert werden, und auch das Teflonband kann als Hilfsmittel sinnvoll eingesetzt werden, z.B. als Ersatz für Interdentalkaile [14].

Für die beschriebenen Grenzindikationen existieren bis dato kaum klinische Studien. Eine 2019 publizierte Langzeitbeobachtung von indirekten Restaurationen nach Proximal Box Elevation zeigte eine hohe kumulative Überlebensrate von 95,8% nach einer Nachbeobachtungszeit von bis zu 12 Jahren [3]. Betrachtet man Studien, die sich mit der

Nachuntersuchung von klassischen Kompositrestaurationen befassen, so finden sich auch dort hohe Langzeitüberlebensraten. Eine 2015 publizierte Nachuntersuchung von Klasse-II-Restaurationen zeigte nach 30 Jahren eine Überlebensrate von 63% mit einer jährlichen Verlustrate von 1,1% [17]. Kommt es zum Versagen von Kompositrestaurationen, so sind die Hauptgründe Sekundärkaries und Frakturen, wobei das Versagensrisiko bei Patienten mit höherem Kariesrisiko und der Zahl restaurierter Oberflächen einhergeht [16].

Die in diesem Fallbericht dargelegten Fälle befassen sich mit nicht ganz alltäglichen Behandlungssituationen, die mithilfe der Adhäsivtechnik substanzschonend versorgt werden konnten.

## Falldarstellungen

### Fall 1: Erst Puck, dann Frisbee – Unkomplizierte Kronen-Wurzel-Fraktur

Die zum Unfallzeitpunkt 13-jährige Patientin hatte beim Hockeyspielen einen Puck ins Gesicht bekommen und dabei eine unkomplizierte Kronen-Wurzel-Fraktur an Zahn 22 erlitten. Alio loco wurde das Fragment adhäsiv wiederbefestigt und der palatinal verbliebene, bis nach subgingival reichende Defekt provisorisch gefüllt (Abb. 1). Zur Planung der Weiterversorgung war die Patientin dann im März 2018 in unserer Klinik vorstellig. Da das koronale Fragment in situ war, wurde entschieden, nur die palatinal liegenden, provisorisch gefüllten Bereiche definitiv mit Komposit zu füllen. Das Vorliegen eventueller Wurzelfrakturen wurde zuvor röntgenologisch ausgeschlossen. Ein chirurgischer Eingriff im Sinne einer palatinalen Lappenbildung zur besseren Defektdarstellung wurde vonseiten der Patientin abgelehnt.

Nach Kontrolle der Vitalität des Zahns wurde eine modifizierte Zervikalmatrize (Hawe™ transparente Zervikalmatrizen, Kerr GmbH, Biberach) palatinal in den Sulkus eingebracht und mit fließfähigem Komposit an den benachbarten Zähnen befestigt. So konnte der Defekt dargestellt werden, der bis 4 mm in die Tiefe reichte (Abb. 2). Zusätzlich wurden konventionelle Kunststoffmatrizen approximal zur ►►

► weiteren Trockenlegung eingebracht. Nach Entfernung der provisorischen Füllung, die in pulpanah gelegenen Bereichen belassen wurde, erfolgte die adhäsive Restauration des Defekts mittels Komposit unter Anwendung eines Universaladhäsivs (Scotchbond Universal, 3M Deutschland GmbH, Neuss) in Selective-Etch-Technik, Applikation eines fließfähigen Komposit (Estelite Flow Quick A2) und eines modellierbaren Komposit (Estelite Sigma Quick OA2/A2, beide Tokuyama Dental Deutschland GmbH, Altenberge). Nach abschließender Politur (Abb. 3) wurde die Patientin regelmäßig zu Kontrollsitzen einbestellt (Abb. 4). Im Juli 2018 war die Patientin erneut notfallmäßig in unserer Klinik vorstellig. Durch „Kontakt“ mit einer Frisbee-Scheibe hatte sich das alio loco befestigte Fragment gelöst (Abb. 5). Da die in unserer Klinik gelegte zervikale Restauration noch in situ war und das Fragment eine gute Passung aufwies, entschieden wir uns dazu, es erneut adhäsiv zu inserieren. Dazu wurde das von der Patientin bereits zur Rehydrierung in Wasser gelagerte Fragment adhäsiv wiederbefestigt [19]. Zuvor wurden Füllungsanteile und Fragment mit Aluminiumoxid abgestrahlt. Es erfolgte nach selektiver Konditionierung und adhäsiver Vorbehandlung der Kontaktflächen das Einsetzen des Fragments mit dem

o.g. fließfähigen Komposit. Um die Passung des Fragments und damit die korrekte Positionierung zu gewährleisten, wurde auf jegliche Präparationsmaßnahmen verzichtet. Nach Politur wurden regelmäßige Kontrollsitzen vereinbart, den Verlauf zeigen die Abbildungen 6 und 7. Das adhäsiv befestigte Fragment ist jetzt seit mehr als 3 Jahren ohne klinische Auffälligkeiten in situ.

## Fall 2: In jede Lücke eine ... Teilkrone? – Adhäsiver Lückenschluss mittels Komposit

Die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 25-jährige Patientin kam mit dem Wunsch nach einer Zweitmeinung im März 2020 in die allgemeine Sprechstunde unserer Klinik. Alio loco war geplant, den Zahn 16 mit einer Teilkrone zu versorgen, um die nach mesial und distal bestehenden Lücken zu schließen. Der Zahn war zum damaligen Zeitpunkt mit einer 3-flächigen (mop), insuffizienten Kompositrestauration versorgt, zusätzlich bestanden auf der Vestibularfläche entkalkte Bereiche im Schmelz (Abb. 8). Eine Versorgung mit einer Keramik-Teilkrone war unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde nicht indiziert, da diese Behandlungsmaßnahme deutlich invasiver gewesen wäre als der Lückenschluss in direkter Technik mit Kompo-

### Fall 2



Abb. 8: Klinische Ansicht 16/17 von okklusal mit insuffizienter Kompositrestauration 16 sowie fehlenden Approximalkontakten mesial und distal; auch die Kompositrestauration okklusal-palatal an Zahn 17 weist starke Randverfärbungen auf, die aber nicht sondierbar waren.



Abb. 9: Matrize, Keil und Separationsring an Zahn 16, die Unterfüllung wurde in pulpanahen Bereichen belassen, selektive Schmelzkonditionierung im Sinne der Selective-Etch-Technik.



Abb. 10: Aufbau der mesialen Wand mittels der Zentripetalschichttechnik



Abb. 11: FOTI als miniaturisierte Taschenlampe zur Kontrolle der zervikalen Dichtigkeit der Matrize



Abb. 12: Adaptierte Matrize mit Separationsring und zervikal appliziertem fließfähigem Komposit



Abb. 13: Kontrolle nach 17 Monaten im Dezember 2021; beide Approximalkontakte sind geschlossen, es zeigen sich reizlose dentale und gingivale Verhältnisse, die randverfärbte Restauration an Zahn 17 zeigt keine Veränderungen.

sit. Die vestibulär liegenden Entkalkungen hätten bei der Präparation ggf. mit gefasst werden müssen, außerdem besitzt die Patientin kurze klinische Kronen, was in der Addition der Befunde zu einem deutlichen Substanzverlust geführt hätte. Daher wurden nach Aufklärung der Patientin über Art, Umfang und Risiken der Therapie folgende Behandlungsmaßnahmen geplant:

- ▶ 3-flächige Kompositrestauration an Zahn 16 mit Schließen der mesial bestehenden Lücke
- ▶ Lückenschluss mit Komposit mittels Verschaltungstechnik an Zahn 17

Zunächst wurde die am Zahn 16 vorhandene insuffiziente Kompositrestauration entfernt. Die vorhandene Unterfüllung wurde im pulpanahen Bereich belassen, da die angrenzende Zahnhartsubstanz kariesfrei war. Nach Sekundärpräparation wurde die Matrize für den Lückenschluss angepasst und mittels Keils und mit Zahnseide gesichertem Separationsring (Palodent, Dentsply Sirona Deutschland GmbH, Bensheim) platziert. Auf die Anlage von Kofferdam wurde in diesem Fall bewusst verzichtet, da es durch den Zug des Kofferdamgummis im zervikalen Bereich zu einer Deformierung der Matrize gekommen wäre, was unbedingt vermieden werden musste. Die weit nach subgingival platzierte Matrize macht es so möglich, die Zahnform „aus der Tiefe heraus“ zu entwickeln und Überhänge zu vermeiden. Nach selektiver Schmelzkonditionierung (Gel Etchant, Kerr GmbH, Biberach, Abb. 9) und Anwendung eines Universaladhäsivs wurde zunächst ein fließfähiges „Bulk-Fill“-Komposit (SDR flow +, A2, Dentsply Sirona Deutschland GmbH, Bensheim) im Sinne der Lining-Technik in die Kavität eingebracht und die Restauration mittels eines konventionellen Komposits geschichtet (Estelite Sigma Quick, A2). Den Aufbau der mesialen Randleiste im Sinne der Zentripetalschichttechnik zeigt Abbildung 10.

Nach Politur und Kontrolle der Okklusion erfolgte in der zweiten Sitzung der Aufbau des Approximalkontaktes zwischen 16 und 17 mittels Verschaltungstechnik. Dazu wurde die mesiale Fläche des Zahns 17 zunächst gereinigt und dann minimalinvasiv mittels eines flammenförmigen Finierdiamanten angeraut. Dabei handelt es sich um eine minimalinvasive Präparationsmaßnahme in Form eines drucklosen „Anfrischens“ des Schmelzes. Analog zu Zahn 16 wurde eine Metallmatrize in Kombination mit einem Separationsring verwendet. Da in diesem Fall kein definierter Kavitätenrand wie im approximalen Kasten des Zahns 16 vorlag, wurden vor Anwendung der Adhäsivtechnik die Lage der Matrize und ihre Dichtigkeit zervikal mittels eines FOTI (Dia-Stick, I.C.LERCHER GmbH & CO. KG, Stockach) überprüft, das in diesem Fall wie eine miniaturisierte Taschenlampe eingesetzt wurde (Abb. 11). Nach Konditionierung des Schmelzes mittels Phosphorsäure und Anwendung des o.g. Universaladhäsivs erfolgte die Verbreiterung der

Mesialfläche des Zahns 17 mit fließfähigem und stopfbarem Komposit (Estelite Flow Quick, Estelite Sigma Quick, beide A2, Abb. 12).

Nach Politur und Fluoridierung wurde die Patientin zu regelmäßigen Kontrollsitzen einbestellt. Abbildung 13 zeigt die klinische Situation 17 Monate nach Füllungstherapie.

### Fall 3: „Überraschung“ in der Bissflügelaufnahme: tief subgingivaler Defekt

Der dritte Fall dieser Darstellung befasst sich mit der Therapie eines als Zufallsbefund festgestellten, weit nach subgingival reichenden Defekts an Zahn 37. Im Rahmen der Erstvorstellung der Patientin in unserer Klinik im Januar 2021 wurden bei konservierend versorgtem Ober- und Unterkiefer mit weitgehend unauffälligem klinischem Befund (Abb. 14) zur Kontrolle beidseitig Bissflügelaufnahmen angefertigt, was bis dato alio loco noch nicht durchgeführt worden war. Auf der Aufnahme vom 2./3. Quadranten zeigte sich neben multiplen Restaurationen ein großer, pulpanaher Defekt distal an Zahn 37 (Abb. 15). Die Vitalität des Zahns war positiv, die Patientin hatte zum damaligen Zeitpunkt keinerlei Beschwerden in dieser Region. Aufgrund der ungewöhnlichen Lage der Läsion und der ansonsten niedrigen Kariesaktivität war eine primäre Ursache nicht ohne Weiteres eruierbar. Auf Nachfrage berichtete die Patientin jedoch von einer komplizierten Extraktion des Zahns 38, die ca. 3 Jahre zuvor stattgefunden hatte. Dabei könnte es zu einer Verletzung der Distalfläche des Zahns 37 mit anschließender Entwicklung einer kariösen Läsion gekommen sein. Die zweite mögliche Verdachtsdiagnose einer externen Resorption konnte anhand der Defektbeurteilung während der Behandlung nicht bestätigt werden.

Das nachfolgend dargestellte Vorgehen stellt eine absolute Grenzindikation für die Adhäsivtechnik dar und konnte nur mit entsprechender Modifikation der Matrizentechnik durchgeführt werden. Das ursprünglich geplante Anlegen eines wenig invasiven Zugangs mittels oszillierender Präparationstechnik schlug fehl. Aufgrund der Ausdehnung der Läsion musste ein deutlich größerer Zugang präpariert werden (Abb. 16), der eine Exkavation der Karies bis ins harte Dentin pulpafern sowie das Belassen ledrigen Dentins pulpanah erlaubte [23]. In pulpanahen Bereichen wurde ein calciumhydroxidhaltiger Liner (Dycal, Dentsply Sirona Deutschland GmbH) aufgetragen sowie eine Unterfüllung gelegt (Ketac Fil Plus, 3M Deutschland GmbH).

Aus Gründen der Übersicht und der Kontaminationskontrolle wurde die Matrize schon vor der Linerapplikation und der Unterfüllung direkt nach der Exkavation angelegt (Abb. 16). Die Matrize wurde dazu beschnitten und mittels Teflonbands von vestibulär her abgedichtet, die Kontrolle der Abdichtung und die Trockenlegung erfolgten wie schon in Fall 2 beschrieben mittels des als „Taschenlampe“ eingesetzten ▶▶



Abb. 14: Ausgangszustand 37. Klinisch findet sich kein Hinweis auf eine kariöse Läsion, die Gingiva Regio 37 dv imponiert völlig reizlos.



Abb. 15: Ausschnitt aus einer Bissflügelaufnahme 2./3. Quadrant, deutlich sichtbare Läsion distal an Zahn 37



Abb. 16: Anlage einer modifizierten Tofflemirematrize. Zur Abdichtung der Matrize nach zervikal wurde in diesem Fall Teflonband disto-vestibulär in den Sulkus zwischen Matrize und Gingiva eingebracht.



Abb. 17: Zustand direkt nach Politur. Aus Gründen der Minimalinvasivität wurde der noch intakte okklusale Füllungsanteil belassen.

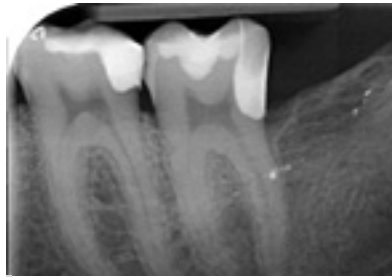


Abb. 18: Die röntgenologische Kontrolle zeigt eine suffiziente, tief subgingivale Restauration.



Abb. 19: Ansicht von okklusal und vestibulär 10 Monate postoperativ (Dezember 2021); die Gingiva ist reizlos, der Zahn ist komplett beschwerdefrei. Der vestibulär vorhandene Defekt wird noch minimalinvasiv mit Komposit gefüllt.

► FOTI (vgl. Abb. 11). Die Politur erfolgte in subgingivalen Bereichen mit dem EVA-Set (Intensiv Proxoshape Flexible, Intensiv SA, Montagnola, Schweiz); zur Kontrolle des Behandlungsergebnisses wurde postoperativ ein Zahnfilm angefertigt (Abb. 17, 18).

Bei den nach 14 Tagen und 3 Monaten durchgeführten Kontrollsitzen zeigte sich eine unauffällige klinische Situation. Abbildung 19 zeigt die Restauration nach 10 Monaten intraoraler Verweildauer im Dezember 2021, der Zahn reagierte normal positiv auf den Sensibilitätstest, die Patientin berichtete, zu keinem Zeitpunkt Beschwerden verspürt zu haben. Die nächste Kontrolle wurde für Juni 2022 terminiert.

#### Fall 4: Adhäsive Grenzindikation – Reparatur vollkeramischer Veneers

Der vorgestellte klinische Fall zeigt, wie durch Kompositreparaturen im Randbereich vorhandener Veneers und Kronen bei einer 85-jährigen Patientin eine umfassende und invasive Neuversorgung vermieden werden konnte. Die Patientin stellte sich im Jahr 2019 erstmals in der Medizinischen Hochschule Hannover vor. Sie litt zum damaligen Zeitpunkt unter multiplen Vorerkrankungen wie einer Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und COPD mit entsprechender Medikation. Nach stationärer Aufnahme erfolgten

die Extraktion der Zähne 14, 26, 27, 31, 41 und 42 sowie die prothetische Vorplanung für eine Neuversorgung beider Kiefer. Die Patientin lehnte jedoch eine umfangreiche Versorgung im Oberkiefer (OK) ab.

Mit dem Wunsch nach einer Alternativversorgung stellte sich die Patientin daraufhin in unserer Klinik vor. Bei der Befundaufnahme zeigten sich massive kariöse Läsionen im Randbereich der vorhandenen Versorgungen (12–22 Veneers; 23, 24 Kronen). Die Gingiva war in diesem Bereich hochgradig entzündet und blutete bei der kleinsten Berührung sehr stark (Abb. 20). Zusätzlich angefertigte Röntgenaufnahmen zeigten die kariösen Läsionen, besonders der Zähne 11 und 21, bei unauffälligem apikalem Befund (Abb. 21).

Die Patientin äußerte den Wunsch, den OK nicht prothetisch neuversorgen zu lassen. Daher wurden umfangreiche Reparaturen an den vorhandenen Restaurationen geplant. Aufgrund des hohen Entzündungsgrads der Gingiva, der sich trotz Reinigungsmaßnahmen und Mundhygieneinstruktionen nur minimal verbesserte, und wegen der Tiefe der Läsionen war die Trockenlegung für adhäsiv verankerte Restaurationen eine große Herausforderung. In der ersten Sitzung wurden zunächst die vestibulär-zervikalen Defekte der Zähne 12 bis 22 restauriert. Um eine vollständige Exkavation der kariösen Läsionen zu gewährleisten, wurden

die Veneers zunächst im Randbereich gekürzt. Nach dem Legen von Retraktionsfäden (Ultrapak, Ultradent Products GmbH, Köln) erfolgte die Exkavation der kariösen Läsionen (Abb. 22). Zur Kontrolle der Blutung musste mit adstringierender Paste (3M ESPE Adstringierende Retraktionspaste, 3M Deutschland GmbH, Neuss, Abb. 23) gearbeitet werden. Nach Konditionierung der Defektoberflächen im Sinne der Etch-&-Rinse-Technik (Material s.o., Abb. 24), Konditionierung der Keramik mit gepufferter Flusssäure (Ultradent Porcelain Etch, Ultradent Products GmbH) und Silanisierung (Monobond Plus, Ivoclar Vivadent GmbH, Ellwangen) erfolgte die adhäsive Restauration der Defekte mit Komposit (Estelite Sigma Quick OA3/A3, Estelite Flow Quick A3).



Abb. 20: Ansicht Regio 13–24 von vestibulär, insuffiziente Veneers 12–22 sowie Kronen 23 und 24 bei einer 85-jährigen Patientin, Sekundärkaries im Bereich der Kronenränder, die sich bis auf die Wurzeloberfläche zieht, massive Inflammation der angrenzenden Weichgewebe.

Die Politur der Restaurationen erfolgte mittels EVA-Set, Gummipolierern und Polierfäden (Diacomp Plus RA, EVE Ernst Vetter GmbH, Keltern).

Nur 6 Tage später zeigte sich bereits eine deutliche Verbesserung der gingivalen Verhältnisse. Daraufhin wurden die an Zahn 21 palatinal vorhandene Wurzelkaries und die zervikalen Defekte an den Restaurationsrändern der Zähne 23 und 24 restauriert. Dazu wurde im Fall des Zahns 21 eine eigentlich für den Seitenzahnbereich bestimmte Matrize (Palodent, Dentsply Sirona) vertikal aufgestellt und mit einem Faden kombiniert, um eine suffiziente Trockenlegung des Defekts zu erreichen (Abb. 25). Bei den nachfolgenden Kontrollen, 3 und 7 Monate (Abb. 26) nach Therapieabschluss, zeigten sich reizlose gingivale Verhältnisse ohne klinische Entzündungszeichen. Für die betagte Patientin stellte das beschriebene Prozedere eine deutlich minimalinvasivere Therapie dar als eine komplette prothetische Neuversorgung, und entsprach dem Patientenwunsch nach einer weniger belastenden zahnärztlichen Maßnahme.

#### Diskussion

Die dargestellten Fälle zeigen in verschiedenster Art und Weise, wie die Adhäsivtechnik substanzschonende und weniger invasive Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Durch den Einsatz von Komposit kann bei richtiger Indikationsstellung eine invasive Behandlung vermieden werden ►►

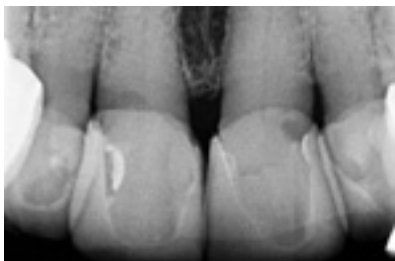


Abb. 21: Zahnfilm 12–22, deutlich sichtbare kariöse Läsionen, besonders an 11 und 21



Abb. 22: Klinische Situation mit gekürzten Veneerrändern 12–22, exkavierten Läsionen sowie Retraktionsfäden in situ



Abb. 23: Applizierte Retraktionspaste zur Blutstillung



Abb. 24: Konditionierung 11 und 12 im Sinne der Etch-&-Rinse-Technik; aufgrund der anspruchsvollen Trockenlegung wurden die Restaurationen 12–22 nicht alle gleichzeitig, sondern fraktioniert gelegt.



Abb. 25: Disto-palatinaler Defekt an Zahn 21; eine eigentlich für den Seitenzahnbereich gedachte Teilmatrize wurde in diesem Fall vertikal eingebracht, um die Konturierung des Komposits zu erleichtern.



Abb. 26: Klinische Situation 7 Monate nach Therapieabschluss; es zeigen sich weitgehend entzündungsfreie Verhältnisse, die Mundhygiene der Patientin hat sich dank entsprechender Instruktion deutlich verbessert.

►► (s. Fälle 2 und 4), auch können im Rahmen der Alterszahnheilkunde für die Patienten und Patientinnen weniger belastende Maßnahmen durchgeführt werden (s. Fall 4). Die in dieser Arbeit dargestellten Fälle stellen sicherlich aufgrund ihrer Komplexität und der Tiefe der Läsionen teilweise Grenzindikationen dar (vgl. Fälle 1, 3 und 4); sie können aber durch z.B. Modifikation vorhandener Matrizen beherrschbar werden [14]. Natürlich ist Komposit in Kombination mit Adhäsivtechnik kein „Allheilmittel“; auch muss die Grundvoraussetzung für einen suffizienten adhäsiven Verbund erfüllt werden, die immer noch die absolute Trockenlegung ist. Mit den entsprechenden Techniken und dem dazugehörigen Know-how ist es heutzutage aber durchaus möglich, den Indikationsbereich der Adhäsivtechnik auf Grenzindikationen auszudehnen. Dies darf jedoch keinesfalls dazu führen, „submarine Zahnheilkunde“ unter dem Deckmantel der Minimalinvasivität zu betreiben. Betrachtet man die Wiederbefestigung des koronalen Fragments aus der Falldarstellung 1, so zeigt sich deutlich, welche Behandlungsalternativen sich zu einem parodontalchirurgischen Eingriff, einer kieferorthopädischen Extrusion oder einer Überkronung durch das adhäsive Prozedere ergeben. Jedoch ist auch eine Wiederbefestigung eines Zahnfragments keineswegs ein Eingriff, der „mal eben so“ durchgeführt werden sollte. Problematisch ist, dass in der Literatur eine Vielzahl verschiedener Vorgehensweisen beschrieben ist, die sich von der Auswahl des Adhäsivsystems und des Komposits her sowie bei den verschiedenen Präparationsmaßnahmen unterscheiden [8, 20]. Generell ist zu sagen: Wenn die Passung von Fragment und Zahn gut ist (vergleichbar mit ineinandergreifenden Puzzleteilen), sollte auf Präparationsmaßnahmen verzichtet werden [8].

Die Schmelzkonditionierung mit Phosphorsäure im Sinne der Selective-Etch-, oder, je nach verbliebender Restdentinstärke, der Etch- & Rinse-Technik, vermeidet mögliche Diskolorationen im Randbereich [18] und führt zu deutlich erhöhten Verbundwerten [10]. Ein weiterer entscheidender Faktor, der das Langzeitergebnis beeinflusst, ist die Rehydrierung des Fragments im Fall einer Austrocknung [15]. In der Literatur werden Rehydrierungszeiten von 24 Stunden empfohlen [24], die durch Anwendung eines Drucktopfes verkürzt werden können [11]. Die so erreichbaren klinischen Erfolgsraten werden in der Literatur mit nahezu 90% nach 5 Jahren angegeben [22].

Generell ist zu konstatieren: Ist ein passendes Fragment vorhanden, sollte es adhäsiv wiederbefestigt werden! Gerade bei Kronen-Wurzel-Frakturen stößt die Adhäsivtechnik jedoch an ihre Grenzen; als Alternative zum gezeigten Vorgehen kann auch ein parodontalchirurgisches Vorgehen in Kombination mit nachfolgender restaurativer Versorgung gewählt werden [12]. Ist eine Trockenlegung ohne chirurgischen Eingriff möglich, so können Adstringenzen auf

Basis von Aluminiumchlorid oder Eisensulfat eingesetzt werden, jedoch muss dann mit möglichen Wechselwirkungen zwischen einer mit dem Adstringens benetzten Dentinoberfläche und dem anschließend applizierten Adhäsivsystem gerechnet werden [1]. Im Fall einer solchen „Kontamination“ der Dentinfläche sollte ein Adhäsivsystem im Etch- & Rinse-Verfahren eingesetzt werden, da mit einer deutlich geringeren Beeinflussung des adhäsiven Verbunds zu rechnen ist, wenn das Dentin vor der Adhäsivapplikation mit Phosphorsäure konditioniert wird [9]. Dieses Vorgehen wurde sowohl in Fall 1 als auch in Fall 4 berücksichtigt (vgl. Abb. 23, 24).

Die Falldarstellung 2 zeigt die Möglichkeit des Lückenschlusses im Seitenzahnbereich durch die sog. „Verschalungstechnik“ [26]. Der Vorteil dieser kompositbasierten Technik liegt eindeutig in der Minimalinvasivität, die es erlaubt, anstelle von invasiveren indirekten Restaurationen durch direkte Kompositadditionen auch im Seitenzahnbereich Lückenschlüsse herbeizuführen. Vor der adhäsiven Vorbehandlung des Schmelzes wurde dieser minimal mit einem Finierdiamanten drucklos angefrischt, da bei der Verwendung von Universaladhäsiven auf präpariertem im Vergleich zu unpräpariertem Schmelz bei Anwendung der Etch- & Rinse-Technik eine höhere Scherermüdigungsfestigkeit auftritt [29]. Bezüglich der Langzeitstabilität zeigte eine kürzlich zu dieser Thematik veröffentlichte Studie eine Gesamtüberlebensrate von 96,2% sowie eine funktionelle Überlebensrate von 98% nach 5 Jahren [25]. Dabei sollte eine gute Reinigungsfähigkeit mit Interdentalbürstchen gewährleistet sein, um Plaqueakkumulation zu verhindern, die im Unterkiefer signifikant stärker ausgeprägt zu sein scheint [25]. Der Vorteil der Kompositanwendung in der beschriebenen Indikation ist neben der Minimalinvasivität sicherlich in ihrer Reparaturfähigkeit zu sehen. Ein Chipping bedeutet dann nicht ein „Totalversagen“ der gesamten Restauration, da eine Reparatur unter Beachtung der entsprechenden Arbeitsprotokolle ohne den Austausch der Gesamtrestauration durchgeführt werden kann [13]. Eine kürzlich veröffentlichte Kasuistik „Reparierte Restaurationen 20+“ zeigt eindrucksvoll, wie die Überlebensraten von vorhandenen Restaurationen mit einfachen Reparaturmaßnahmen gesteigert werden können [27]. Eine in den USA durchgeführte Befragung niedergelassener Zahnärzte wies nach, dass Karies an Restaurationsrändern der dritthäufigste Grund für intraorale Reparaturen war [5]. Auch in der in Fall 4 dargestellten Patientensituation wurden, besonders in Anbetracht des hohen Alters der Patientin, der daraus resultierenden Vorerkrankungen und der reduzierten Belastbarkeit, Reparaturrestaurationen angefertigt, um eine größere prothetische Intervention zu vermeiden. Die Nachbeobachtungszeit ist mit 7 Monaten im dargestellten Fall recht kurz; auch in der Literatur finden sich bis auf Fallberichte kaum klinische Studien, die Rückschlüsse auf die



Langzeitstabilität erlauben. Bezüglich der Reparatur von Klasse-III- und -IV-Kompositrestaurationen sowie Reparaturen von Veneers konnte im Rahmen einer 15-jährigen Nachbeobachtung jedoch gezeigt werden, dass Reparaturen das Langzeitüberleben der betreffenden Restaurationen verlängern [30].

Entscheidend für den Langzeiterfolg ist neben der adhäsiven Vorbehandlung der Zahnhartsubstanz auch der Verbund zum angrenzenden Restaurationswerkstoff. Im dargestellten Fall wurde die Keramik mit gepufferter Flusssäure, die für die intraorale Anwendung freigegeben ist, konditioniert. Dieses Verfahren führt zu den höchsten Verbundwerten im Vergleich zum Sandstrahlen [21], jedoch sollte trotz der Pufferung der Flusssäure ein Kontakt mit intraoralen Weichgeweben zwingend vermieden werden. Trotz Anwendung eines Universaladhäsivs mit inkorporiertem Silan wurde eine zusätzliche Silanisierung durchgeführt, da diese in Abhängigkeit von der verwendeten Keramik den Haftverbund steigert und resistenter gegen Alterungsphänomene macht [28]. Trotz subgingival liegender Restaurationsränder zeigen sich 7 Monate postoperativ bei entsprechender Mundhygieneinstruktion der Patientin entzündungsfreie Verhältnisse (vgl. Abb. 26).

Die Biofilmmakulation auf Restaurationsoberflächen ist ein bekanntes Phänomen [6] auch bei subgingival platzierten Kompositrestaurationen (vgl. Fall 3 und 4). Eine kürzlich veröffentlichte klinische Studie konnte jedoch nach histologischer Aufarbeitung von Gingivaprobe nachweisen, dass zwischen Gewebe, das Kontakt zur natürlichen Zahnhartsubstanz und zu weit subgingival platziertem Komposit hat, kein Unterschied bezüglich des Entzündungsgrades besteht [2]. Aufgrund von In-vitro-Versuchen zur Adhäsion von Gingivafibroblasten und Osteoblasten an Kompositoberflächen ist jedoch davon auszugehen, dass diese in solchen Bereichen limitiert bzw. gestört ist [7]. Diese Erkenntnis ist besonders für den dargestellten Fall 3 relevant, da für diesen nicht nur die bereits diskutierte Problematik der Trockenlegung, sondern auch das Legen einer Kompositrestauration weit subgingival zutrifft (vgl. Abb. 15).

### Schlussfolgerung

Die hier dargestellten klinischen Fälle stellen die Behandlung von Grenzindikationen der Zahnerhaltung dar, die durch Einsatz der Adhäsivtechnik versorgt werden konnten. Mit entsprechenden Maßnahmen wie der Modifikation von Matrizen können auch subgingivale Defekte therapiert werden, wobei der Fokus dabei immer auf das Erreichen einer absoluten Trockenlegung als Basis für eine funktionierende Adhäsivtechnik gelegt werden sollte. Auch im Bereich der Traumatologie und beim Lückenschluss im Front- und Seitenzahnbereich können mithilfe der Adhäsivtechnik minimalinvasive Behandlungsmaßnahmen durch Aufbau mit Komposit durchgeführt werden.

### Danksagung

Die Autorin dankt Herrn Prof. Dr. W. Geurtsen für seine Unterstützung, auch herausfordernde Fälle durch Entwicklung neuer Techniken zu behandeln, und dies besonders bereits zu einem Zeitpunkt, als beispielsweise die Reparatur von Restaurationen noch als „Patchwork Dentistry“ angesehen wurde („Machen Sie das, aber machen Sie es vernünftig!“).

### Anmerkungen

Der Fall 4 wurde am 27. November 2020 im Rahmen der 4. Gemeinschaftstagung der DGZ und der DGET mit der DGPZM und der DGR<sup>2</sup>Z im Präsentationsblock „Aus der Praxis für die Praxis“ unter dem Titel „Aus ‚Alt‘ mach (fast) ‚Neu‘ – Reparatur von Veneers und Kronen bei einer 85-jährigen Patientin“ präsentiert.

### Interessenkonflikt

Die Autorin ist beratendes Mitglied im „Restorative Advisory Board“ der Firma Dentsply Sirona, Bensheim, Deutschland. ■

### Prof. Dr. Anne-Katrin Lührs

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, OE 7740 Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover luehrs.anne-katrin@mh-hannover.de

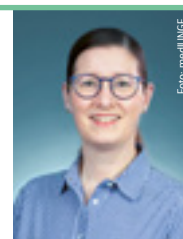


Foto: medLUNGE

— Nachdruck mit freundlicher Genehmigung „Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift | 2022; 77 (2)“

Das Literaturverzeichnis können Sie unter [www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten](http://www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten) herunterladen.



# Long Covid auch oral bemerkbar

## STUDIE ZU AUSWIRKUNGEN IN DER MUNDHÖHLE



Foto: © Niphon Subsri/Shutterstock.com

**Z**ahnmediziner sind bei der Auswertung von Patientendaten den oralen Auswirkungen von Long Covid auf die Spur gekommen. Im Rahmen einer polnischen Studie, deren Ergebnisse im vergangenen Dezember im „European Journal of Dentistry“ veröffentlicht wurden, werden als typische Symptome von Long Covid, die in der Mundhöhle auftreten können, Ulzerationen und hämorrhagische Veränderungen der Mundschleimhaut, Candidose auf der Zunge sowie aphthöse Läsionen genannt.

### Häufigkeit der oralen Manifestationen

Die Studie basiert auf den Daten von 1.256 Zahnarztconsultationen von Patienten, die sich zwei bis sechs Monate vor dem Praxisbesuch mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hatten. Die Häufigkeit der aufgezeigten oralen Manifestationen von Long Covid lag für Verfärbungen, Ulzerationen und hämorrhagische Veränderungen der Mundschleimhaut bei 32 Prozent, für eine Candidose im Zungenbereich bei 29 Prozent, für einseitige, häufig links auftretende aphthöse Läsionen am harten Gaumen bei 25 Prozent und für eine atrophische Cheilitis bei 12 Prozent der untersuchten Patienten. Dies waren jedoch nicht die einzigen Long-Covid-assoziierten Symptome, an denen die Patienten litten. Von den rund 60 Prozent an Corona Erkrankten, die über eine anfängliche Mundtrockenheit (Xerostomie) klagten bzw. Sekretionsstörungen des Speichelflusses zu Beginn der Infektion aufwiesen, waren es bis zu vier Monate nach dem Abklingen der akuten Krankheitssymptome immerhin noch sechs Prozent, bei denen diese Störungen andauerten. Besonders beeinträchtigt wurde die Mundgesundheit von etwa 30 Prozent der über

70-jährigen Patienten, bei denen Komorbiditäten vorlagen oder die schwere Covid-19-Verläufe inklusive einer Hospitalisierung durchgemacht hatten. Bei ihnen kam es zu größeren und gravierenderen Veränderungen in der Mundhöhle als bei den anderen Patienten. Die bei dieser Patientengruppe auftretenden Veränderungen hielten außerdem noch lange nach der Corona-Infektion an. So ging eine aphthöse Läsion in einem Fall zum Beispiel erst nach Ablauf von 6 Monaten zurück. Zu krankhaften Veränderungen im Knochengewebe kam es bei den von Long Covid betroffenen Patienten jedoch nicht, wie zumindest die Panorama-Röntgenaufnahmen erkennen ließen, die für sechs exemplarische Fallbeispiele angefertigt worden waren.

### Therapiemaßnahmen waren erfolgreich

Optimistisch stimmt der therapeutische Erfolg der Maßnahmen, die von den drei an der Studie beteiligten Zahnärzten zur Behandlung durchgeführt wurden. Den aphthenartigen Läsionen und kleinen Geschwüren konnte mittels Lasertherapie nach vier bis fünf Behandlungen Abhilfe geschaffen werden, während mykotische Läsionen durch eine zehntägige Nystatin-Therapie zum Abklingen gebracht wurden. Die verringerte Speichelsekretion konnte durch eine 14-tägige Medikation stimuliert und verbessert werden.

### Empfehlungen zur zahnmedizinischen Betreuung

Die Studie gibt folgende Empfehlungen für die zahnmedizinische Betreuung von Patienten, die nachweislich mit SARSCoV-2 infiziert sind oder bei denen der Verdacht einer solchen Infektion besteht: Die Patienten sollten zunächst einer gründlichen intraoralen Untersuchung unterzogen und anschließend für mindestens sechs Monate zahnärztlich überwacht werden. Dabei ist die Mundhöhle genauestens im Hinblick auf Veränderungen hin zu beobachten, so dass gegebenenfalls geeignete therapeutische Maßnahmen ergriffen werden können. Treten im Rahmen von Veränderungen im Mundbereich keine Schmerzen auf, genügt eine konstante Beobachtung bis zum Abklingen der Symptome. Bei gravierenden pathologischen Veränderungen ist die Überweisung in eine Zahnklinik angezeigt.

Zusammenfassende Übersetzung von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-1739445> ■

mit freundlichem Dank für die Nachdruckerlaubnis aus dem RZB 04/2022

# ZahnRat

## Patienteninformation der Zahnärzte



Jeder Patient ist individuell – und so auch seine Fragen und seine Behandlung. Informieren Sie Ihre Patienten zu den **unterschiedlichsten Themen** und geben Sie ihnen **Einblick** in die Welt der **Zahnheilkunde**.

Bestellen Sie hier verschiedene themenbezogene Ausgaben des ZahnRat für Ihren **Wartebereich**.



Nachbestellungen unter

[www.zahnrat.de](http://www.zahnrat.de)

E-Mail: [m.palmen@satztechnik-meissen.de](mailto:m.palmen@satztechnik-meissen.de)

Telefon: 03525 7186-0

Fax: 03525 7186-12



Versandkosten (zzgl. 7 % MwSt.)

Menge	Preis/Bestellung	Versand	Gesamt
10 Exemplare	2,60 €	2,60 €	5,20 €
20 Exemplare	5,20 €	3,00 €	8,20 €
30 Exemplare	7,80 €	4,90 €	12,70 €
40 Exemplare	10,40 €	7,50 €	17,90 €
50 Exemplare	13,00 €	7,70 €	20,70 €

# Pflicht für Betreiber von Dentaltubusgeräten: Vorhalten eines Schilddrüsen-Strahlenschutzmittels (Schild oder Schilddrüsenkragen)!

**A**m 01.07.2020 ist die neue Sachverständigen-Prüfrichtlinie (SV-RL) in Kraft getreten. Die zugelassenen Sachverständigen prüfen im Abstand von fünf Jahren die Röntgengeräte der Zahnärzteschaft nach dem Strahlenschutzgesetz und der Strahlenschutzverordnung nach der Sachverständigen-Prüfrichtlinie.

In der aktuellen Version der Sachverständigen-Prüfrichtlinie erscheint in der Anlage III, Erforderliche Patienten- und Anwenderschutzmittel für die Zahnmedizin (Untersuchungen mit intraoralem Bildempfänger [Dentaltubusaufnahme], das Schilddrüsen-Schutzschild oder Schilddrüsen-Schutz oder Patientenschutzschürze [die Schilddrüse schützend]).

Sie finden die Eintragung über den personenbezogenen Strahlenschutz unter Punkt E des Sachverständigen-Prüfberichtes.

Sollte der Sachverständige – oder das Gewerbeaufsichtsamt selbst z.B. bei einer Begehung – kein entsprechendes Schutzmittel in der zahnärztlichen Praxis vorfinden, so ergeht eine Meldung an das zuständige Gewerbeaufsichtsamt. In diesem Fall muss sich das Gewerbeaufsichtsamt schriftlich an den Betreiber von intraoralen Röntgengeräten wenden und Bearbeitungsgebühren fallen an!

Die Kosten für ein Schilddrüsen-Schild belaufen sich auf ca. 60,00 €, ein Schilddrüsen-Schutz (Kragen) kostet ca. 100,00 €. Die rechtzeitige Anschaffung/Vorhalten dieser Schutzmittel erspart Betreibern die zusätzliche oben genannte Bearbeitungsgebühr der Gewerbeaufsichtsämter.

Bei Anwendung eines Schilddrüsen-Schutzmittels entfällt für Dentaltubusaufnahmen die Anwendung einer Röntgenschutzschürze. Dies entlastet das Assistenzpersonal, schont die Röntgenschutzschürze und belastet die Patienten weniger. Erfahrungsgemäß lenkt das Halten eines Schutzschildes den mundempfindlichen Patienten zudem von dem für ihn unangenehmen intraoralen Bildempfängern ab.

Die Schilddrüsen-Schutzmittel sind aus der Sicht der Strahlenhygiene wesentlich sinnvoller für den Schutz der strahlenempfindlichen Schilddrüse, insofern empfiehlt die Zahnärztliche Stelle Niedersachsen (Röntgenstelle) die Verwendung eines Schilddrüsen-Schutzmittels. Für Panoramaaufnahmen empfiehlt sich weiterhin die Anwendung der Strahlenschutzschürze und diese ist gemäß der aktuellen Sachverständigen-Prüfrichtlinie (Punkt E des Sachverständigen-Prüfberichtes) in der Zahnmedizin für Panoramascicht- und Fernröntgenaufnahmen vorzuhalten. ■

\_\_\_\_\_  
Andrea Zee  
Zahnärztliche Stelle Niedersachsen der ZKN



Fotos: Referatshilf/ZKN

# Train the trainers

## AUSBILDUNG UND AUSBILDUNGSRECHT – KEIN BUCH MIT 7 SIEGELN!

Sechsstündiges dezentrales ZKN-Schulungsangebot zu allen Fragen rund um die Ausbildung zur ZFA

**M**it der Approbation erhält jede/jeder deutsche Zahnmedizinerin/Zahnmediziner auch das Recht, zum Beruf der/des Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) ausbilden zu dürfen. Eine Ausbildung zur Ausbildung, wie das in anderen Berufen in der Regel der Fall ist, erfolgt während des Zahnmedizinstudiums nicht. Die Zahnärztekammer Niedersachsen bietet – auch im Rahmen ihrer Bezirksstellenfortbildungen – eine sechsstündige Schulung, die helfen kann, bestehende Unsicherheiten abzufedern und Antworten auf viele Fragen zu geben wie:

- ▶ Warum soll ich eigentlich ausbilden?
- ▶ Wie finde ich die/den für meine Praxis geeignete(n) Auszubildende(n)?
- ▶ Wie suche ich richtig und wo?
- ▶ Wo liegen die rechtlichen Fallstricke?
- ▶ Wie führe ich Vorstellungsgespräche?
- ▶ Der erste Ausbildungstag steht bevor – was tun?



Kurzweilig und spannend vorgetragene Schulung am 9. April 2022 in Hildesheim mit Dr. Michael Behring, LL.M., Hauptgeschäftsführer der ZKN (rechts), und Dr. Christian Bittner, Zahnarzt.

- ▶ Lob und konstruktive Kritik – wie nutze ich das am besten?
- ▶ Ende der Probezeit – letzte Chance zum (Re)agieren?
- ▶ Wie motiviere, kontrolliere und instruiere ich meine(n) Azubi am besten?
- ▶ Die Prüfungen – was gilt es zu beachten?
- ▶ Das Ende der Ausbildungszeit – was nun?

In den NZB-Ausgaben April, Mai, Juni, September und November 2017 finden Sie stark komprimierte Zusammenfassungen zu einigen Fragestellungen. Wenn Sie vertieftes Wissen und Fähigkeiten erlangen wollen, sprechen Sie entweder Ihre(n) Bezirksstellenversitzende(n) an oder melden Sie Ihr Interesse direkt nach Hannover:

### Ansprechpartner in der ZKN:

Ansgar Zboron, E-Mail: [azboron@zkn.de](mailto:azboron@zkn.de)

Fon: 0511 83391-302 ■

\_\_\_\_\_lr

## Das ZKN-Referat Zahnärztliche Praxisführung informiert: Kein Beleg über Wirksamkeit von Luftfiltern für Zahnarztpraxen

**B**is zur Druckfreigabe dieser NZB-Ausgabe gibt es keinen Evidenzbeleg über die Wirksamkeit von dezentralen Luftfiltern gegenüber Aerosolen im patientennahen Bereich, wie dies für eine verlässliche Prophylaxe einer Infektion durch SARS-CoV-2 nötig wäre. Entsprechende Hinweise dazu finden sich in der aktuellen Version der Aerosolleitlinie „Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern“ (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-046.html>) und auch in einer Stellungnahme „Zum Einsatz von dezentralen mobilen Luftreinigungsgeräten im Rahmen der

Prävention von COVID-19“ der „Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene“ ([https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020\\_09\\_03\\_DGKH\\_Stellungnahme\\_Zum\\_Einsatz\\_von\\_dezentralen\\_Luftreinigern\\_zur\\_Praevention.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020_09_03_DGKH_Stellungnahme_Zum_Einsatz_von_dezentralen_Luftreinigern_zur_Praevention.pdf)). Die zm (Zahnärztliche Mitteilungen) verweisen in einem Beitrag vom 15.10.2021 darauf, dass viele Luftfilterstudien, mit denen gerne seitens der Industrie geworben wird, von den Herstellern selbst beauftragt und bezahlt worden sind (<https://www.zm-online.de/news/praxis/viele-luftfilter-studien-haben-die-hersteller-bezahlt/>). ■

\_\_\_\_\_lr

# Kampagne „Paro-Check“ soll über Parodontitis informieren

# W

as wissen die Deutschen über die Volkskrankheit Parodontitis?

Eine forsa-Umfrage im Auftrag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) liefert erstaunliche Erkenntnisse (siehe Kasten). So weiß etwa jeder fünfte Deutsche nicht, was Parodontitis ist. Ein Grund mehr für die aktuelle Aufklärungskampagne, die die BZÄK derzeit mit Unterstützung der Landes Zahnärztekammern, also auch der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN), auf den Weg gebracht hat.

Die Kampagne hat es sich zum Ziel gemacht, die seit letztem Jahr geltende Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis (PAR-Richtlinie) in ihrer Zielsetzung zu unterstützen. Mit der neuen Richtlinie haben Zahnärztinnen und Zahnärzte die notwendigen Instrumente an die Hand bekommen, um den jahrelangen Stillstand in der Parodontitistherapie zu beenden. Dazu müssen aber auch die Patientinnen und Patienten die Symptome einer Parodontitis erkennen und ernst nehmen. Kern der digitalen Kampagne ist deshalb der sogenannte Paro-Check ([www.paro-check.de](http://www.paro-check.de)), mit dem man schnell online testen kann, ob ein Verdacht auf Parodontitis besteht. Die Seite informiert außerdem über die Symptome und die konkreten Behandlungsschritte bei einer Parodontitis. Im Fokus stehen dabei vor allem mittlere und ältere Altersgruppen ab 45 Jahren. Sie sollen wegen der erhöhten Betroffenheit besonders für die Symptome sensibilisiert werden, so dass sie aufmerksam auf die Anzeichen reagieren. Schließlich gilt: je früher eine Parodontitis erkannt und behandelt wird, desto besser ist der Therapieerfolg. Geworben wird in der Kampagne mit einem Kurzfilm und verschiedenen Bildmotiven, die sowohl über die Sozialen Medien als auch in Nachrichten- und Gesundheitsportalen platziert wurden. Mit provokativen Motiven zu den Themen Mundgeruch und Zahnfleischbluten etwa wird dabei darauf aufmerksam gemacht, dass die Ursache dafür Parodontitis sein kann. Die ersten Ergebnisse zur Reichweite der Kampagne machen bereits Hoffnung auf eine gute Wirkung. Auch Sie als Zahnarztpraxis können bei der Kampagne mitmachen (siehe Kasten) und über Ihre eigenen Kanäle die Motive verbreiten. Auch andere Facharztgruppen sollen

im Laufe der Kampagne in diesem Jahr noch einbezogen werden. Dabei geht es dann vor allem um die Wechselwirkung einer Parodontitis mit anderen Krankheiten. ■

— Julia Treblin, Abteilungsleiterin  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ZKN



## MACHEN SIE MIT! KAMPAGNENMATERIAL FÜR IHRE PRAXIS

Auch Sie können sich mit Ihrer Praxis an der Kampagne beteiligen! Dafür stehen Ihnen Kampagnenmaterialien zum Download zur Verfügung.

Wir freuen uns, wenn Plakate, Textbaustein und Motive in Praxisräumen genutzt bzw. in den sozialen Medien, in E-Mails oder auf Ihrer Webseite eingebunden werden.

Auf der offiziellen Landingpage der Kampagne ist ein **Downloadbereich (rechts oben)** für Sie eingerichtet worden:

→ <https://paro-check.de/download>

### Dort finden Sie:

- ▶ Praxisplakate
- ▶ TV-Banner
- ▶ Instagram, Twitter, Facebook SharePics
- ▶ Textbaustein Webseite
- ▶ eine Signatur für E-Mails
- ▶ Kampagnen-Icon



## OB „PARODONTITIS“ ODER „PARODONTOSE“: FAST JEDER FÜNFTE DEUTSCHE WEISS NICHT, WAS DAS IST

Parodontitis – früher Parodontose genannt – ist eine Volkskrankheit in Deutschland. Aber was wissen die Deutschen über eine Erkrankung, von der Millionen von Menschen betroffen sind? Eine forsa-Umfrage\* im Auftrag der Bundeszahnärztekammer hat nachgefragt – mit teilweise erstaunlichen Ergebnissen.

### Wichtige Symptome wie Mundgeruch sind vielen nicht bekannt

So kennt fast jeder fünfte Befragte (18 Prozent) weder den Begriff Parodontitis noch Parodontose. Bei den Jüngeren zwischen 18 und 29 Jahren sind es sogar 59 Prozent, die diese Volkskrankheit nicht kennen. Nur 56 Prozent bringen richtigerweise Mundgeruch mit Parodontitis in Verbindung, gleichzeitig glauben 53 Prozent, Zahnschmerzen seien ein Symptom – was so nicht korrekt ist.

### Minderheit unterschätzt die Risiken einer Parodontitis komplett

Symptome wie Zahnfleischbluten und freiliegende Zahnhälsen werden von 88 bzw. 78 Prozent der Befragten als Parodontitis-Symptome genannt. Jeder Achte (12 Prozent) hält eine Parodontitis für harmlos, aber vier von fünf Deutschen (82 Prozent) wissen, dass eine Parodontitis Auswirkungen auf die gesamte körperliche Gesundheit haben kann.

### Mehrheit sucht bei Symptomen Zahnarzt oder Zahnärztin auf

Immerhin etwa zwei Drittel der Befragten würden bei Symptomen wie Mundgeruch (63 Prozent) und Zahnfleischbluten (69 Prozent) den Zahnarzt oder die Zahnärztin aufsuchen. 40 Prozent allerdings würden bei Zahnfleischbluten lediglich eine weichere Zahnbürste benutzen, 36 Prozent einfach eine spezielle Zahnpasta. Jeder Zehnte würde bei Zahnfleischbluten sogar gar nichts unternehmen.

Von den 18- bis 29-Jährigen – die ohnehin weniger über Parodontitis wissen – würde bei Zahnfleischbluten nur etwas mehr als die Hälfte zahnärztlichen Rat suchen.



forsa Umfrage; n=1.001; Einschufung auf 4-er Skala, „Stimme voll und ganz zu“/„Stimme eher zu“; Prozentsumme größer 100, da Mehrfachnennungen möglich



forsa Umfrage; n=1.001; Einschufung auf 4-er Skala, „Stimme voll und ganz zu“/„Stimme eher zu“; Prozentsumme größer 100, da Mehrfachnennungen möglich



forsa Umfrage; n=1.001; Einschufung auf 4-er Skala, „Stimme voll und ganz zu“/„Stimme eher zu“; Prozentsumme größer 100, da Mehrfachnennungen möglich



Sie haben **Fragen, Anregungen rund um die GOZ** und deren Anwendung? Nehmen Sie Kontakt auf unter [rechtsabteilung@zkn.de](mailto:rechtsabteilung@zkn.de).

Foto: © Münster Zudio - stock.adobe.com

## ZKN-Relevante Rechtsprechung

§ 9 Abs.1 GOZ begrenzt den Erstattungsanspruch des Zahnarztes im Hinblick auf die Kosten für zahntechnische Leistungen dahingehend, dass diese tatsächlich entstanden und angemessenen sind.

Hieraus wird gelegentlich gefolgert, es sei dem Zahnarzt verwehrt, bei Erbringung zahntechnischer Leistungen im eigenen Praxislabor einen kalkulatorischen Gewinnaufschlag vorzunehmen.

Das LG Darmstadt (Az.: 18 O 33/20 vom 15.03.2021) tritt dieser Auffassung wohlbegründet entgegen. Gegenstand der Entscheidung ist die Herstellung zahntechnischer Werkstücke mittels eines CAD/CAM-gestützten Systems durch einen Zahnarzt.

Das Landgericht zitiert in diesem Zusammenhang zunächst die Amtliche Begründung zur GOZ '88 (Bundratsdrucksache 276/87 Seite 75), wonach der Zahnarzt für zahntechnische Leistungen, die im eigenen Praxislabor erbracht werden, die „tatsächlich entstandenen Kosten unter Einschluss eines angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteils als Auslagen abrechnen kann“.

Das LG Darmstadt legt diesen Text wie folgt aus: „Dabei kann dahinstehen, ob die in dem Regierungsentwurf enthaltene Begründung so zu verstehen ist, dass der angemessene kalkulatorische Gewinnanteil als Teil der „tatsächlich entstandenen Kosten“ zu begreifen ist oder neben diesen Teil als abrechenbare Auslagen. Denn sowohl die Formulierung „tatsächlich entstandene Kosten“ als auch der Begriff „Auslagen“ zwingen nicht dazu, einen angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteil als von Ihnen nicht erfasst anzusehen.“

Zudem rechne der Zahnarzt auch bei Anfertigung zahntechnischer Arbeiten in einem gewerblichen Fremdlabor eine Gewinnmarge (des Fremdlabors) ab, die Bestandteil der entstandenen Kosten sei und dann unbeanstandet als Auslage berechnet würden.

Der ein Praxislabor betreibende Zahnarzt dürfe jedoch nicht schlechter gestellt werden als der ein Fremdlabor beauftragende Zahnarzt. Die höheren wirtschaftlichen Risiken des Zahnarztes mit Praxislabor rechtfertigten insofern den kalkulatorischen Gewinnaufschlag.

Zur berechtigten Höhe des kalkulatorischen Gewinnaufschlags im Praxislabor äußert sich das Landgericht Darmstadt in seinem Urteil nicht.

Nur ergänzend sei darauf hingewiesen, dass der Betrieb eines Praxislabors der zahnärztlichen Praxisausübung unterfällt (Sachstandsmitteilung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages Az.: WD 9-3000-081/19 vom 6.11.2019). ■

## ZKN-Berechnungsempfehlung

Die Beschreibungen mancher Leistungen der GOZ sind so gehalten, dass der Leistungsinhalt mit unterschiedlichen Leistungen erbracht werden kann und die Berechnungsfähigkeit der entsprechenden Gebührennummer begründen.

Ein Beispiel hierfür ist die Geb.-Nr. 5250 GOZ.

So wird die Wiederherstellung der Funktion einer Teil-/Modellgussprothese in bestimmten Behandlungssituationen bereits durch die Adaption/Aktivierung einer gebogenen oder gegossenen Klammer erreicht.

Bereits diese oft relativ einfache Maßnahme berechtigt zur Berechnung der Geb.-Nr. 5250 GOZ.

**Geb.-Nr. 5250 GOZ** Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)





## Mitwirkungspflicht des Patienten

**G**em. § 630 c Abs. 1 BGB sollen Behandler und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Damit hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass zum Erfolg einer Therapie auch die Mitwirkung des Patienten erforderlich ist. Zur Vermeidung von rechtlichen und tatsächlichen Nachteilen muss vom Patienten beachtet werden, dass bestimmte Gebote des Behandlers im Interesse des Patienten beachtet werden müssen. Hierzu gehören notwendige und richtige Angaben sowie Offenlegung von Umständen bei der Erhebung der Anamnese, bei der Untersuchung, Diagnose und Behandlung. Ferner gehören hierzu Mitwirkungen am Heilungsprozess, Duldung von Untersuchungen und Therapien, Befolgung von Anordnungen und Ratschlägen des Behandlers sowie die Beachtung bei der Einnahme von Medikamenten und Vermeidung von Selbstgefährdungen. Diese Grundsätze sind eigentlich Selbstverständlichkeiten, weil man davon ausgehen muss, dass der erkrankte Patient daran interessiert ist, bald wieder gesund zu werden. Forderungen von Behandlern lassen sich jedoch nicht immer mit den Anliegen des Patienten vereinbaren. Zu denken ist in diesem Zusammenhang der Hinweis des Arztes, nach einer Extraktion eines Zahnes auf das Rauchen zu verzichten oder bei der Einnahme bestimmter Medikamente das Auto nicht zu benutzen. Auch der Genuss von Alkohol fällt hierunter.

Der Patient geht davon aus, dass bei einem Verstoß gegen die vom Behandler gemachten Ratschläge schon nichts passieren wird, wenn er gegen die genannten Obliegenheiten verstößt.

Vielfach geht ja auch alles gut!

Die Folgen eines Verstoßes gegen die Ratschläge des Arztes können jedoch zu weitreichenden Folgen führen. So kann ein Verstoß gegen den Rat des Arztes dazu führen, dass dem Patienten beachtliche Nachteile erwachsen. Bei Nichtbeachtung gewisser Hinweise des Arztes kann es sogar dazu führen, dass der Patient den Schaden selbst zu tragen hat, auch dann, wenn ihm allein kein Verschulden zur Last gelegt werden kann.

Der Behandler hat daher unter Beachtung des § 630 c Abs. 1 BGB seinerseits auch Wert darauf zu legen, dass der Patient weiß, dass er für Folgen eines Verstoßes gegen den wohlgemeinten Rat des Behandlers einzustehen hat. Demgemäß haben viele Behandler auch zu der Möglichkeit gegriffen, den Patienten schriftlich auf die Beachtung bestimmter Rücksichtnahmen gegen die eigene Gesundheit aufzuklären und ihm einen entsprechenden Hinweisbogen z.B. bei Überreichung des Heil- und Kostenplans zur Verfügung zu stellen.

Beachtet der Behandler die Aufklärungsobliegenheiten nicht in ausreichendem Maße und verstößt der Patient in Unwissenheit gegen wesentliche zu beachtende Grundsätze, könnte es passieren, dass der Arzt selbst wegen Versäumnis eines Teils seiner Aufklärungsverpflichtung zur Rechenschaft gezogen wird. Die Aufklärung des Patienten erschöpft sich daher nicht allein in der therapeutischen Aufklärung, sondern beinhaltet auch die Aufklärung über das postoperative Verhalten des Patienten. ■

\_\_\_\_\_ *Wencke Boldt*

*Fachanwältin für Medizinrecht, Hannover*

## SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



### → Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

**11.06.2022**    **Z/F 2234**    **8 Fortbildungspunkte**

#### Erfolgreiche Mitarbeitergespräche führen

Birgit Stülten, Kiel  
11.06.2022 von 09:00 bis 16:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 220,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 225,- €

**22.06.2022**    **Z/F 2236**    **5 Fortbildungspunkte**

#### Die Rechnung von Ihrem Zahnarzt ist nicht korrekt!

Marion Borchers, Rastede-Loy  
22.06.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 154,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 159,- €

**25.06.2022**    **Z 2237**    **9 Fortbildungspunkte**

#### Komplementäre Schmerztherapie in der ZMK (Einführungskurs)

Dr. Hans Ulrich Markert, Leipzig  
25.06.2022 von 09:00 bis 17:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 361,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 366,- €

**29.06.2022**    **Z/F 2238**    **5 Fortbildungspunkte**

#### Dokumentation in der Stuhlassistenz – So läuft's richtig!

Marion Borchers, Rastede-Loy  
29.06.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 154,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 159,- €

**01.07.2022**    **Z/F 2239**    **5 Fortbildungspunkte**

#### Abrechnung chirurgischer Leistungen in der Implantologie

Marion Borchers, Rastede-Loy  
01.07.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 154,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 159,- €

#### PAR-Abrechnung Die aktuelle Abrechnung von zahnärztlichen PAR-Leistungen im GKV-Bereich

Herzlich Willkommen sind Zahnärztinnen/  
Zahnärzte, zahnärztliche Mitarbeiter/  
innen und Prophylaxefachkräfte, die  
sich in die grundsätzliche Abrechnung  
der PAR-Therapie einarbeiten wollen.



Fotos: Privat

Marion  
Borchers

##### Seminarinhalte:

- ▶ Neue BEMA-Positionen, Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen zur PAR-Abrechnung
- ▶ Besprechung der geänderten PAR-Richtlinie
- ▶ Möglichkeiten der privaten Abdingung von Begleitleistungen
- ▶ Außervertragliche Leistungen bei Versicherten der GKV
- ▶ Viele Behandlungsbeispiele
- ▶ Zahnärztliche Präventionsleistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen
- ▶ Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V = pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit einer Beeinträchtigung

Referentin: Marion Borchers, Rastede-Loy  
**Mittwoch, 13.07.2022 von 14:00 – 18:00 Uhr**

Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 154,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 159,- €  
Kurs-Nr.: Z/F 2244  
5 Fortbildungspunkte nach BZÄK



#### WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

## WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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



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

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



Daniela Greve-Reichrath

### 1. GOZ – intensiv und praxisrelevant

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

### 2. Komplexe Behandlungsbeispiele aus den Bereichen der

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

### 3. Individualprophylaxe von der Schwangeren bis zur Seniorenprophylaxe

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

### 4. Die richtige Berechnung der Lasertherapie

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

**Hinweis:** Bitte bringen Sie Ihre GOZ-Schnellübersicht mit.

Referentin: Daniela Greve-Reichrath, Lübbecke

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

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

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 292,- €

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

Kurs-Nr.: F 2234

## → Für zahnärztliches Fachpersonal

**01.06.2022 Z/F 2231**

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

Birgit Stülten, Kiel

01.06.2022 von 15:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 115,- €

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

**03.06.2022 Z/F 2232**

### Online-Seminar

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

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen

03.06.2022 von 09:00 bis 14:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 83,- €

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

**03.06.2022 Z/F 2233**

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

Yvonne Pradel, Hannover

03.06.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 78,- €

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

**17.06.2022 F 2235**

### Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing

17.06.2022 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

**17.06.2022 Z/F 2235**

### Die Befundklassen 4-6. Der Aufbaukurs im Festzuschussystem

Yvonne Pradel, Hannover

17.06.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 78,- €

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

**18.06.2022 F 2227**

### Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing

18.06.2022 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

## WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

# Bezirksstellenfortbildung der ZKN

## BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Vorerst ausschließlich Online

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

Tel.: 0511 83391-311, E-Mail: [bezirksstellenfortbildung@zkn.de](mailto:bezirksstellenfortbildung@zkn.de)

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
13.07.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Eckpunkte in der Zahntraumatologie, ao. Univ.-Prof. Dr. Kurt A. Ebeleseder, Graz
24.09.2022, 10:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Weichgewebsmanagement an Zähnen und Implantaten, Dr. Kai Fischer
30.11.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Chirurgische Parodontaltherapie, Dr. Sebastian Becher

## BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

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

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
25.06.2022, 09:00 – 12:00 Uhr	<b>Präsenz-Seminar</b> Septische Chirurgie und aktuelle Konzepte zur Antibiotikatherapie, PD Dr. Dr. Susanne Jung MHBA, LL.M, M.Sc.
05.11.2022, 09:00 – 12:00 Uhr	<b>Präsenz-Seminar</b> Zahnärztliche Pharmakotherapie – Was ist praxisrelevant? PD Dr. Dr. Frank Halling, Fulda <b>Hörsaal und Gebäude werden noch bekannt gegeben!</b>

## BEZIRKSSTELLE VERDEN

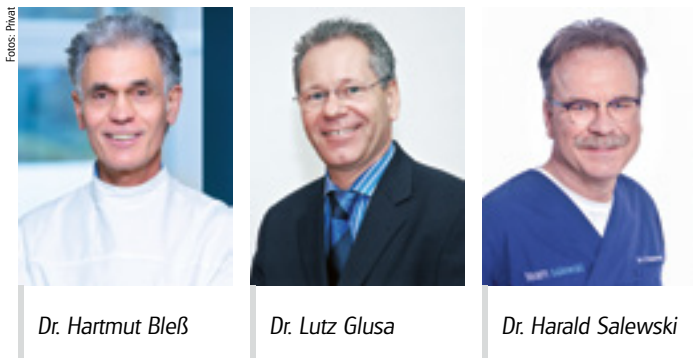
Ort: Vorerst ausschließlich Online

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

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.09.2022, 19:00 Uhr – ca. 20:30 Uhr	<b>Online Seminar</b> Antibiotika in der Zahnmedizin, PD Dr. Dr. Frank Halling, Fulda
12.10.2022, 19:00 Uhr – ca. 20:30 Uhr	<b>Online Seminar</b> Analgetika und Lokalanästhetika, PD Dr. Dr. Frank Halling, Fulda
23.11.2022, 19:00 Uhr – ca. 20:30 Uhr	<b>Online Seminar</b> Risikopatienten (einschl. Antikoagulantien), PD Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

# Wir gratulieren herzlich nachträglich zum Geburtstag: den Herren Doktoren Bleß, Glusa und Salewski



Dr. Hartmut Bleß

Dr. Lutz Glusa

Dr. Harald Salewski

„Gerundet“ hat Dr. Hartmut Bleß aus Varel, der am 8. Mai seinen 70sten Geburtstag feiern konnte. Kollege Bleß wurde 1952 in Nordenham geboren. Nach dem Abitur ging es zum Zahnmedizinstudium in den „Süden“ und zwar an die Georg-August-Universität Göttingen, wo er 1977 nicht nur promovierte, sondern im Anschluss daran einige Jahre an gleichnamiger Uni in Lohn und Brot stand. Im Jahr 1980 zog es ihn wieder zurück in die Wesermarsch, wo er seitdem vertragszahnärztlich tätig ist.

Kollege Bleß engagiert sich seit 1993 standespolitisch für die verfasste Zahnärzteschaft. Noch heute ist er in seiner Funktion als Vorsitzender der Bezirksstelle Wilhelmshaven (seit 2005!) geschätzter Ansprechpartner für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort.

Auf „Landesebene“ bringt sich Kollege Bleß seit vielen Jahren aktiv als Mitglied der Vertreterversammlung der KZVN (seit 2001) und Mitglied der Kammerversammlung (seit 2010) ein. Darüber hinaus war er in diversen Fachausschüssen unserer Körperschaften engagiert als da wären: Stellvertretender Beisitzer im Disziplinarausschuss, Ersatzmitglied im Finanzausschuss und Vorsitzender im Honorar- und Vermittlungsausschuss.

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass ihm im Jahr 2009 die Ehrengabe der ZKN verliehen wurde.

Ihren 65sten Geburtstag konnten Dr. Lutz Glusa aus Wunstorf und Dr. Harald Salewski aus Salzgitter feiern. Beiden gemein ist nicht nur das Geburtsjahr 1957. Beide sind aktuell Mitglied in der Vertreterversammlung der KZVN und beide wurden für ihr standespolitisches Engagement mit der Ehrengabe der ZKN ausgezeichnet.

Dr. Lutz Glusa ist am 7. Mai 1957 in Hannover geboren und aufgewachsen. In Anschluss an das Studium der Zahnmedizin an der MHH mit Promotion im Jahr 1984 schloss er 1987 noch sein Medizinstudium mit dem Staatsexamen ab. Die Ausbildung zum Facharzt für MKG-Chirurgie beendete er erfolgreich 1991. Seit 1993 ist Kollege Glusa in eigener Praxis in Wunstorf tätig.

In den Gremien von KZVN und ZKN ist Lutz Glusa seit mehr als 20 Jahren aktiv. Bereits seit 2005 ist er ordentliches Mitglied der Vertreterversammlung der KZVN. Sicherlich ein Indiz dafür, dass sein standespolitisches Engagement von der Kollegenschaft im Bereich der Verwaltungsstelle Hannover entsprechend goutiert wird. Darüber hinaus engagiert er sich aktuell im HVM-Ausschuss und im Landesschiedsamt. Auch in den Gremien und Ausschüssen der ZKN ist er engagiert. Seit 2001 (!) ist er Mitglied der Kammerversammlung, und auch Vorsitzender des Ausschusses für Fachzahnarztangelegenheiten.

Dr. Harald Salewski wurde am 15. April 1957 in Hamburg geboren. Zum Studium der Zahnmedizin zog es ihn nach Hannover, wo er an der MHH studierte und 1983 seine Promotion erlangte. Im Jahr darauf ließ er sich in eigener Praxis am Standort Salzgitter nieder, wo er auch heute noch praktiziert.

Harald Salewski ist fast seit einem Vierteljahrhundert standespolitisch engagiert und in den verschiedenen Gremien und Ausschüssen von ZKN und KZVN aktiv: Ob als Mitglied der Vertreterversammlung der KZVN (seit 2017), als Kammerversammlungsmitglied (2017 – 2020) oder als Fortbildungsreferent der Bezirksstelle Braunschweig brachte bzw. bringt er seine Expertise ein.

Als sein „Steckenpferd“ darf mit Fug und Recht das Gutachterwesen bezeichnet werden, denn seit 1997 ist er als Gutachter, seit 2017 als Obergutachter für den Leistungsbereich Zahnersatz tätig.

Für die Zukunft wünschen wir allen Jubilaren auch weiterhin Gesundheit, Glück und Zufriedenheit. Und ausreichend Zeit für die Familie und die persönlichen Hobbys. ■

\_\_\_\_\_ Die Vorstände von KZVN und ZKN

### 32 Jahre Zahnerhaltungskunde mit Prof. Dr. Werner Geurtsen am Standort Hannover



Foto: MIHF Pressestelle

**S**eit 1990 ist Prof. Geurtsen Ordinarius der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine akademische Laufbahn begann zunächst in Mainz. Nach dem Staatsexamen war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und später Oberarzt an der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Über eine Zwischenstation in Köln erhielt er schließlich den Ruf nach Hannover, wobei er zwischen den Jahren 2002 und 2007 als Direktor der Division of Restorative Dentistry in Seattle, USA, tätig war.

Sein Chemiestudium prägte früh sein naturwissenschaftliches Handeln und Denken. Dabei begleitete die kritische Betrachtung der Kompositwerkstoffe in Klinik und Forschung seine gesamte Laufbahn und er veröffentlichte zahlreiche hochrangige Publikationen zur Biokompatibilität von Kompositbestandteilen.

Seine wissenschaftliche Aktivität war geprägt durch eine gesunde Balance zwischen kritischer Reflektion wissenschaftlicher Entwicklungen und Enthusiasmus für Neuerungen. Auch seine Lehre war stets evidenz- und nicht

„eminenzbasiert“. So wurden Vorlesungsinhalte immer mit wissenschaftlichen Fakten und Studiendaten untermauert. Dieses Denken und Handeln hat Prof. Geurtsen auch an seine Mitarbeiter/-innen weitergegeben und legte bei ihrer Auswahl besonderen Wert auf soziale Kompetenz und Teamfähigkeit mit der Konsequenz, das vermutlich dienstälteste Team an einer deutschen Universität anzuführen. Dieser Teamgedanke beschränkte sich jedoch nicht nur auf die Fächergruppe der Zahnerhaltungskunde. Er verstand das Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) stets als eine Einheit und schaffte mit seiner ausbalancierten und pragmatischen Art, ein freundschaftliches Miteinander zu etablieren und aufrechtzuerhalten.

Wir bedanken uns bei Prof. Geurtsen herzlich für die konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit und wünschen ihm und seiner Frau, Professorin Gabriela Ibarra, alles Gute für den vor ihnen liegenden Lebensabschnitt. ■

\_\_\_\_\_ Prof. Dr. Ingmar Staufenbergel & die ärztlichen Direktoren des Zentrums ZMK Professorin Dr. Meike Stiesch, Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich und Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly

### 25JÄHRIGES JUBILÄUM

Frau Plötz ist jetzt 25 Jahre bei mir in der Praxis. Das nenne ich toll!

- ▶ Als berufsfremd an der Rezeption begonnen.
- ▶ Sie hat mich mit ihrem freundlichen kecken Wesen gleich überzeugt.
- ▶ Ausbildung in kürzester Zeit nachgeholt und durch viele Weiterbildungen bis zur Praxismanagerin entwickelt.
- ▶ Gemeinsam Höhen und Tiefen im Praxisalltag durchlebt.
- ▶ Gegenseitig Anteil an privaten Schicksalsschlägen genommen. ■

\_\_\_\_\_ Dr. Antje Marschinke, Vechelde



Foto: Dr. A. Marschinke



## Wir trauern um unsere Kollegen

### Hany Raschwan

geboren am 03.10.1974, verstorben am 18.03.2022

### Dr. Dieter Dreschke

geboren am 30.11.1941, verstorben am 30.03.2022

### Fabian Krieger

geboren am 29.09.1988, verstorben am 27.03.2022

### Werner Reese

geboren am 26.04.1926, verstorben am 07.04.2022

### Die Vorstände

der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

## Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

16.03.2022 Rolf Manfred Bücken (75), Hannover

28.03.2022 Günter Greiner (87), Hannover

20.04.2022 Dr. Dieter H. Kothe (70), Verden

22.04.2022 Dr. Jürgen Pannenborg (87), Varel

22.04.2022 Dr. Dirk Oppermann (70), Hannover

23.04.2022 Dr. Hans-Hermann Hupe (89), Ilsede

26.04.2022 Dr. Manfred Raimund Peix (75), Dissen

27.04.2022 Dr. Klaus Stank (70), Schwülper

29.04.2022 Dr. Gerd Eberhardt (80), Wolfenbüttel

29.04.2022 Dr. Franz Josef Aka (75), Oldenburg

01.05.2022 Dr. Günther Schneider (75), Lehrte

03.05.2022 Dr. Ortrud Dietrich (75), Helmstedt

03.05.2022 Renate E. Vent (75), Seevetal

03.05.2022 Reinhard Fritsch (75), Rehden

08.05.2022 Dr. Hartmut Bleß (70), Varel

15.05.2022 Thomas Emsel (70), Staddoldendorf

## BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?  
Wir helfen Ihnen gern!

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

**ZKN**  
Zahnärztekammer  
Niedersachsen



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



## 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](mailto:zulassung@kzvn.de)

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN ([www.kzvn.de/Zahnärzte/Zulassung](http://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	02.05.2022
für die Sitzung am	01.06.2022
Abgabe bis	15.06.2022
für die Sitzung am	13.07.2022
Abgabe bis	27.07.2022
für die Sitzung am	24.08.2022
Abgabe bis	12.09.2022
für die Sitzung am	12.10.2022
Abgabe bis	08.11.2022
für die Sitzung am	07.12.2022



© diego cervo / iStockphoto.com

## Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

### a) Vertragszahnärzte

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

### b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

#### Verwaltungsstelle Braunschweig

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

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

#### Verwaltungsstelle Oldenburg

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

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

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

\_\_\_\_\_Stand: 13.04.2022

## UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

### Die Ausweise von

Vanessa Ciancia.....	Nr. 8510	vom 24.03.2015
Stefanie Kozakewicz.....	Nr. 9907	vom 19.06.2019
Dr. medic. stom. Mahmoud Saleh .....	Nr. 10656	vom 03.06.2021
Ulrike Lattmann.....	Nr. 2734	vom 13.01.1992
Dr. Mechtild Jähn.....	Nr. -	vom 27.11.1998
Dr. Detlef von Horn.....	Nr. 8272	vom 08.07.2014
Dr. Joachim Hecht.....	Nr. 1656	vom 27.02.1985
Dr. Afsana Rahimi.....	Nr. 8127	vom 12.02.2014
Dr. Hermann Götte.....	Nr. 3616	vom 06.01.2000
Dr. Gerd Gummelt.....	Nr. 1162	vom 17.12.1980
Eckhard Boesser.....	Nr. 4831	vom 14.10.2003
Dr. Hansjork Uhde.....	Nr. 9085	vom 03.01.2017
Dr. Jörg Decker.....	Nr. 8580	vom 18.06.2015
Dr. Rüdiger Blanke.....	Nr. 7965	vom 29.08.2013
Dr. Harald Kluge.....	Nr. -	vom 24.01.1997
Dr. Bernard Rauf.....	Nr. 8520	vom 02.04.2015
Dr. Werner Heinze.....	Nr. -	vom 20.05.1969
Dr. Adalbert G. David.....	Nr. 7115	vom 08.03.2011
Dr. Karl-Heinz Brietze.....	Nr. 10544	vom 15.03.2021

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

\_\_\_\_\_ZKN

## ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Beschluss des Zulassungsausschusses Niedersachsen vom 09.03.2022 für den

**Zahnarzt Dr. Wilfried Stender,  
Dr.-Warsing-Straße 187, 26802 Moormerland,**

kann nicht zugestellt werden, da sein derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos. Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 17.05.2022 bis 31.05.2022**, bei Frau Schneider (Abt. Recht und Zulassung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i. V. m. § 10 Abs. 2, S. 6, 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

Die Bescheide zur sachlich-rechnerischen Berichtigung Zahnersatz für Monat 05/2020 vom 23.03.2022 für die

**Zahnärztin Sofia Guimelfarb,  
Limburgstraße 8, 30159 Hannover,**

können nicht zugestellt werden, da ihr derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos. Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Die Bescheide können 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 19.05.2022 bis 03.06.2022**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i. V. m. § 10 Abs. 2, VwZG gelten die Bescheide 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.



SAVE THE  
DATE

ONLINE

# TAG DER AKADEMIE

## „HÄUSLICHE GEWALT“

SCHIRMHERRSCHAFT:  
GESUNDHEITSMINISTERIN DANIELA BEHRENS

SAMSTAG 24.09.2022  
10:00 bis 15:00 Uhr

### PROGRAMM

10:00 Uhr

**Grußwort Ministerin Daniela Behrens**

10:15 – 12:00 Uhr

**„Umgang mit häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung – was kann die Zahnmedizin leisten?“**

*Prof. Dr. med. A. S. Debertin, MBA,  
Medizinische Hochschule Hannover*

Mittagspause

**Videoinformationen verschiedener Hilfsorganisationen**

12:30 – 14:00 Uhr

**„Strafrechtliche Aspekte der häuslichen Gewalt“**

*Katrin Heiland, Staatsanwaltschaft  
Braunschweig*

14.00 – 15.00 Uhr

**„Was tun bei Patienten mit vermuteter Gewalterfahrung und offensichtlichem Trauma – Strategien zum Umgang mit Opfern und Tätern in der zahnärztlichen Praxis“**

*Prof. Dr. Marc Ziegenbein,  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
am Klinikum Wahrenndorff*

**Ort:** Online aus dem ZKN-Studio

**Gebühr:** 69 Euro für Frühbucher bis Ende Juli, danach 79 Euro

**Anmeldung:** Ab Mitte Juni möglich

**Die Veranstaltung wird mit 7 Punkten nach BZÄK/DGZMK bewertet.**

**kostenfreies  
Starterpaket**



Scannen für Onlineversion

# Ausbildungskampagne „Du bist alles für uns“

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

**Praxis** \_\_\_\_\_  
(in schwarzer Schrift & Druckbuchstaben)

**Straße** \_\_\_\_\_

**PLZ Ort** \_\_\_\_\_

**Postermotiv DIN A 2** (bitte ankreuzen)      1     2     3

