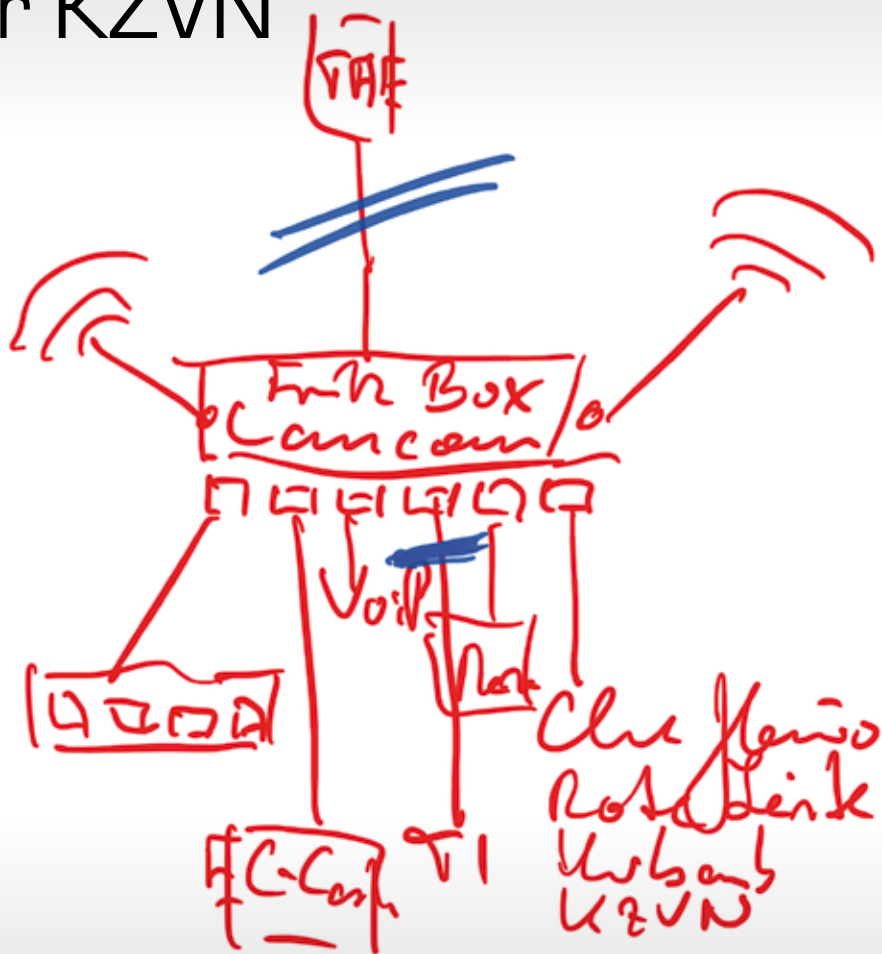


Vertreterversammlung der KZVN

S. 6 ff



Ad-hoc-Freihandzeichnung eines TI-Anschlusses
bei komplexer Praxisnetzwerkstruktur

10 Versorgungsfremde
Investoren machen sich im
Gesundheitswesen breit



22 Die Lunte brennt!



32 Update Karies (Teil 1) –
aktuelles Kariesverständnis
und Kariesdiagnostik



44 Lückenschluss bei
FU-Position und
Schwangeren-Info



KZVN-Fortbildungen

Wir kommen zu Ihnen...

...nach Oldenburg

Samstag, 14. September 2019



Novum: In unserer „Abrechnungsecke“ beantworten wir während der Veranstaltung gerne Ihre vertragszahnärztlichen Abrechnungsfragen.



Aus der Praxis – für das Praxisteam Tagungsprogramm für Zahnärzte und Zahnärztinnen

- » ePA und Vivy – Telematik 2.0 für oder mit unseren Patienten?
- » Datenschutz für Zahnärzte/-innen
- » Rechtssichere Dokumentation
- » Mitarbeiterführung in der Zahnarztpraxis

Aus der Praxis – für das Praxisteam Tagungsprogramm für das zahnärztliche Personal

- » BEMA-Abrechnung aktuell
- » Kommunikation und Teambildung in der Zahnarztpraxis
- » Datenschutz für Mitarbeiter/-innen in der Zahnarztpraxis
- » Die Assistenz in der modernen Kinderzahnheilkunde

Weitere Informationen:

KZVN-Fortbildungen | Telefon 0511 8405-233 | Telefax 0511 837267 | info@kzvn.de | www.kzvn.de



Grenzen der Selbstverwaltung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im Jahr 2015 ist durch das E-Health-Gesetz des damaligen Gesundheitsministers Hermann Gröhe ein Fahrplan zur Telematikinfrastruktur (TI) vorgegeben worden. Leider wurden dort auch die Sanktionen festgeschrieben, die jetzt zu sehr viel Unmut in der Kollegenschaft führen und deren Erweiterung auf einen 2,5-prozentigen Honorarabzug ab März 2020 im nächsten E-Health-Gesetz geplant ist. Dabei geht es eigentlich weniger um den derzeitigen 1%-Honorarabzug bei Nichtanschluss als vielmehr um die Stillfrage im Umgang von Politik mit Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit. Erinnern wir uns doch nur zu gut an den einen oder anderen Skandal von gesetzeswidrigem Verhalten, der ohne nennenswerte Konsequenzen blieb, da der Gesetzgeber zwar Recht und Unrecht definiert, dann aber keine Strafen im Gesetz vorgesehen hatte. Der Parteienspendenskandal sei hier nur exemplarisch genannt. Die vertragszahnärztliche Pflicht zur Installation und zum Betrieb der TI hatte zu einer emotionalen Debatte, einhergehend mit Ärger, Wut und Frustration, geführt. Mit den staatlich diktierten Eingriffen in die Hoheit der selbstdefinierten eigenen Praxisstruktur mit schwer einzuschätzenden Folgen für Datenschutz und Datensicherheit war für einige unserer Mitglieder das Maß des Erträglichen überschritten!

Selbstverwaltung bedeutet aber auch, dass die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben eben auf diese Selbstverwaltung übertragen wird. Die Rechtsstaatlichkeit hochzuhalten ist unser aller Pflicht, heißt aber auch in diesem Fall, dass die KZVN als Körperschaft des öffentlichen Rechts das Gesetz umzusetzen hat. Ab 30. Juni, dem Ende der Schonfrist für die Sanktionierung, werden wir den Spitzenverbänden mitteilen können, dass die Zahnarztpraxen in Niedersachsen weitestgehend angeschlossen sind. Ist das ein Erfolg der Selbstverwaltung? TI fällt in mein Vorstandsressort, meine Freude hält sich jedenfalls in Grenzen. Fristsetzungen, permanentes Nachjustieren gesetzlicher Vorgaben, Sanktionierung von Kolleginnen und Kollegen; schon mit dem ersten E-Health-Gesetz war die Daumenschraube angelegt worden.

Wenn Sie diesen Leitartikel lesen, wird der Prozentsatz der Praxen, die noch nicht über den Praxisausweis als erster Voraussetzung für die TI verfügen, bei unter 2% liegen. Damit ist auch die Sanktionierung durch Honorarkürzung in Niedersachsen sehr überschaubar.



Foto: Philipp/KZVN

Dr. Jürgen Hadenfeldt
Stellv. Vorsitzender der KZVN

Diese niedrige Sanktionierungsquote für die niedersächsischen Kolleginnen und Kollegen ist für mich nur ein Pyrrhussieg, ein zu teuer erkaufter Erfolg. Honorarkürzung als Automatismus ins Gesetz geschrieben, umzusetzen von der Interessenvertretung der Betroffenen. Und dann die weitere angekündigte Verschärfung der Sanktionierung auf 2,5%, die Daumenschraube ist mit einer weiteren Umdrehung angezogen worden. Keine Kollegin, kein Kollege in der Republik hat diesen Umgang verdient! Für die Zukunft wünsche ich mir einen anderen Umgang der Politik mit der Selbstverwaltung und der Zahnärzteschaft! ■

Dr. Jürgen Hadenfeldt
Stellv. Vorsitzender der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 54. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte
mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN),
erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats.
Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 09/19: 13. August 2019
Heft 10/19: 10. September 2019
Heft 11/19: 14. Oktober 2019

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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





6



18



45

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:
Grenzen der Selbstverwaltung

POLITISCHES

- 4 Sozialpartner und Selbstverwalter
gegen Entmachtung
Hochrangige Gäste auf GKV-SV-
Verwaltungsratssitzung entlarven FKG
- 6 Vertreterversammlung der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Niedersachsen
- 10 Wenn Rendite den Takt vorgibt:
Versorgungsfremde Investoren machen
sich im Gesundheitswesen breit
- 18 Tagung der KZVN zu Medizinischen
Versorgungszentren
- 20 Kurznachrichten
- 22 Die Lunte brennt!
Antibiotikaresistenzen:
Auch eine Folge der Sparpolitik



32

FACHLICHES

- 26 Fokus Phobie
Krankhafte Angstphänomene
in der Zahnarztpraxis
Aspekte zu Intervention und
Prävention (Teil 1)
- 31 Änderung eines Vertrages
durch anstandslose Zahlung –
Rahmenvertrag der ZKN mit der
Firma Streit GmbH
- 32 Update Karies (Teil 1) – aktuelles
Kariesverständnis und Kariesdiagnostik
- 38 Neue Frühuntersuchungen für
Säugling und Kleinkind für
frühzeitigere Kariesprävention –
Hinweise für die Praxis
- 44 Lückenschluss bei FU-Position und
Schwangeren-Info
- 45 Grundschulkinder bekamen von
Auszubildenden Tipps für die
Mundhygiene
- 46 Mehr verdienen im Midijob

TERMINLICHES

- 48 ZAN-Seminarprogramm
- 49 Termine
- 50 Bezirksstellenfortbildung der ZKN



38

PERSÖNLICHES

- 51 Dr. Eckhard Jung wurde 65 Jahre „jung“
- 51 Roland Gutsche – 25 Jahre ZKN
- 52 „Das höchste Gut einer Zahnarztpraxis
sind unsere Mitarbeiter – insbesondere
die Personen, die uns schon lange
begleiten.“
- 52 Wir trauern um unsere
Kolleginnen und Kollegen
- 52 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!
- 53 10-jähriges Dienstjubiläum bei hi.dent –
10 Jahre Melanie Langner

AMTLICHES

- 53 Neuzulassungen
- 54 Beschlüsse anlässlich der ordentlichen
Sitzung der Vertreterversammlung der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Niedersachsen am 17/18.05.2019
- 58 Niederlassungshinweise
- 59 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 60 Kleinanzeigen



46



Foto: © Gajus - stock.adobe.com

Sozialpartner und Selbstverwalter gegen Entmachtung

HOCHRANGIGE GÄSTE AUF GKV-SV-VERWALTUNGSRATSSITZUNG ENTLARVEN FKG

Die gesetzliche Krankenversicherung wehrt sich gegen die Pläne von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (CDU), die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zu entfernen. Geht es nach dem „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ (GKV-FKG), das als Referentenentwurf derzeit für viel Diskussionsstoff sorgt, sollen künftig – Zeitpunkt noch unbestimmt – bis zu 40 hauptamtliche Vorstandsvertreterinnen und -vertreter aus den Mitglieds-kassen den Verwaltungsrat bilden. Dazu die Gesetzesbe-gründung: „Ziel ist eine Professionalisierung des Verwal-tungsrats. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes notwen-dig ist.“ Dies sei, heißt es in der Resolution des Verwal-tungsrates des GKV-SV, die anlässlich seiner wohl bewusst auf Öffentlichkeit ausgerichteten Sondersitzung am 24. April einstimmig verabschiedet worden ist, ein „Generalangriff auf die Beitragszahlung in der Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft“. Unterstrichen wurde dies von den Sozialpartnern, die als Gäste hochrangig erschienen waren. Ihre Botschaft an das versammelte Ehrenamt: Wir stehen hinter Euch!

Der Bundesgesundheitsminister wolle, so Uwe Klemens, Verwaltungsratsvorsitzender und Versichertenvertreter des GKV-SV, das Miteinander von Arbeitgebern und Versicherten aushebeln. Dabei sorgten gerade sie dafür, „dass die Patientenperspektive ein starker Anker in der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung bleibt“. Das bestätigte sein Gewerkschaftskollege und Ver.di-Vor-sitzender Frank Bsirske: „Was Spahn macht, kommt einer Entmachtung der Selbstverwaltung gleich.“ Die Vereinba-rungen der Partner der Großen Koalition würden in ihr Gegenteil verkehrt. Im Koalitionsvertrag heißt es: Wir wollen die Selbstverwaltung stärken und gemeinsam mit den Sozialpartnern die Sozialwahlen modernisieren. DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach ging noch weiter: „Das Fundament des Sozialstaatsprinzips wird angegriffen.“

Sind sich sonst Gewerkschaften und Arbeitgeber naturge-mäß nicht immer in Harmonie zugetan – in der Frage der Sozialversicherung passt zwischen die Sozialpartner kein Blatt. „Arbeitgeber und Versicherte müssen mitentscheiden, wie ihre Mittel eingesetzt werden“, so Alexander Gunkel, Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Der GKV-Spitzen-verband sei eine der wichtigsten Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und wirke in vielen Feldern als unter-

gesetzlicher Normengeber. Hierfür würde er durch die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitgebern und Versicherten legitimiert und geführt. Es liege in der Sache, dass man nicht immer einer Auffassung mit dem Bundesgesundheitsminister sei. Auf Meinungsverschiedenheiten solle man mit besserer Gesundheitspolitik antworten, nicht aber damit, die Kritiker zu entfernen. Die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung habe Spahn noch damit begründet, Interesse und Engagement der Arbeitgeber an der Krankenversicherung wieder erhöhen zu wollen. Mit dem GKV-FKG kehre er die Arbeitgeber nun aus. Das sei widersprüchlich. Gunkel erinnerte auch an die letzte Wirtschaftskrise, die aufgrund der von gegenseitigem Verständnis geprägten Zusammenarbeit der Sozialpartner in Deutschland gut durchgestanden werden konnte.

Die Sitzung des Verwaltungsrates war emotional. Spahn habe die Krankenkassen belogen, war nur eine der emporgerufenen Wortspenden der versammelten Ehrenamtler. Noch vor wenigen Wochen hätte er bekundet, die Selbstverwaltung funktioniere zu 98 Prozent sehr gut. Jetzt wolle er sie mit dem Verweis, den Verwaltungsrat professionalisieren zu wollen, abschaffen. Professionalisierung sei ein unsinniges Argument, befand auch Gunkel. Für die Umsetzung der Arbeit gäbe es hauptberufliche, professionelle Kräfte, die vom Verwaltungsrat gewählt werden. Für die sprach Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-SV. Der hauptamtliche Vorstand lehne die beabsichtigte Neuordnung uneingeschränkt ab. Der Verwaltungsrat solle weiterhin aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern bestehen. Dafür seien zwei Gründe ausschlaggebend: Erstens sei in dem wettbewerblichen System GKV der Spitzenverband für die übergreifenden Fragen verantwortlich. Während die einzelnen Kassen aus ihrer unternehmerischen Perspektive heraus handeln, komme ihm die Systemperspektive zu. Zweitens Sorge das Ehrenamt im Verwaltungsrat für Unabhängigkeit und verhindere damit erfolgreich, dass sich der von ihr geführte Verband zu einer Art nachgeordneten Behörde des BMG entwickeln könnte.

Für Handwerkspräsident Hans Peter Wollseifer setzt sich mit dem GKV-FKG eine Linie fort, die die Große Koalition bereits in der letzten Wahlperiode begonnen hat: Zwei Volksparteien legen Hand an die Selbstverwaltung mit dem Ziel, den Einfluss der Politik im Gesundheitsbereich dauerhaft auszubauen. Es gehe um Zentralisierung, Vereinheitlichung, Entmachtung und nicht zuletzt auch um den Bundesgesundheitsminister selbst. Spahn führe publikumswirksame Entscheidungen mit Blick auf die nächste Wahl herbei. Mit Stärkung der Demokratie habe das nichts zu tun.

In der Tat weist eine Reihe an politischen Entscheidungen darauf hin, dass Union und SPD seit längerem darauf hin-

arbeiten, in der Gesundheitspolitik weit mehr mitsprechen zu wollen als früher. Belege dafür sind Regelungen zur Gewährleistung der Angemessenheit der Vorstandsvergütung und entsprechende Vorlagepflichten, die mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 7. August 2013 eingeführt worden sind. Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz aus der ersten Jahreshälfte 2017 bildet ein anderes, eindrucksvolles Beispiel. In der aktuellen Legislaturperiode haben solche Eingriffe noch zugenommen. Mit dem Versichertenentlastungs-Gesetz (VEG), das zu Beginn des Jahres in Kraft getreten ist, wird den Krankenkassen genauestens diktiert, wie sie etwaige Finanzreserven abzuschmelzen haben. Mit dem Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sichert sich der Gesundheitsminister 51 Prozent der Gesellschafteranteile der gematik und damit das Sagen. Gleichzeitig wird die Beschlussfähigkeit von 67 Prozent auf die einfache Mehrheit reduziert. Das Gesetz enthält zudem weitere Festlegungen zur Gestaltung von Vorstandsverträgen; diese werden zudem für die Dauer von zehn Jahren eingefroren.

Mit dem geplanten Implantateregistergesetz (EIDR) sollen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) einfacher und schneller in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Die näheren Regelungen zur Leistungserbringung sowie eine etwaige Befristung bis zum Abschluss einer Erprobungsregelung durch den G-BA soll per Rechtsverordnung des BMG geregelt werden. Weitere Ideen sind in der Pipeline, so zum Beispiel im Entwurf für ein Gesetz zur Beitragsentlastung der Betriebsrentnerinnen und -rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. Januar 2019. Dieses wird nach einer Einlassung der Kanzlerin und mit Verweis auf nicht vorhandene Spielräume im Bundeshaushalt zwar nicht kommen. Die dort enthaltenen Vorschläge zur Verschärfung des Kassenwettbewerbs und zur Forcierung des Rücklagenabbaus bei den Krankenkassen würden aber sehr gut ins GKV-FKG passen. Und bevor es vergessen wird: Ein Gesetz die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung betreffend und damit die Reform einer der Hochburgen der Selbstverwaltung liegt nun aktuell als Referentenentwurf vor.

Dennoch: Mit ihrem geschlossenen Auftreten dürfte es Selbstverwaltung und Sozialpartnern gelingen, die weitere Diskussion um den Umbau des GKV-Spitzenverbands auf eine höhere politische Ebene zu heben. Arbeitgeber und Gewerkschaften sind bereits dabei, ihre politischen Verbindungen zu nutzen, die Kabinettsfassung in ihrem Sinne zu beeinflussen. Spahn wird den Widerstand kalkuliert haben. Im Zweifel wird er umso entschlossener an anderer Stelle agieren. ■

_____gid Nr. 10, 04.05.2019

Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

- **TELEMATIKINFRASTRUKTUR IM FOKUS**
- **KONSENS BEI DER BESCHLUSSLAGE**
- **DER HVM-VERTEILUNGSPUNKTWERT WIRD RÜCKWIRKEND ZUM 01.01.2019 UM 2,5% ERHÖHT.**

Zur Frühjahrs-Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) am 17. und 18. Mai in Hannover konnte der VV-Vorsitzende Dr. Ulrich Obermeyer 42 der insgesamt 50 Delegierten begrüßen. Ein herzliches Willkommen galt dem für Dr. Timmermann in die Versammlung nachgerückten Dr. Carsten Vollmer aus Jork.

In seinem Bericht beschäftigte sich der Vorsitzende des Vorstandes der KZVN, Dr. Thomas Nels, mit dem nun in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und seinen spezifischen Auswirkungen auf die Zahnmedizin. Dem Leitartikel des Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen im NZB, der sich mit den erhöhten Festzuschüssen, der Abschaffung der Degression und der Mehrkostenregelung im Rahmen der KFO-Behandlung beschäftigt hatte, sei hier nichts hinzuzufügen, so Nels.

Verankerung des Vertragsgutachterverfahrens im SGB V

Was ihm nicht an der neuen gesetzlichen Gutachterregelung gefallen habe, sei die tatsächliche Formulierung der Gesetzesänderung. So habe es bisher im BMV-Z seit 2017 geheißt: „Die Partner des BMV-Z streben die Erhaltung planbarer Verhältnisse an. In diesem Zusammenhang können die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen.“ Nunmehr heiße es aber:

„Die KZBV und der GKV-Spitzenverband können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im BMV-Z näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den MDK vornehmen lassen.“ Aus diesem Grund sei er, so Nels, froh darüber, dass es in Niedersachsen noch vor dieser



Fotos: Dr. Riefensahl/ZKN

Obere Reihe v.l.n.r.: Dr. Henning Otte (stellv. Vors. d. VV), Dr. Ulrich Obermeyer (Vorsitzender der VV), Dr. Stefan Liepe (stellv. Vors. d. VV)

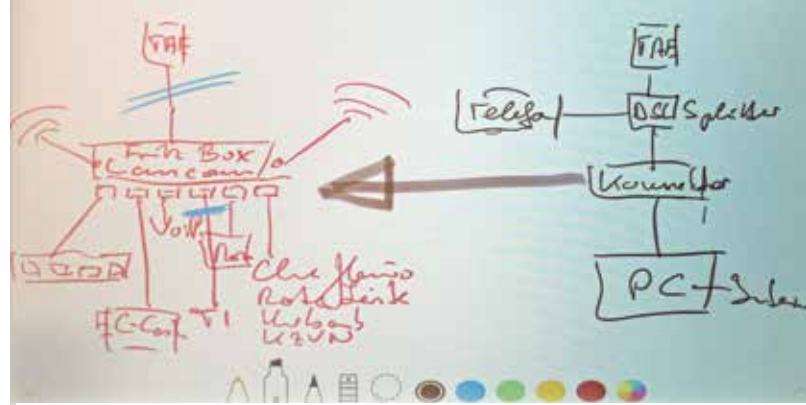
Untere Reihe v.l.n.r.: Dr. Jürgen Hadenfeldt (stellv. Vors. d. KZVN), Dr. Thomas Nels (Vorsitzender der KZVN), Christian Neubarth (Mitglied im Vorstand der KZVN), Dr. Michael Hinz (Leiter der Verwaltung der KZVN)



Dr. Thomas Nels,
Vorstandsvorsitzender
der KZVN



Dr. Jürgen Hadenfeldt,
stellv. Vorsitzender der
KZVN



„Künstlerische Darstellung“ des TI-Anchlusses bei unterschiedlicher Netzwerkstruktur

Entscheidung gelungen sei, durch Verhandlungen eine Vereinbarung zu treffen, die bislang nicht in Frage gestellt worden sei.

Gerne hätte man sich vom Gesetzgeber ein noch stärkeres Signal gegen renditeorientierte MVZ gewünscht. Trotzdem sei es trotz des massiven Drucks der Lobby unter Wahrung strenger Vertraulichkeit in intensiven Gesprächen gelungen, den Gesetzgeber im letzten Moment für eine spezifische Regelung für die Zahnärzte zu gewinnen. Die Zukunft werde zeigen, ob diese Regulierung des Marktes dazu führen werde, dass sich Investmentfonds anderen Märkten zuwenden, sagte Nels.

Als bemerkenswert bezeichnete der Vorstandsvorsitzende die Abschaffung der „Zufälligkeitsprüfung“ im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zukünftig werden Prüfungen nur noch auf Antrag erfolgen. Ebenso erfreulich sei im Sinne einer besseren Planungssicherheit, dass Rückforderungen statt innerhalb einer Vierjahres- nur noch in einer Zweijahresfrist geltend zu machen sind.

Dass das Gesundheitsministerium mit dem TSVG zugleich eine 51-%ige Beteiligung an der „gematik“ übernommen habe, war für Nels nicht einsehbar, da Entscheidungsverzögerungen eher bei der Industrie lägen. Der in der Pipeline liegende Referentenentwurf zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ mit einer bundesweiten Öffnung aller Kassen führe zu einer Verlagerung der bisherigen Landesaufsicht auf das Bundesversicherungsamt.

2018 erstmals seit 1993 wieder Einzelleistungsvergütung im Kons/Chir-Bereich

Zur gegenwärtigen Vertragssituation stellte Dr. Nels unter dem Beifall der Delegierten fest, dass die KZVN 2018 erstmals seit 1993 wieder im Bereich Kons/Chir eine Einzelleistungsvergütung durchführen konnte. Das sei für ihn, so Nels, ein HVM der ersten Wahl. Zugleich betonte er in diesem Zusammenhang die Abhängigkeit von der Zahl der erbrachten Leistungen und der Zahl der Versicherten. Aus diesem Grund benötige man einen HVM – in der Hoffnung, ihn nicht anwenden zu müssen. Wichtig war Nels der Hinweis, dass es nicht an der Umstellung des HVM läge, wenn man in diesem Jahr ggf. wieder Kürzungen

vornehmen müsse, sondern an der Vertragssituation. Denn auch nach dem bisherigen HVM hätte man dann kürzen müssen.

Ein wesentlicher Punkt bei den Verhandlungen mit den Primärkassen war die Überschreitung im Bereich KFO. Zwar hoffe man, die HVM-Situation in diesem Bereich zu entspannen, aber weitere Punktmengensteigerungen bei abnehmender Kinderzahl könnten die Bemühungen schnell wieder zunichtemachen. Auch in diesem Fall werde ein HVM helfen, der hohe Fallwerte unattraktiv mache. Für die enge Abstimmung im Bereich KFO dankte der KZVN-Vorsitzende dem Referenten der KZVN für KFO, Dr. Christoph Mauck.

Ein Bestandteil der Gutachtervereinbarung sei eine gemeinsame Qualitätssicherung. Die bisherigen Ergebnisse seien durchaus zufriedenstellend, so Nels. Auch die Arbeit des Beratungsgremiums laufe reibungslos. Bisher sei man in 21 Fällen stets zu einem einstimmigen Ergebnis gekommen. Es entscheiden nunmehr ausschließlich Zahnärzte über fachlich strittige Fragen. Das sei ein wichtiger berufspolitischer Erfolg, so Nels. Auf der Basis der guten Zusammenarbeit hätten sich auch die Primärkassen entschieden, zum gemeinsamen Obergutachterverfahren zurückzukehren. Allerdings gebe es einen Referentenentwurf aus dem BMG, der eine Loslösung des MDK aus dem Einflussbereich der Krankenkassen zum Inhalt habe.

Der stellvertretende Vorsitzende der KZVN, Dr. Jürgen Hadenfeldt, berichtete aus seinem umfangreichen Ressort zu den Themen Leistungsabrechnungen/-prüfungen, Telematikinfrastruktur (TI) sowie Datenschutz/-sicherheit und der sektoralen Qualitätssicherung. Auf dem Weg von der Papierabrechnung und Datenträgern hin zur Online-Einreichung könne man nun den Erfolg der Steuerungselemente erkennen.

Die verstärkt zu bemerkende Abrechnungsprüfung durch den Einsatz spezieller Software und Big Data durch einzelne Krankenkassen beschrieb Dr. Hadenfeldt exemplarisch. Die Datenzusammenführung hätte zu Berichtigungsanträgen durch Krankenkassen geführt. Eindeutig ►►

» positionierte sich der stellvertretende Vorsitzende zu zahlreichen Berichtigungsanträgen einer Krankenkasse bei der Erbringung von IP-Leistungen im gleichen Zeitraum durch Vertragszahnärzte und Kieferorthopäden. Die KZVN sehe darin keinen Konflikt, weil sich nirgendwo ableiten ließe, dass sich Behandler abzusprechen hätten. Betroffene Praxen seien entsprechend angeschrieben worden und somit bestehe für sie Planungssicherheit.

Die Neudefinition der Füllungspositionen 13 e-h habe erwartungsgemäß zu Verunsicherungen und zu einem erheblichen Abrechnungsvolumen geführt. Hadenfeldt erinnerte daran, dass auch hier und insbesondere im Bereich der Milchzahnfüllungen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten sei.

Erwartungsgemäß nahm die Telematikinfrastruktur (TI) einen größeren Rahmen ein. Der Vorstand leite sein Handeln sowohl aus der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben als auch aus den Beschlüssen der Vertreterversammlung der KZVN ab. Zudem verwies er auf das 10-Punkte-Papier der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) „Chancen nutzen, Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten“: <https://www.kzbv.de/10-punkte-der-kzbv-zur-digitalisierung-des-1190.de.html>. In Rundschreiben und durch Veröffentlichungen im NZB seien Kolleginnen und Kollegen über den aktuellen Stand der TI informiert worden. Die KZVN könne nur Hilfestellungen anbieten – die Entscheidungen müssten aber individuell getroffen werden.

Hinsichtlich des TI-Ausstattungsgrades stehe Niedersachsen im oberen Mittelfeld der KZVen. Einen Hinweis für einen zu erwartenden hohen Ausstattungsgrad sah Hadenfeldt darin, dass bei insgesamt 3.746 Praxisstandorten bereits von 3.616 SMC-B-Karten bestellt worden seien. Die Zahl der Totalverweigerer bewege sich im unteren einstelligen Prozentbereich.

Die bisherigen Gründe für die Ablehnung der TI beruhten auf der Technik, die nicht lieferbar sei, und auf Bedenken in den Bereichen Datenschutz/Datensicherheit und Schweigepflicht.

Man müsse der Kollegenschaft allerdings mitteilen, welche Konsequenzen auf sie zukämen, und er stellte die rhetorische Frage, ob man die Kolleginnen und Kollegen seitens der KZVN auf das Abstellgleis schicken oder sie begleiten wolle. Emotionale Diskussionen seien hier nicht zielführend.

Es folgte ein Ausblick auf die nächsten TI-Anwendungen, die bereits im Referentenentwurf zum „Digitale-Versorgung-Gesetz“ vorgesehen seien ebenso wie die Androhung einer Honorarkürzung auf 2,5% ab März 2020 bei TI-Nichtanschluss. Es seien in dem Entwurf Vergütungs-



Christian Neubarth,
Mitglied im Vorstand
der KZVN



Dr. Karl-Hermann
Karstens

regelungen im BEMA für die Anlage, Verwaltung und die Speicherung der elektronischen Patientenakte (ePA) ebenso vorgesehen wie die Implementierung von Impfausweis, Mutterpass, Kinderuntersuchungs- und Bonusheft bis zum 31.03.2021.

Um die Komplexität eines TI-Anschlusses unter Beachtung aller möglichen Ausstattungsvarianten und Sicherungseinrichtungen in einer modernen Praxis darzustellen, entstand die folgende Zeichnung, die wir auf den Titel gesetzt haben. Ein Problem bei der Anbindung stelle die Praxis-Netzwerkstruktur dar, so Hadenfeldt.

Schließlich gab Dr. Hadenfeldt einen Ausblick auf die „nicht spaßbewährten“ QM-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der KZBV. Anhand des ersten geplanten Themas „CP/P vor Endo“ berichtete er über das Prozedere der Durchführung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie. Hierbei werde es allerdings nicht bleiben, befürchtete Dr. Hadenfeldt.

Mit Hilfe zahlreicher Folien gab Christian Neubarth als Mitglied im Vorstand Einblicke in die Arbeit des Disziplinarausschusses unter dem Vorsitz von Dr. jur. Gernot Steinhilper. Im Jahr 2018 habe es vier Verhandlungen gegeben mit dem Vorwurf falscher KIG-Einstufung und des Verstoßes gegen satzungsmäßige Mitwirkungspflichten. Im Jahr 2019 seien zwei Verfahren mit vierstelligen Geldbußen verhandelt worden. Über die Jahre gesehen bewege sich die Anzahl der Fälle im niedrigen einstelligen Bereich.

Christian Neubarth zeigte den aktuellen Stand der Zahnarztzahlen in Niedersachsen. Den 2.927 (m) und 1569 (w) zugelassenen Zahnärzten stehen 127 (m) und 103 (w) zugelassene Kieferorthopäden gegenüber. Bei den weiblichen Angestellten kehrt sich das Bild um. Den 808 angestellten Zahnärztinnen stehen 444 angestellte Zahnärzte gegenüber, wobei die Angestellten-Zahlen in Hannover hervorragen.

Als bemerkenswert und bedenklich bezeichnete Christian Neubarth die abnehmende Tendenz bei den zugelassenen Zahnärzten und die insgesamt deutliche Zunahme der zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren. Im letzten Halbjahr sei deren Zahl um 4 auf nunmehr 59



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



Dr. Tilli Hanßen



Dr. Carsten Vollmer



Dr. Annette
Vietinghoff-Sereny



Dr. Reinhard Urbach

angewachsen. Bei einer Zunahme der Mehrbehandlerpraxen und einer Erhöhung der Anstellungsverhältnisse sei gleichzeitig ein Rückgang von Praxisstandorten zu sehen.

Aus dem Finanzausschuss unter dem Vorsitz von Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, gab es gute Nachrichten für den zu erwartenden Jahresabschluss 2018. Analog den Vorjahren sei es trotz der verbesserten Einnahmesituation zu einer gewollten Unterdeckung gekommen, um das vorhandene Vermögen weiter abzuschmelzen. Das könne sich unter Beibehaltung der Beitragshöhe, die im Bundesvergleich niedrig sei, über eine Reihe von Jahren fortsetzen. Aus der Arbeit des Vertragsausschusses berichtete Dr. Carsten Vollmer/Osnabrück und für den Satzungsausschuss stellte Dr. Tilli Hanßen die von der Aufsicht kürzlich genehmigten Änderungen der Satzung vor.

In der Aussprache zu den Berichten des Vorstandes kam die mit der Durchsetzung der Telematikinfrastruktur verbundene Problematik nicht zu kurz. Dr. Karl-Hermann Karstens sprach für einen Antrag, der als einziger und mit großer Mehrheit von den Delegierten abgelehnt wurde. Der Vorstand der KZVN sollte darin aufgefordert werden, „wegen der bekannt gewordenen Sicherheitslücken bei den erfolgten TI-Installationen in den Praxen ... die zwangsweise Anbindung der Praxen vorläufig aufzuheben“. Die zusätzliche Bemerkung von Dr. Karstens, dass die KZVN nach seiner Ansicht nicht mehr Interessenvertreter der Kollegenschaft sei, wurde mit unmissverständlichen Unmutsäußerungen der Delegierten quittiert.

In einer Replik wies Dr. Hadenfeldt einmal mehr darauf hin, dass die KZVN den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts habe. Im Spannungsfeld zwischen Realismus und Horrorszenarien habe er sich für Realismus entschieden. Das beinhalte auch eine schonungslose Offenheit gegenüber der Kollegenschaft. Zwar könne man sich darüber beklagen, dass sich die Bedingungen bestehender Verträge einseitig verändern könnten, aber die Alternative bestünde dann nur in dem Ausweichen in die privatärztliche Tätigkeit.

Als Ergebnis der konstruktiven Diskussion wurden 22 Beschlüsse gruppenübergreifend und nahezu ohne Ge-

genstimmen gefasst. In einer Resolution forderte die W den Gesetzgeber u.a. auf, sich bei gesetzlichen Vorgaben auf das Setzen von Rahmenbedingungen zu beschränken und die Umsetzung den Gremien der Selbstverwaltung zu überlassen. Im Bereich der Telematikinfrastruktur müsse die Datensicherheit ebenso gewährleistet werden wie die Datenhoheit der Patienten. Und das Arztgeheimnis dürfe dadurch nicht ausgehöhlt werden. Die in einem aktuellen Referentenentwurf formulierte Ankündigung einer Verschärfung der Sanktionen ab März 2020 mit Honorarkürzung von 2,5% bei Nichtanbindung an die TI solle zurückgezogen werden, forderte die W.

In weiteren Anträgen sprach sich die W angesichts der restriktiven Eingriffe in das SGB V für den Erhalt der Freiberuflichkeit und gegen zunehmende Fremdbestimmung aus. Insofern teilte man die Kritik der Ärzteschaft am Termin-Service- und Versorgungsgesetz (TSVG). Die W hält die jetzt umgesetzte 51-%ige Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an der „gematik“ für einen Verstoß gegen das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Der HVM-Verteilungspunktwert wird rückwirkend zum 01.01.2019 um 2,5% erhöht.

Begrüßt wurde von der W die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Mehrkostenregelung im Bereich der KFO sowie die ersatzlose Streichung der leistungsfeindlichen Degression. Zustimmung fanden ebenso Regelungen zur Begrenzung der Zulassung von zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern.

Der volle Wortlaut der Beschlüsse ist ab Seite 54 nachzulesen.

Der W-Vorsitzende nutzte seine Schlussworte dazu, unter großem Beifall der Delegierten dem aus der W ausscheidenden Kollegen Dr. Karl-Hermann Karstens, der der W seit 1985 angehört, für seine unermüdlichen berufspolitischen Tätigkeiten zu danken.

Dr. Thomas Nels schloss sich als Vorstandsvorsitzender der KZVN diesem Dank mit den Worten an, dass er zwar nicht zu seinen Wählern gezählt habe, er ihm aber trotzdem fehlen werde. ■ _____/loe



Foto: © jro-grafik - stock.adobe.com

WENN RENDITE DEN TAKT VORGIBT:

Versorgungsfremde Investoren machen sich im Gesundheitswesen breit

Ines Engelmohr, Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 5/2019

Für versorgungsfremde Investoren wird der Gesundheitsmarkt immer attraktiver. Auch in Deutschland. Es sind vor allem Pflegeheime und (Zahn-)Medizinische Versorgungsketten, auf die Private-Equity-Gesellschaften (PEG) ein Auge geworfen haben. Denn sie bieten hohe Wertsteigerungspotenziale. Steigende Ausgaben, Nachfolgesorgen und die angespannte finanzielle Lage öffentlicher Haushalte machen es Finanzinvestoren leicht, sich im Gesundheitsmarkt einzukaufen und zu positionieren. Um hohe Renditen einzufahren, setzen die Investoren nach dem Kauf meist rasch ihre Strategien zur Umsatz- und Kostenoptimierung um. Das Investitionsobjekt wird eine Weile gehalten und dann mit hoher Rendite wiederverkauft. Die zunehmende Kapitalgebung von Fremdinvestoren im Gesundheitssektor steht im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich in der Kritik.

Der Gesundheitssektor war im Jahr 2017 der wichtigste Sektor für Private-Equity-Investoren. Zu diesem Fazit kommt Dr. Christoph Scheuplein vom Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule.

Scheuplein hat Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor zwischen den Jahren 2013 bis 2018 wissenschaftlich unter die Lupe genommen und in einer Studie veröffentlicht. In diesem Zeitraum ermittelte er rund 130 Übernahmen von Unternehmen mit einer medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten. Die größten Transaktionen seien im Bereich Pflegeheime/-dienste getätigt worden; die meisten Übernahmen fanden in verschiedenen medizinischen Facharztbereichen statt wie der Zahnmedizin, der Augenheilkunde und der Radiologie. Als eine der Groß-Übernahmen nennt die Studie die Rehabilitations-Klinikgruppe MEDIAN und den Pflegeheim-Betreiber Alloheim.

Überwiegend sind Gesellschaften aus Europa und den USA aktiv

Neue Unternehmensketten, so Scheuplein, würden entwickelt, bei denen zentrale Funktionen wie Rechnungswesen, Einkauf und Qualifizierung aufgebaut und den dezentralen Betriebsstandorten bereitgestellt würden. International gesehen spielen die aus Deutschland stammenden Investitionen nur eine untergeordnete Rolle. Überwiegend seien kapitalkräftige, Fonds-basierte Private-Equity-Gesellschaften aus den europäischen Nachbarländern und aus den Vereinigten Staaten aktiv.

Das Prinzip: Meist erwerben Private-Equity-Gesellschaften erhebliche Eigentumsanteile, da sie in die strategischen Entscheidungen des Unternehmens eingreifen wollen. Mit diesem Ansatz grenzen sie sich gegenüber Hedgefonds ab, die ihr Kapital in einem viel breiteren Spektrum von Anlagemöglichkeiten investieren. PE-Gesellschaften arbeiten häufig mit dem Kapital externer Investoren, das sie wieder zurückzahlen müssen. Dieser Wiederverkauf ist eine erhebliche Ertragsquelle für die Beteiligungsgesellschaften.



Foto: Privat

DR. CHRISTOPH SCHEUPLEIN

Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule

„Den Private-Equity-Gesellschaften geht es nicht um den Erhalt der Patientenversorgung, sondern um die Gewinne. Wenn sie ihre Einkaufstour weiterhin fortsetzen können, dann entstehen mit den Facharztketten neue Akteure, die auch auf dem Klinikmarkt aktiv werden können.“

Fondsinvestoren profitieren von hohen Renditen

PEGs investieren auch nicht aus einem eigenen Kapitalstock, sondern legen einen Fonds auf, in den externe Investoren einzahlen können. Das eingezahlte Geld steht den Beteiligungsgesellschaften meist für zehn Jahre zur Verfügung. Gewinne werden an die Fondsinvestoren ausgeschüttet; die PEG erhält eine sogenannte Managementgebühr, die jährlich bei rund zwei Prozent des eingezahlten Kapitals liegt. Hinzu kommt: Ist eine Mindestrendite von etwa acht Prozent erreicht, dann darf die PEG üblicherweise ein Fünftel der Gewinne behalten.

Die Fonds von PEGs sind häufig in Offshore-Finanzzentren angesiedelt. Der Grund: Diese bieten geringere Steuersätze sowie geringe Transparenzvorschriften. „Dies erschwert die Nachverfolgung etwaiger Gewinne in den Herkunftsländern der Akteure“, weiß Scheuplein.

Auch die durchschnittliche Zeit, in der ein Unternehmen von einer PEG gehalten werde, ermittelte Scheuplein: Bei Unternehmen mit einem Hauptsitz in Deutschland lag dieser Zeitraum in den letzten Jahren in einer Spanne zwischen fünf und etwas über sechs Jahren.

Zahl der PE-Investoren ist stark gewachsen

PE-Investoren haben seiner Kenntnis nach in den vergangenen zwei Jahren stark zugenommen. Dies betreffe besonders die Pflegeheime. Hier habe es seit 2017 bundesweit fast 50 Übernahmen gegeben. Der Kliniksektor ist seiner Ansicht nach noch nicht so sehr betroffen. Er könne sich aber durchaus vorstellen, dass „der Gesundheitsmarkt neu aufgerollt wird“. Sollte die derzeitige „Einkaufspolitik“ weiterhin so betrieben werden, dann seien „Facharztketten irgendwann so groß wie Krankenhauskonzerne, die dann vielleicht versuchen werden, den Klinikmarkt zu erobern.“

DR. CHRISTOPH SCHEUPLEIN

„Der Gesundheitsmarkt wird neu aufgerollt.“

Der Kauf maroder oder defizitärer kleiner Häuser „mag vielleicht den einen oder anderen Kommunalpolitiker derzeit noch freuen, doch den Investoren geht es nicht um den Erhalt für die Patientenversorgung. Den Investoren geht es letztlich nur um die Gewinne in den Facharztsparten“, bringt es Scheuplein auf den Punkt.

Doch wer verkauft eigentlich Einrichtungen der medizinischen Patientenversorgung an PEGs? Auch dieser Frage ist Scheuplein nachgegangen. Für ihn steht hierbei das Thema „Nachfolge finden“ an zentraler Stelle.

PE-Register kann für mehr Transparenz sorgen

Man werde PE-Übernahmen auch künftig nicht komplett verhindern können, fügt er hinzu. Doch für einen Überblick sei es wichtig, ein Register zu führen, in dem die Eigentümer nachvollziehbar und transparent gelistet seien. Das schaffe Transparenz und auch Qualitätskontrolle. Scheuplein: „Mit einem solchen PE-Register erkennt man, wo die Profiteure sitzen und welche Gewinne sie erzielen.“ Nach Scheupleins Kenntnis erzielten die in Deutschland im Jahr 2017 aktiven PE-Investoren eine jährliche Rendite ►►

► zwischen 17 und 18 Prozent. „Da stecken Gelder auch aus dem Gesundheitswesen drin“, fügt er hinzu. Es sei eine „neue Qualität“ im Gesundheitswesen, dass Versichertenbeiträge über Steueroasen an die Kaitaleigentümer geleistet würden. Der Staat verliere so einen Teil der Steuereinnahmen. „Doch wenn sich PE-Unternehmen an öffentlicher Daseinsvorsorge beteiligen, müssen sie sich auch stärker kontrollieren lassen“, fordert er.

Transaktionswert hat sich europaweit fast verdreifacht

Die Beratungsgesellschaft Bain & Company legte im vergangenen Jahr eine europaweite Bestandsaufnahme über Private-Equity-Übernahmen im Gesundheitswesen vor: Nach deren Kenntnis hat sich der Transaktionswert von 4,6 Milliarden US-Dollar im Jahr 2016 auf 12,8 Milliarden US-Dollar im Jahr 2017 fast verdreifacht. Die Zahl der „Deals“ hat sich im selben Zeitraum von 49 auf 70 erhöht.

Kritik an schwierigen Arbeitsbedingungen

Die zunehmende Kapitalgehung von Fremdinvestoren im Gesundheitssektor wird von vielen Akteuren kritisch gesehen. Insbesondere ehemalige Mitarbeiter, die in Häusern arbeiteten, welche von Private-Equity-Unternehmen übernommen worden sind, berichten zum Teil von schwierigen Arbeitsbedingungen, die Einfluss auf ärztliche Therapieentscheidungen haben würden, da die Kapitalgeber mit Rendite-Vorgaben Druck ausüben würden.

Vorwürfe dieser Art tauchen auch gegen das Unternehmen MEDIAN auf. Bei MEDIAN handelt es sich um den größten privaten Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland mit rund 18.700 Betten und Behandlungsplätzen. MEDIAN verkörpert laut eigener Internetseite ein Gesundheitsunternehmen mit insgesamt 120 Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäusern, Therapiezentren, Ambulanzen und Wiedereingliederungseinrichtungen. Als zentraler Ausgangspunkt der MEDIAN-Geschichte kann das Jahr 2011 gesehen werden, in dem das Unternehmen Waterland Private Equity Investments die RHM-Kliniken erwarb und diese dann zu MEDIAN fusioniert wurden. Waterland ist eine unabhängige Private-Equity-Investment-Gesellschaft, die Unternehmer dabei unterstützt, ihre Wachstumsziele zu erreichen. Waterland investiert nach eigenen Angaben ausschließlich in „fragmentierten Märkten, die sich aufgrund folgender Trends strukturell verändern und konsolidieren“. Hierzu zählt auch der Bereich „alternde Bevölkerung“. Das Unternehmen investiert, wenn unter anderem „gute Voraussetzungen für Wachstum“ vorliegen.

MEDIAN Kliniken weisen Vorwürfe zurück

Die MEDIAN Kliniken weisen die Vorwürfe strikt zurück. „Die Gesellschafter nehmen zu keiner Zeit Einfluss auf die Therapie der Patientinnen und Patienten“, erklärt eine Sprecherin. Zudem sei die Unternehmensleitung für die

Führung eines Unternehmens verantwortlich und nicht der Gesellschafter. Aus gutem Grund herrsche in Deutschland rechtlich eine Therapiefreiheit für Ärzte. „Der Wissensaustausch unserer Experten in speziellen Boards ermöglicht es den Mitarbeitern an allen Standorten, mit vielen Erfahrungen untermauerte Behandlungskonzepte auf identisch hohem Niveau umzusetzen“, so die Unternehmenssprecherin. Daher stelle die „individuelle Urteilskompetenz und ein Entscheidungsfreiraum unserer Mediziner ein hohes Gut bei MEDIAN dar“. Dies bewiesen auch die hohen Zufriedenheitswerte der Patienten bei Befragungen bezogen auf die Behandlungsqualität. Um dies auch weiterhin zu gewährleisten, werde Geld unter anderem in die Messung von Qualitätsindikatoren investiert, denn auch Ärzte sollen sich an ihren Behandlungserfolgen messen lassen. Dieser Weg werde vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht und eingefordert.

MEDIAN KLINIKEN

„Die Gesellschafter nehmen zu keiner Zeit Einfluss auf die Therapie der Patienten.“

Auf die Frage, wie hoch die jährliche Rendite sei, die MEDIAN erzielen müsse, antwortete die Unternehmenssprecherin: „Es existieren keine Zahlen darüber, dass ein Private-Equity-Fonds mehr Rendite anstrebt als ein Privateigentümer oder Aktiengesellschaften.“ Auch Akutkliniken und Universitätskliniken seien angehalten, wirtschaftlich zu arbeiten, „denn das kann der Steuerzahler auch von der Gesundheitswirtschaft erwarten“. Gerade PE-finanzierte Gesundheitsbetreiber investieren wesentlich mehr Geld pro Patient als andere private Betreiber, um die Unternehmen zu modernisieren und zum Beispiel für die Digitalisierung fit zu machen, fügt sie hinzu.

Dachverband der europäischen Zahnärzte sieht Gefahr für Patientensicherheit

Besonders betroffen von der Entwicklung ist der zahnärztliche Bereich. Der Dachverband der europäischen Zahnärzte (Council of European Dentists) hatte schon vor geraumer Zeit vor einer weiteren Kommerzialisierung durch fremdinvestorengesteuerte Dentalketten in Europa gewarnt. In einer Entschließung weist der Dachverband auf die Zunahme von Dentalketten in Europa hin, die Auswirkungen habe auf die Mundgesundheit und „berufliche, rechtliche und wirtschaftliche Folgen für Zahnärzte mit sich bringt, die von diesen Organisationen beschäftigt werden“.



Foto: © smolaw11 - stock.adobe.com

Der CED zeigt sich besorgt, dass sich die „profitgetriebenen Interessen hinter dem Geschäftsmodell solcher Organisationen durch eine Vielzahl an Faktoren wie etwa Pflege, Behandlung und Behandlungsbedingungen auf die Patientensicherheit auswirken können.

Fallbeispiele aus Spanien und Frankreich würden „besorgniserregende“ Beispiele für die „Missachtung der Patientensicherheit“ durch Zahnarztketten zeigen, die Patienten ohne angemessene Versorgung zurücklassen und in einigen Fällen sogar schädigen.

Die meisten Dentalketten gibt es europaweit in Finnland

Der Dachverband schildert, dass der Dentalmarkt als Investitionsmöglichkeit entdeckt worden sei und Private-Equity-Gesellschaften begonnen hätten, Einzelpraxen und kleinere Gruppenpraxen aufzukaufen, um in einer Reihe von Ländern Ketten zu bilden. Einige, so CED, würden bis zu 1.000 Zahnärzte in einer Reihe von Ländern beschäftigen. Der CED nennt hier die Schweiz, Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland, Italien, Belgien, die Niederlande, Frankreich, das Vereinigte Königreich – und eben auch Deutschland. In Europa seien Dentalketten am weitesten in Finnland verbreitet. Der Marktanteil der Ketten bezogen auf die Anzahl der Zahnärzte liege dort bei 35 Prozent. Weitere Länder mit hohem Anteil an Dentalketten seien Großbritannien (24 Prozent) und Spanien (25 Prozent).

DACHVERBAND DER EUROPÄISCHEN ZAHNÄRZTE

„Profitgetriebene Interessen wirken sich auf die Patientensicherheit aus.“

Patienten hätten in einer Reihe von Ländern bereits die negativen Folgen von Methoden zu spüren bekommen, die in Zahnarztketten angewandt würden. So seien Behandlungsentscheidungen auf der Grundlage von profitorientierten Erwägungen getroffen worden oder sogar von Personen, die nicht im Besitz der erforderlichen beruflichen Qualifikationen gewesen seien.

Im Jahr 2017, so berichtet der Dachverband in seiner Entschließung weiter, habe die spanische Zahnärztekammer eine Untersuchung der Patientenbeschwerden durchgeführt, die bei offiziellen Zahnärzteverbänden eingegangen waren. Das Resultat: Die Hälfte aller Patientenbeschwerden zwischen den Jahren 2013 und 2015 entfiel auf Dentalketten – obwohl diese Ketten nur vier Prozent aller Zahnarztpraxen in Spanien ausmachen würden.

Überhöhte Preise und irreführende Nachlässe

Wie CED darüber hinaus berichtet, werden Patienten in solchen Dentalketten mit überhöhten Preisen und irreführenden Nachlässen konfrontiert. Eine weitere Folge: Aufgrund von unethischem Verhalten und finanziellem Fehlverhalten seien eine Reihe von Ketten zwangsweise geschlossen worden. Hierbei wurden jedoch Behandlungen, die bereits bezahlt waren, nicht zu Ende geführt. Doch nicht nur für die Patienten befürchtet CED Risiken.

Auch Beschäftigte würden leiden. Es seien Beschwerden von Zahnärzten eingegangen, die in solchen Ketten angestellt seien. Deren Vorwürfe: Arbeitszeiten von täglich mehr als zwölf Stunden – mitunter auch ohne Bezahlung – und gesetzliche Regelungen zu Ruhepausen und arbeitsfreien Zeiten seien nicht eingehalten worden. Zudem sei festgestellt worden, dass am Arbeitsplatz aufgrund von Angst und Überlastung sehr häufig gefehlt werde.

Der Dachverband der europäischen Zahnärzte bezieht aus all dem die klare Forderung: Kapitalgesellschaften oder Investoren dürfen keinen Einfluss auf die vom Zahnarzt mit Einwilligung des Patienten getroffenen Behandlungsentscheidungen nehmen. Und auch die Einführung von klinischen Zielen darf ihnen nicht gestattet werden. ►►

► KZBV: Warnung vor Eldorado für versorgungsfremde Investoren

Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat eindringlich davor gewarnt, dass sich der Dentalmarkt zu einem „Eldorado für versorgungsfremde Investoren“ entwickle. Denn Investoren würden Kliniken aufkaufen, die in der Regel keinen Bezug zur zahnärztlichen Versorgung hätten, um arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren in Gestalt reiner Zahnarzt-MVZ zu gründen und ganze Ketten aufzubauen – und zwar dort, wo offensichtlich das „schnelle Geld“ erhofft werde. Tatsächlich würden erste Auswertungen des Abrechnungsgeschehens zeigen, dass die Versorgung in solchen Z-MVZ deutlich teurer sei als in bewährten Praxen.



Foto: KZBV/agents

DR. WOLFGANG ESSER

Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

„Wir begrüßen, dass im TSVG nun die Gründungsmöglichkeiten von zahnärztlichen MVZs durch Krankenhäuser beschränkt werden. Das setzt einem ausgeklügelten Geschäftsmodell von versorgungsfremden Investoren Grenzen.“

TSVG hat gute Ansätze

Das neu verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) findet bei Dr. Wolfgang Esser, dem Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Zuspruch: „Wir erkennen die guten Ansätze des TSVG im Hinblick auf die vertragszahnärztliche Versorgung ausdrücklich an. Insbesondere begrüßen wir, dass die Gründungsmöglichkeiten von Z-MVZ durch Krankenhäuser beschränkt und damit einem ausgeklügelten Geschäftsmodell von versorgungsfremden Investoren Grenzen gesetzt werden.“ Der Gesetzgeber habe die richtige Antwort auf „die zuletzt ausufernde Investorenaktivität“ formuliert. Die Regelung werde dazu beitragen, die nötige Anbietervielfalt in einem „gut austarierten Versorgungssystem zu gewährleisten und die Versorgung der Patienten überall wohnortnah und flächendeckend sicherzustellen“. Zugleich werde der bislang gänzlich ungebremste Zustrom von Fremdinvestoren und Private-Equity-Fonds durch die verabschiedete Vorgabe ordnungspolitisch „ausgewogen und sinnvoll reguliert“, fügt er hinzu.

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ (TSVG)

Der Deutsche Bundestag hat das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Vorausgegangen waren monatelange Diskussionen in Politik und Selbstverwaltung sowie hunderte Änderungsanträge. Das TSVG sieht jetzt unter anderem eine gestaffelte Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ) vor. Die entsprechende Vorgabe des Gesetzgebers richtet sich nach dem Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereiches.

Diese Spezialregelung sieht vor:

- Ein Krankenhaus darf ein Z-MVZ in Zukunft nur dann gründen, wenn Zahnarztpraxen in Klinikhand einen Anteil von maximal zehn Prozent an der vertragszahnärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich nicht überschreiten.
- In Regionen, die als unterversorgt gelten, liegt diese Grenze bei 20 Prozent.
- In als überversorgt eingestuften Gebieten sinkt die Grenze auf maximal fünf Prozent.

Beschränkt werden soll auch der Einfluss von reinen Kapitalinvestoren auf medizinische Versorgungszentren (MVZ). So sollen Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen künftig nur fachbezogene MVZ gründen dürfen.

Schon zehn Investoren im zahnärztlichen Bereich identifiziert

Nach Recherchen der KZBV können derzeit mindestens zehn Groß- und Finanzinvestoren im heimischen Dentalmarkt identifiziert werden, darunter etwa solche aus den USA, Bahrain, Schweden, Deutschland, der Schweiz, Dänemark oder aus dem Steuerparadies Jersey.

DR. WOLFGANG ESSER

„Die gewohnt gute zahnärztliche Versorgung ist in Deutschland auch ohne Fremdinvestoren gesichert.“

Esser: „Einen Bedarf für solche Investoren kann ich bei uns nicht erkennen. Die gewohnt gute zahnärztliche Versorgung ist in Deutschland auch ohne Fremdinvestoren

gesichert. Es gibt ausreichend hochqualifizierten zahnärztlichen Nachwuchs, um auch künftig die Menschen in unserem Land wohnortnah und flächendeckend zu versorgen. Wir benötigen auch nicht das Geld der Investoren, denn die Finanzierung der Praxen ist durch Banken und Sparkassen gesichert.“ Offensichtlich würden die Investoren in einem „schwierigen Kapitalumfeld gezielt von internationalen Beratungsfirmen mit dem Versprechen nach Deutschland gelockt, hier risikolos attraktive Renditen zu erzielen“.

Bereits zur Jahreswende habe die Zahl zahnärztlicher MVZ im Bundesgebiet die Marke von 700 erreicht, von denen 75 versorgungsfremden Investoren zuzuordnen seien.

HINTERGRUND DER TSVG-NEUREGELUNG

Das GKV-VSG im Jahre 2015 ermöglichte die Gründung fachgruppengleicher und auch reiner Zahnarzt-MVZ. Der gesamte ambulante zahnärztliche Versorgungsmarkt stand dem Zugriff von gegebenenfalls auch versorgungsfremden Finanzinvestoren offen. Diese konnten, indem sie ein zur Gründung von MVZs berechtigtes Krankenhaus erwarben, hierüber beliebig Z-MVZs gründen und betreiben. Vor dem ungebremsten Eindringen versorgungsfremder Investoren ins Gesundheitswesen warnt auch die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz seit Langem.

Landesärztekammer:

Kritik an prädiktiven Anreizen zur Industrialisierung therapeutischer Abläufe

Private-Equity-Gesellschaften sehen die Gesundheitswirtschaft in Zeiten anhaltender Niedrigzinsphase als lukrative Alternative mit stetigen Wachstumsprognosen, erklärt Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Mittels entsprechender Diversifizierung seien sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Renditen zu erzielen wie derzeit nirgendwo auf dem Kapitalmarkt mit seriösen Anlagen.

Kostendruck durch konsolidierende Maßnahmen von (zahn)medizinischen Einrichtungen und die demographische Entwicklung „sind prädiktive Anreize zur Industrialisierung therapeutischer Abläufe“, fügt er hinzu.

PEG leisten Vorschub für Wegfall der Wahlfreiheit

Private-Equity-Gesellschaften leisten einer Entwicklung Vorschub, die den Wegfall der Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten sowie immanente Unterminierung der Freiberuflichkeit bedeutet, betont der Präsident der Landes-

ärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Günther Matheis: „Dies stellt eine ernsthafte Bedrohung der gesundheitlichen Versorgung gerade schutzbedürftiger Patientengruppierungen zum Beispiel von Kindern und alten Menschen dar.“ Dies stünde einer ethisch verantworteten Ökonomie, welche Teil des (zahn)ärztlichen Selbstverständnisses darstelle, sowie einer öffentlichen Daseinsvorsorge „diametral entgegen“.



Foto: Engelmohr

DR. GÜNTHER MATHEIS

Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

„Private-Equity-Gesellschaften sehen die Gesundheitswirtschaft in Zeiten anhaltender Niedrigzinsphase als lukrative Alternative mit stetigen Wachstumsprognosen. Doch sie leisten einer Entwicklung Vorschub, die den Wegfall der Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten sowie immanente Unterminierung der Freiberuflichkeit bedeutet.“

Berufsrechtlich sind Fonds derzeit nicht zu greifen

Auch berufsrechtlich stellen die außerärztlichen Kapitalgeber die Kammern vor nicht unerhebliche Herausforderungen. Der Kammer-Präsident: „Als juristische Person ist beispielsweise ein Fonds für die Kammern nicht greifbar. Es wäre theoretisch sogar denkbar, dass ein Kammermitglied als Interessensvertreter des Kapitaleigners in die Selbstverwaltung eingreift.“ Seiner Ansicht nach muss daher künftig beachtet werden:

- ▶ Bei Investitionen durch nicht-(zahn)ärztliche Träger in Medizinische Versorgungszentren müsse verhindert werden, dass frühzeitige Anteilsverkäufe zur Gewinnmaximierung dienen. Das bedeute, dass jede Änderung der Gründerebene des MVZ, welche mit Änderung des Investors einhergehe, dem Zulassungsausschuss gemeldet werden müsse. Dazu müssten die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden.
- ▶ Einer Monopolisierung der Versorgungslandschaft durch flächendeckende MVZ-Gründungen müsse entgegen gewirkt werden. Insbesondere im zahnärztlichen Bereich habe die Möglichkeit, fachgleiche MVZs zu gründen, zu einer drohenden Monopolisierung geführt. Prospektiv sollten hier nur fachübergreifende Strukturen genehmigt werden. ▶▶

WIE KONNTEN SICH FREMDINVESTOREN PLATZIEREN?

Gemäß SGB V dürfen zahnärztliche MVZs nicht in der Hand von Investmentgesellschaften, Hedgefonds oder Private-Equity-Gesellschaften liegen. Doch es gab bislang ein Schlupfloch: Z-MVZ wurden als Tochtergesellschaften unter dem Dach eines Klinikträgers angesiedelt. Dieser – meist kränkelnde – Klinikträger wurde zuvor aufgekauft und dann als Vehikel genutzt, um Zahnarztstühle zu bündeln. Und auch wenn der Sitz des Klinikträgers im ländlichen Raum sein sollte, das Z-MVZ muss nicht unmittelbar dort angesiedelt sein. Es darf auch am Stadtrand im hohen Norden stehen; denn die Investoren konnten mit Hilfe von Kettenbildung sich bis in den Süden ausbreiten.

WOHER KOMMEN DIE KÄUFER?

Die in Deutschland Gesundheitseinrichtungen kaufenden Private-Equity-Gesellschaften kommen bisher aus Großbritannien (12), Deutschland (11), den USA (6), Frankreich (3), den Niederlanden, Belgien, Schweden (jeweils 2), Luxemburg, der Schweiz und Jersey (jeweils 1). Dies geht aus einer Analyse hervor, die ver.di auf seiner Internetseite veröffentlicht hat. (eb)

AN WEN VERKAUFEN PRIVATE-EQUITY-FONDS BEI EINEM „EXIT“?

Im Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland wurden bisher erst 22 Exits bekannt, berichtet ver.di auf seiner Internetseite. Private-Equity-Fonds hätten dabei am häufigsten an andere Private-Equity-Gesellschaften verkauft (16 sogenannte Secondary Buyouts). Der Pflegeheimbetreiber Casa Reha ist von 1998 bis 2015 viermal verkauft worden (ECM Equity Capital Management – Advent International – HgCapital – Korian), die GHD Gesundheits GmbH Deutschland von 2007 bis 2014 dreimal (Equestone Partners Europe – IK Investment Partners – Nordic Capital) und der Pflegeheimbetreiber Alloheim zwischen 2008 und 2017 ebenfalls dreimal (Star Capital Partners – Carlyle Group – Nordic Capital).

Öffentliche und freigemeinnützige Träger werden bei einem Bieterverfahren weder mithalten können noch wollen. Dasselbe dürfte für kleine private Träger gelten. Neben einem Börsengang kommen also vor allem die großen privaten deutschen oder internationalen Gesundheitskonzerne als Käufer infrage, schätzt ver.di. Die durchschnittliche Haltedauer (Zeitraum zwischen Kauf und Verkauf) scheint mit etwa 5,4 Jahren etwas länger zu sein als der Durchschnitt in Deutschland insgesamt. Der „Private Equity Exit-Report Januar 2004 bis April 2017“ von PricewaterhouseCoopers GmbH nennt für die ab 2007 in Deutschland getätigten Investitionen im Bereich „Healthcare & Pharma“ 4,0 Jahre, für alle Branchen 3,9 Jahre. (eb)

- ▶▶ Der Praxissitz sollte an die Region gebunden sein. Es dürfe nicht möglich sein, dass angebunden an ein Krankenhaus im Norden der Republik fachgleiche MVZs in Metropolregionen im Westen und Süden angegliedert werden.
- ▶ Intransparente Leistungen im Reha-Bereich sollten überprüft werden. Die Übernahme einer großen Klinikette mit Einrichtungen in Rheinland-Pfalz durch einen Immobilien-Investment-Trust unterwerfe medizinische Entscheidungen ausschließlich merkantilen Zwecken der Gewinnmaximierung.

DR. GÜNTHER MATHEIS

„Ökonomie ist berechtigt, muss aber der (Zahn)Medizin dienen.“

Diese Forderungen hat der Landesärztekammer-Präsident gemeinsam mit dem Präsidenten der Landes Zahnärztekammer Dr. Wilfried Woop auch in einem persönlichen Gespräch Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler vorgetragen.

Sowohl Matheis und Woop ist bewusst, dass in „beschleunigten Zeiten wie diesen ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem nicht nur berechtigt ist, sondern geradezu einen notwendigen Handlungsduktus darstellt. Ökonomie muss aber in diesem Kontext der (Zahn)Medizin dienen“.

Fremdinvestoren sind schwer zu identifizieren

Fremdinvestoren zu identifizieren sei auch sehr schwierig, denn „sie geben sich nicht zu erkennen“, erklärt auch der Präsident der Landes Zahnärztekammer Dr. Wilfried Woop. Die genaue Zahl versorgungsfremder Investoren in Rheinland-Pfalz „ist daher auch nicht bekannt“. So sei beispielsweise typisch, dass eine Praxis oder ein MVZ mit Fremdkapital gekauft, aber noch eine ganze Weile unter dem alten Namen weitergeführt würde, obwohl sie schon längst einem Fremdinvestor gehören oder sogar schon Teil einer Dentalkette seien. Er wisse aber, dass in Kaiserslautern und in Mainz große Zahnarztpraxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren von Fremdinvestoren übernommen worden seien.

Die Kooperationsform MVZ wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 in die Versorgungslandschaft eingeführt. Gesetzliche Grundlage ist der § 95 des Fünften Sozialgesetzbuches. Demnach dürfen auch Kliniken ein MVZ gründen. Dies machen sich Fremdinvestoren zunutze. Ein Beispiel hierfür hat die Landes Zahnärztekammer parat: Eine kleine marode Rheumaklinik

im Vordertaunus wurde von einem versorgungsfremden Investor aufgekauft. Der Investor darf nun mit der Klinik als Rechtsform ein MVZ gründen – auch bundesweit und auch Ketten daraus entwickeln. Dieser Umstand wurde in diesem Fall genutzt, um in der Hamburger Innenstadt ein zahnärztliches MVZ zu gründen. Woop: „Die Investoren sind nicht an der Klinik selbst interessiert, sondern sozusagen nur an dem rechtlichen Mantel, um bundesweit aktiv werden zu dürfen.“



Foto: Marienhaus

DR. GÜNTER MERSCHBÄCHER

Geschäftsführer der Marienhaus Holding

„Daseinsvorsorge und Private Equity sind in meinen Augen nicht kompatibel, weil jeder Investor eine Rendite erwartet. Die Marienhaus Unternehmensgruppe ist noch nicht direkt von einem privaten Investor angesprochen worden.“

Marienhaus Unternehmensgruppe sieht Private-Equity-Entwicklung sehr kritisch

„Daseinsvorsorge und Private Equity sind in meinen Augen nicht kompatibel, weil jeder Investor eine Rendite erwartet“, meint auch Dr. Günter Merschbächer, Geschäftsführer der Marienhaus Holding in Waldbreitbach. Er sieht die Gefahr, dass dieses Rendite-Streben zu Lasten der Qualität der Patientenversorgung gehen könnte.

Ihm sei aktuell aber kein Fall bekannt, dass sich versorgungsfremde Investoren in die medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz einkaufen wollen. Im Seniorenbereich sehe das anders aus. Dort seien viele private Investoren

auf der Suche nach Betreibern für bereits geplante oder noch zu planende Seniorenresidenzen oder Seniorenheime. Merschbächer: „Doch die Marienhaus Unternehmensgruppe ist noch nicht direkt von einem privaten Investor angesprochen worden.“

DR. GÜNTER MERSCHBÄCHER

„Rendite-Streben kann zu Lasten der Qualität der Patientenversorgung gehen.“

WAS BEDEUTET PRIVATE EQUITY?

Private Equity steht für außerbörsliches Eigenkapital oder privates Beteiligungskapital. Es ist eine Form des Beteiligungskapitals, bei der die vom Kapitalgeber eingegangene Beteiligung nicht an geregelten Märkten handelbar ist. Die Kapitalgeber können private oder institutionelle Anleger sein; häufig sind es auf diese Beteiligungsform spezialisierte Kapitalbeteiligungsgesellschaften, die daher auch Private-Equity-Gesellschaften (PEG) genannt werden. *Quelle: wikipedia*

Die Marienhaus Stiftung in Neuwied ist einer der größten christlichen Träger von sozialen Einrichtungen in Deutschland. Zum Unternehmen zählen unter anderem 15 Krankenhäuser (an 25 Standorten) sowie 23 Alten- und Pflegeheime.

Um Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden oder zumindest vorzubeugen, sollte der Staat „endlich seinen Investitionsverpflichtungen nachkommen und auch bei den Betriebskosten für eine auskömmliche Finanzierung sorgen“, erklärt Merschbächer. Nur so lasse sich verhindern, dass insbesondere kleinere Häuser finanziell weiter ausbluten. ■

AUSSTATTUNGSZAHLEN ZUR TELEMATIKINFRASTRUKTUR (TI)

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN FÜR DEN BEREICH DER KZVN:

Stand 30.04.2019:

TI-Bestätigungen: 2.566 entsprechen 68,5% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 3.746 Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

Praxisausweise: 3.616 entsprechen 96,5% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 3.746 Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

Foto: iStockphoto/Fotolia.com

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN BUND:

Grundlage ist die Meldung der KZBV vom 07.05.2019 (Stand 07.05.19) aus den KZBV Rundschreiben:

TI-Bestätigungen: 25.015 entsprechen 57,1% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 43.767 Zahnarztpraxen.

Praxisausweise: 40.169 entsprechen 91,8% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 43.767 Zahnarztpraxen.

Tagung der KZVN zu Medizinischen Versorgungszentren



V. l. n. r.: Daniela Schneider, Dr. Thomas Nels, Martin Hendges, Prof. Dr. Ulrich Wenner, Dr. Jürgen Hadenfeldt, Christian Neubarth

Am Donnerstag, 16. Mai, kamen auf Einladung des Vorstands der KZVN die Vorsitzenden der Zulassungs- und Berufungsausschüsse, Krankenkassenvertreter, Vorstände und Juristen der KZVen sowie der KZBV zu einer Tagung zusammen.

Mit dem Wegfall der Voraussetzung einer fachübergreifenden Tätigkeit in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist die Anzahl der MVZ nicht nur in Niedersachsen sprung-

haft angestiegen. Innerhalb eines halben Jahres nach Inkrafttreten des GKV-VSG haben deutschlandweit 65 fachgruppengleiche MVZ eine Zulassung erhalten.

Seit dieser Zeit müssen sich die Zulassungs- und Berufungsausschüsse mit Rechtsfragen beschäftigen, zu denen es bislang keine höchstrichterliche Rechtsprechung gibt. Diese Rechtsunsicherheit war Anlass für die Durchführung dieser Tagung. Dem Vorstand war es gelungen, Herrn Prof. Dr. Wenner, Vorsitzender Richter des 6. Senats des Bundessozialgerichts (BSG), als Referenten zu gewinnen. Als Gast nahmen u.a. Herr Prof. Dr. Clemens (ehemaliger Richter des 6. Senats des BSG) und Herr Prof. Dr. Francke (unparteiisches Mitglied des Bundesschiedsamts und Vorsitzender des Berufungsausschusses Niedersachsen) teil.

Nach der Begrüßung aller Teilnehmer durch den Vorsitzenden des Vorstands der KZVN Herrn Dr. Nels und den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstands der KZBV Herrn Hendges übernahm im ersten Teil der Veranstaltung Herr Prof. Dr. Wenner das Wort. Er führte mithilfe einer PowerPoint-Präsentation in das MVZ-Thema ein. Anhand von Fallbeispielen referierte er Grundsatzurteile und Beschlüsse des BSG zu verschiedenen Themenkomplexen wie MVZ-Standorten, Status und Rechtsform, Idee und Konzeption für MVZ sowie dem Zulassungsende. Die interessanten Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Wenner brachten den Teilnehmern viele neue rechtliche Erkenntnisse und einen guten Überblick über die Positionen des BSG.

Fotos: Philipp/KZVN



Martin Hendges



Dr. Thomas Nels

Nach einem gemeinsamen Mittagessen schloss sich der zweite Teil der Tagung an. Unter der Moderation von Daniela Schneider, Abteilungsleiterin der Abteilung Recht und Zulassung der KZVN, tauschten die Teilnehmer ihre rechtlichen Fragen aus. Dabei wurde z.B. darüber diskutiert, ob das MVZ längerfristig ohne einen Medizinischen Leiter betrieben werden kann und ob eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zwischen mehreren MVZ möglich ist. Daran schloss sich sogleich die Frage an, wer bei einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zwischen mehreren MVZ die selbstschuldnerische Bürgschaft abzugeben hat, wenn die Trägergesellschaft als GmbH organisiert ist: die Gesellschafter der Trägergesellschaft(en) oder die Trägergesellschaft für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Besonders rege wurde auch über die Frage diskutiert, ob ein MVZ ein Praxislabor führen kann oder ob die Vorschriften der Berufsordnung dem entgegenstehen.

Am Ende der Veranstaltung waren sich alle Teilnehmer einig, dass durch die gemeinsame Diskussion gute Lösungsansätze für die immer komplexer werdenden Rechtsfragen rund um das MVZ gefunden werden konnten. In den kommenden Jahren wird das BSG zu der einen oder anderen Rechtsfrage eine Entscheidung zu treffen haben. Im Ergebnis wurde bereits an diesem Tag ein großes Maß Rechtsfortbildung betrieben. ■

_____ Daniela Schneider
Abteilung Recht und Zulassung der KZVN



Das Auditorium in der Diskussion zu Lösungsansätzen zu den komplexen Rechtsfragen rund um MVZs.



Prof. Dr. Ulrich Wenner

Sie fragen – wir antworten

Die Servicehotlines der KZVN

► Online-Support

Montag bis Donnerstag:
08:00 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag: 08:00 Uhr – 15:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-395
Fax: 0511 59097063
E-Mail: abrechnung@kzvn.de

► Abrechnung

Montag bis Donnerstag:
08:00 Uhr – 13:00 Uhr,
14:00 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag: 08:00 Uhr – 15:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-390
Fax: 0511 837267
E-Mail:
hotline-abrechnung@kzvn.de
kch-service@kzvn.de
kfo-service@kzvn.de

► Finanzen

Montag bis Freitag:
09:00 Uhr – 12:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-400
E-Mail: finanzen@kzvn.de

► Vertragsfragen

Montag bis Donnerstag:
09:00 Uhr – 12:00 Uhr und
13:00 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag: 09:00 Uhr – 12:00 Uhr

Kontakt

Telefon: 0511 8405-206
E-Mail: service@kzvn.de

REFORM DES MDK ÜBERFÄLLIG

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) – bisher Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen – in eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts transformieren. Der Referentenentwurf des BMG für ein „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz“ liegt bereits vor. Zur Begründung führte Spahn an: „Der Medizinische Dienst braucht die organisatorische Unabhängigkeit von den Krankenkassen, um glaubwürdig und handlungsfähig zu bleiben.“ In der Problembeschreibung des Gesetzentwurfes heißt es: „Die im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführten Krankenhausabrechnungsprüfungen sind Anlass für eine Vielzahl von Streitigkeiten. Es bestehen vielfach unterschiedliche Auffassungen über die erforderliche Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten sowie die zutreffende Kodierung und Abrechnung. Festzustellen ist auch, dass Krankenkassen, teils aus wettbewerblichen Gesichtspunkten, in einem zu großen Umfang Prüfungen veranlassen und die Prüfquoten kontinuierlich ansteigen.“ Ursächlich für die aktuelle Situation seien u. a. die Rahmenbedingungen für die Abrechnung und die Prüfung von Krankenhausleistungen, insbesondere weil Klarstellungen über wiederholt strittige Auffassungsunterschiede über richtiges Abrechnungsverhalten nicht zustande gekommen seien. Zur Lösung dieser Probleme und zur Stärkung der Unabhängigkeit von MDK und MDS (dann: „Medizinischer Dienst“ = „MD“) sei eine Änderung der organisatorischen Strukturen unverzichtbar. ■

Quellen: Presseagentur Gesundheit am 06.05.2019; Referentenentwurf (MDK-Reformgesetz)

agentur adp 09/2019, 08.05.2019

ZAHNÄRZTLICHE APPROBATIONEN MIT WEIBLICHER ZWEIDRITTELMehrheit

2.192 zahnärztliche Approbationen wurden 2017 erteilt, 1.886 in den alten und 306 in den neuen Bundesländern.

Fast 2 von 3 Absolventen des Zahnmedizinstudiums sind weiblich. ■

Quelle: Stat. Bundesamt, Approbationsstellen der Länder, Stat. Jahrbuch der BZÄK

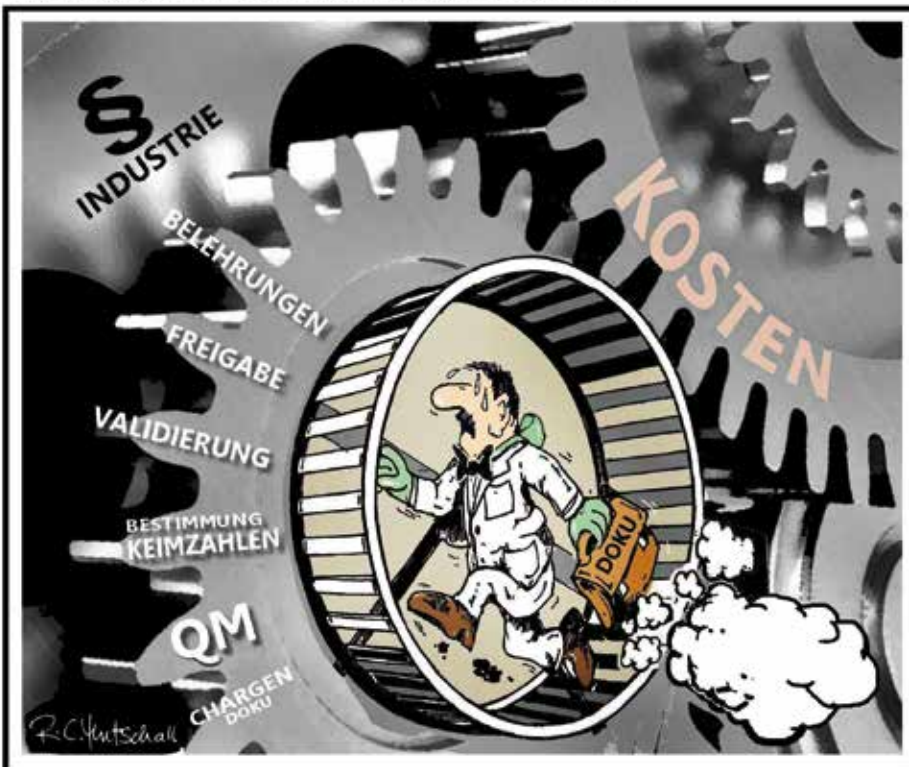
BZÄK Klartext 05/2019

BÜROKRATIEABBAU ANGEHEN

Unverhältnismäßige Bürokratie belastet die Praxen. Umfangreiche Informationspflichten bestehen vor allem gegenüber Krankenkassen, eine ausführliche Dokumentation fällt zudem bei der Aufbereitung von Medizinprodukten an. Hinzu kommen die Bürokratiebelastungen aus bundesrechtlichen Vorschriften und der Dokumentation von Arbeitsschritten. Hier gibt es Optimierungspotenzial. „Mit unseren Abbauvorschlägen versuchen wir, diese Schraube ein wenig zurückzudrehen, ohne bei der Patientensicherheit Abstriche zu machen“, so Prof. Dr. Christoph Benz, BZÄK-Vizepräsident. Beispielsweise sollte für die Registrierung von Röntgeneinrichtungen in Zukunft nur noch eine Stelle zuständig sein. Zudem sollten zertifizierte (Online-)Fernlehrgänge bei der Aktualisierung der Fachkunde zugelassen werden. Dies wäre mit einer erheblichen zeitlichen Entlastung der Praxen verbunden, ohne Standards bei der Patientensicherheit abzusenken. „Weniger Bürokratie ist mehr Zeit für die Behandlung in den Zahnarztpraxen, und das ist ganz im Sinne der Patienten“, so Benz. ■

BZÄK Klartext 05/2019

ZAHNARZT UND SIEGELNAHTPRÜFER



FRÜHJAHRSFEST DER ZAHNÄRZTESCHAFT IN BERLIN: MISSTRAUENS-BÜROKRATIE, DEUTSCHE PFENNIGE, STILLGELEGTE APPROBATIONS-NOVELLE

Am 07. Mai fand das gemeinsame Frühjahrsfest von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) im Alten Stadthaus in Berlin statt.

BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich verwies in seinem Grußwort auf drei nicht länger hinnehmbare Rückstände:

- ▶ die seitens des Gesetzgebers regelmäßig vorgesehene Anpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), welche noch immer mit dem Punktwert von 1988 (11 Deutsche Pfennige) gültig sei und nie angepasst wurde, nunmehr seit über 30 Jahren,
 - ▶ die verschleppte Novellierung der uralten Approbationsordnung von 1955, die im Bundesrat auf Eis liege,
 - ▶ das alltägliche Ärgernis der Praxen, die überbordende Bürokratie durch immer umfassendere Auflagen und Einschränkungen, sei eine regelrechte Misstrauensbürokratie.
- ▶ Zudem betonte er die Chance bei der Reform der Pflegeberufe, die Kompetenzen in der Mundhygiene entscheidend zu verbessern, und bat um verbindliche Maßnahmen zur Zuckerreduktion sowie für eine ausge-

wogene Ernährung, vor allem bei Kindern. Oesterreich warb zudem dafür, bei der Europawahl zu wählen, denn EU-Vorgaben hätten unmittelbare Auswirkungen auf Zahnarztpraxen.

Der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit, Dr. Thomas Gebhart, MdB, dankte in seinem Grußwort der Zahnärzteschaft für ihr ärztliches Engagement. Dies zeigten auch immer wieder Umfragen, wie zufrieden die Patienten seien und wieviel Vertrauen sie in ihre Zahnärzte hätten. Lob gab es zudem für die konstruktive Begleitung beim TSVG seitens der Zahnärzteschaft. Gebhart sprach außerdem über die Chancen der Digitalisierung. Digitalisierung sei kein Selbstzweck, sie solle Nutzen stiften, Kernstück sei die elektronische Patientenakte. Noch im ersten Halbjahr wolle man ein Digitalisierungsgesetz vorlegen. ■

_____ BZÄK Klartext 05/2019

STATEMENT DER KZBV ZUM INKRAFTTRETEN DES TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZES

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) tritt das bislang umfassendste gesundheitspolitische Gesetzgebungsverfahren der laufenden Legislaturperiode in Kraft. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat sich – im koordinierten Zusammenwirken mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und anderen Verbänden und Körperschaften – über viele Monate hinweg aktiv in das Gesetzgebungsverfahren durch politische Forderungen und konkrete Vorschläge eingebracht. In zahlreichen Gesprächen mit den politischen Entscheidungsträgern wurde intensiv diskutiert und Überzeugungsarbeit für die Positionen der Zahnärzteschaft geleistet. Dieser Einsatz hat sich gelohnt. Der Zahnärzteschaft ist es gelungen, wichtige Struktur- und Versorgungsverbesserungen zu erwirken, und hat damit einen weiteren wichtigen Beitrag geleistet, das Gesundheitssystem in Deutschland im Interesse von Patienten und Praxen mitzugestalten. Die KZBV informiert auf ihrer Website unter <https://www.kzbv.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.1064.de.html> über wesentliche Neuregelungen des TSVG, die für Patienten und insbesondere auch für den Praxisalltag von Zahnärztinnen und Zahnärzten relevant sind. ■

_____ KZBV, 10.05.2019

BIP: OHNE ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG WÜRDEN 46 MILLIARDEN FEHLEN

Der Einsatz der Zahnmediziner in der Bundesrepublik Deutschland lohnt sich in mehrfacher Hinsicht: Nicht nur weisen deutsche Jugendliche im europäischen Vergleich Spitzenwerte in der Mundgesundheit auf, für jeden im zahnärztlichen System erwirtschafteten Euro entstehen zudem weitere 1,20 Euro in anderen Bereichen. Ohne zahnärztliche Versorgung würde das deutsche Bruttoinlandsprodukt insgesamt um über 46 Mrd. Euro niedriger ausfallen. ■

_____ Quelle: BZÄK „Klartext“ Nr. 04/19,
Zahnärztliches Satellitenkonto

agentur adp 08/2019, 28.04.2019

Die Lunte brennt!

ANTIBIOTIKARESISTENZEN: AUCH EINE FOLGE DER SPARPOLITIK

Der britische Ökonom und ehemalige Ex-Goldman-Sachs-Banker Jim O'Neil¹⁾ bringt es mit seiner Warnung auf den Punkt, wenn er feststellt, dass im Jahr 2050 Resistenzen gegen Antibiotika die Todesursache Nummer eins sein könnten, und fordert: **„Wir wissen, dass es keine Wunderwaffe gegen Antibiotikaresistenzen gibt, deswegen muss die Weltgemeinschaft jetzt handeln.“**

Um einer Katastrophe mit zukünftig Millionen Todesopfern zu entgehen, müsse die Weltgemeinschaft dringend mehr Geld in die Antibiotikaforschung investieren, fordert der Ökonom als Konsequenz. Ohne wirksame Gegenmaßnahmen könnte sich nach einer Studie der Berliner Charité die Zahl der weltweiten Todesopfer bis 2050 auf zehn Millionen im Jahr erhöhen. Auch das Davoser Weltwirtschaftsforum zählt die wachsende Antibiotikaresistenz längst zu den größten Gefahren für die Weltwirtschaft, schreibt die WELT, und auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt seit Langem vor einer „post-antibiotischen Ära“. Sir Alexander Fleming, schottischer Mediziner und Bakteriologe, erhielt 1945 für die eher zufällige Entdeckung des weltweit ersten Antibiotikums Penicillin den Nobelpreis. Zeitgleich warnte er vor den Folgen eines unkontrollierten Gebrauchs seiner Entdeckung: *„Die Zeit wird kommen, in der Penicillin von jedermann gekauft werden kann. Dadurch besteht die Gefahr, dass der Unwissende das Penicillin in zu niedrigen Dosen verwendet. Indem er die Mikroben nun nicht tödlichen Dosen aussetzt, macht er sie resistent.“* Also kein unbekanntes oder überraschendes Phänomen, mit dem sich die aktuelle Medizin heute verstärkt auseinandersetzen hat. Allerdings ist die Medizin nicht losgelöst vom politischen Umfeld zu betrachten; denn der Medizinbetrieb unterliegt letztlich politisch begründeten Regularien, und er ist abhängig von der finanziellen Ausstattung.

Der Einsatz von Antibiotika hat seit der segensreichen Entdeckung von Alexander Fleming im Jahr 1928 in der Human-, aber auch in der Veterinärmedizin stetig



Foto: © ireshitea - stock.adobe.com

zugenommen und zu einem „dramatischen Anstieg von resistenten Mikroorganismen geführt“, wie Prof. Dr. Michael Schlöter, Leiter der Abteilung Vergleichende Mikrobiomanalysen (COMI) am Helmholtz Zentrum München, feststellt. Allerdings handelt es sich bei der Resistenzentwicklung keineswegs um ein Phänomen unserer Zeit, sondern um eine Erscheinung, die seit jeher mit der Entwicklung von Erregern verbunden ist. Die natürliche Resistenzentwicklung ist der außerordentlich kurzen Generationszeit vieler pathogener Mikroorganismen zuzuschreiben; denn unter optimalen Lebensbedingungen kann sich deren Anzahl innerhalb von 20 bis 30 Minuten verdoppeln. Insofern ist die Entstehung von Mutationen ein „Selbstläufer“.

Antibiotika hemmen das Wachstum von Keimen oder töten sie ab. Je häufiger Bakterien mit einem bestimmten Antibiotikum in Kontakt gelangen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Resistenzentwicklung gegen das entsprechende Antibiotikum. Bei diesem Vorgang entwickeln Bakterien spezielle Enzyme, die die molekularen Strukturen vieler Antibiotika spalten können. Zudem können genetische Elemente zwischen Bakterien derselben oder auch unterschiedlicher Art ausgetauscht werden. Da die eingesetzten Antibiotika nur nichtresistente Bakterien töten oder deren Wachstum verhindern, können sich resistente Bakterien nahezu ungestört und ohne Konkurrenz vermehren.

Deutlich schwerere Krankheitsverläufe sind die Folgen – bis hin zum tödlichen Ausgang. Obwohl eine Verifizierung der Zahlen schwierig ist, kommt es nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts durch Antibiotikaresistenzen in jedem Jahr in Deutschland zu 400.000 bis 600.000 nosokomialen Infektionen und etwa 10.000 bis 15.000 Todesfällen^{2,3)}.

¹⁾ https://de.wikipedia.org/wiki/Jim_O%E2%80%99Neill

²⁾ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/FAQ/FAQ_node.html

³⁾ https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/895855/antibiotika-ursachen-resistenz-entwicklung.html

Zu den Problemkeimen gehören insbesondere ESBL-bildende (Extended spectrum β -lactamase) Stämme von *Escherichia coli*, *Klebsiella* und anderen gramnegativen Bakterien, MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*), *Clostridium difficile* und Vancomycin-resistenten Enterokokken.

Bekanntermaßen liegt die rasche Zunahme resistenter Bakterien auch daran, dass Antibiotika von Ärzten zu oft und gelegentlich unnötig verschrieben oder eingesetzt werden, sowie an einer Noncompliance mit vorzeitigem Absetzen der Medikation. Mittlerweile lässt sich eine Vielzahl resistenter Keime in Abwässern feststellen.

Reserveantibiotika für die Schweinemast?

Was Alexander Fleming seinerzeit nicht wissen oder ahnen konnte, ist die Tatsache, dass nicht nur der unsachgemäße Gebrauch der Wunderwaffe durch Ärzte und Patienten zu Problemen führen würde, sondern dass in unseren Tagen ein geradezu ungezügelter Missbrauch mit Antibiotika durch die industrialisierte Landwirtschaft mit Massentierhaltung betrieben wird. Zwar betont das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) auf seiner Homepage, dass Antibiotika – gerade bei Tieren, von denen Lebensmittel gewonnen werden – nur eingesetzt werden dürfen, wenn dies therapeutisch notwendig sei, aber die Realität ist eine andere. Bei der Schweine- und Geflügelmast werden Antibiotika jedoch auch prophylaktisch eingesetzt. Mit 1706 Tonnen (2012) war der Verbrauch von Antibiotika in der Veterinärmedizin deutlich höher als in der Humanmedizin, stellte die Ärzteschaft fest. In seinem „Lagebild zur Antibiotikaresistenz im Bereich Tierhaltung“ spricht das BMEL aktuell von einem Rückgang der Antibiotikaabgabemenge an Tierärzte auf 733 Tonnen im Jahr 2017. Ohne nähere Betrachtung der Wirkstoffe kann der alleinige Bezug auf die Tonnage allerdings Unschärfen haben. So ging die Abnahme der Gesamtmengen im Zeitraum 2011 bis 2017 mit einer Zunahme der Abgabemengen von Fluorchinolonen einher, deren Verwendung in der Veterinärmedizin wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Humanmedizin sehr kritisch gesehen wird^{4,5}).

Die Gesamtmenge der im humanmedizinischen Bereich in Deutschland eingesetzten Antibiotika dürfte ca. 700-800 Tonnen pro Jahr betragen, heißt es im „Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutsch-

land“ auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts⁶). Und das geschieht nicht nur unter den Augen, sondern mit Wissen und Unterstützung der Politik. Denn sämtliche Bundeslandwirtschaftsminister der vergangenen Legislaturperioden ignorierten und ignorieren weiterhin aktiv den allseits bekannten Antibiotika-Missbrauch. Und Lippenbekenntnisse zum angeblich verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika in der industrialisierten Massentierhaltung sind nicht wissenschaftlicher Erkenntnis, sondern den Forderungen industrienaher landwirtschaftlicher Lobbyorganisationen geschuldet. Diesen ist es im europäischen Rahmen immerhin gelungen, rund ein Drittel des EU-Haushaltes in den landwirtschaftlichen Bereich zu lenken. Dass bei der Mittelvergabe die größten Betriebe bevorzugt werden, hat sich als Fehlsteuerung herausgestellt und zu immer größeren Betrieben mit Massentierhaltung und immer schlechteren Haltungsbedingungen mit Bewegungsmangel und Körpernähe der Tiere geführt. Systembedingt wird zugleich die kleinbäuerliche Landwirtschaft in finanzielle Nöte gebracht.

Wenn Schweinen in einer aufgeklärten Gesellschaft im Jahr 2019 offiziell ein Bewegungsraum von verachtenden 0,75 Quadratmetern pro Tier zugestanden wird und Hühnern der Minimalraum mit der Fläche eines DIN A4-Blattes pro Tier zugewiesen wird, dann hat das weder etwas mit Humanität noch mit Verantwortung zu tun, sondern mit Missachtung und maßlosem Gewinnstreben! Dass dermaßen eingepferchte Tiere nicht nur die Schwänze ihrer Nachbarn anfressen und sich gegenseitig die Federn ausreißen, sondern auch die Übertragung von Erregern unausweichlich scheint, ist naheliegend. Und dass angesichts einer derartigen „Resistenzucht“ immer „schwerere Geschütze“ aufgeföhren werden müssen, bedarf keiner näheren Erklärung.

Die Situation wird dadurch verschärft, dass bezüglich der Pharma-Forschung ein Rückzug der Industrie aus dem zunehmend unprofitablen „Hase-und-Igel-Spiel“ zu beobachten ist.

Unter dem Strich scheinen der Politik im Bereich industrieller Massentierhaltung die Erhöhung des Bruttosozialproduktes und eine Politik des ständigen Wachstums wichtiger zu sein als eine maximale und kompromisslose Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung. Auch eine originäre Aufgabe für einen Gesundheitsminister!

Dumping-Schnitzel wichtiger als die Überlebensrate?

So hat es die lobbygetriebene Politik inzwischen zugelassen, dass sogar Reserveantibiotika nicht nur als präventiver Infektionsschutz in der Massentierhaltung dienen, sondern diese sogar als Masthilfe verfüttert werden, um die eingepferchten Tiere am Leben zu halten und die Rendite zu sichern. Dabei wird ausgeblendet, dass es in der ►►

*4) https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Tier/Tiergesundheit/Tierarzneimittel/Lagebild%20Antibiotikaeinsatz%20bei%20Tieren%20Juli%202018.pdf?__blob=publicationFile

*5) https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Tier/Tiergesundheit/Tierarzneimittel/Lagebild%20Antibiotikaeinsatz%20bei%20Tieren%20Juli%202018.pdf?__blob=publicationFile

*6) <https://www.p-e-g.org/files/content/Ueber%20Uns/GERMAP/GERMAP-2015deutsch.pdf>

- Humanmedizin die Reserveantibiotika sind, auf denen oftmals die letzte Hoffnung bei Infektionen ruht – auch und gerade in Krankenhäusern, in denen Keime und deren naturgegebene Resistenzbildung gelegentlich eine Art „Hausrecht“ anstreben. Und wenn gerade dort Lücken im Hygieneplan entstehen, kommt es schnell zur Katastrophe. Und damit sind wir bei einem Problem, das ebenso heikel wie erwähnenswert ist.

Kostenfalle Hygiene?

Hygienemaßnahmen kosten Geld – viel Geld und hohen personellen und materiellen Aufwand, wie Praxisbetreiber bestätigen können. Geld, das gut angelegt ist, wenn es um die Gesundheit der anvertrauten Patienten geht. Was für die ambulante Medizin gilt, sollte mindestens im gleichen Maße für den stationären Bereich gelten. Und dass auf einer chirurgischen Station extreme Sorgfalt erforderlich ist, bedarf keiner näheren Erklärung. Allerdings scheint es auch dort gelegentlich Optimierungsbedarf zu geben. Weshalb, so kann man sich fragen, wird nicht an allen Häusern konsequent bereits bei stationärer Aufnahme auf MRSA-Keime untersucht, so wie es in den Niederlanden der Standard vorschreibt? Warum ist es Besuchern selbst in einer Universitätsklinik möglich, direkt und ohne Schutzkleidung mit ungeschützten Straßenschuhen an den beatmeten Intensiv-Patienten heranzutreten und ihn zu berühren? Das Delta zwischen Anspruch und Wirklichkeit scheint in manchen Fällen relativ groß geworden zu sein. An einem Erkenntnismangel kann es nicht liegen, sodass zunächst naheliegt, dass es der Kostenfaktor sein muss, der einen Krankenhausbetreiber dazu bringt, unzureichend Personal und Material einzusetzen. Beide Faktoren scheinen entscheidend zu sein für die hohe Rate an letalen Infektionen in Krankenhäusern!

Wie schwierig die stationäre Situation sein kann, mag man auch daran erkennen, dass es einer Medizinischen Hochschule trotz mehrerer journalistischer Anfragen seit mehr als 6 Wochen nicht gelungen ist, Antworten auf den folgenden Fragenkomplex zu formulieren:

„Im Laufe der letzten Jahre erhielt ich bei dem Besuch mehrerer Patienten Gelegenheit, unterschiedliche Intensivstationen aufzusuchen.

Dabei ist mir aufgefallen, dass ich zu keiner Zeit dazu angehalten wurde, Überschuhe, (Einmal-)Kittel oder Einmalhandschuhe anzulegen. Ich hätte also theoretisch mit meinen Schuhen, mit denen ich zuvor im ländlichen Bereich unterwegs war, bis an das Krankbett herantreten dürfen. Es wurde mir auch nicht untersagt, den Intensivpatienten zu berühren, oder vorgeschrieben, einen Mundschutz anzulegen. Es hätte also durchaus die Möglichkeit bestanden, mit einem grippalen Infekt an den schwerkranken und in zwei Fällen beatmeten Patienten heranzutreten.

Da es sich nicht um einen Einzelfall handelt, gehe ich davon aus, dass es in der XXX und dort insbesondere auf den Intensivstationen keine entsprechende Vorschrift für Besucher gibt.

Da ich aus meiner lange zurückliegenden „Göttinger Zeit“ strenge Hygiene-Regelungen in Erinnerung habe, erlaube ich mir die Anfrage, ob es zwischenzeitlich neuere Erkenntnisse gibt, die die von mir oben erwähnten besonderen Vorsichtsmaßnahmen entbehrlich machen, oder ob die seinerzeitigen Vorsichtsmaßnahmen aus heutiger Sicht als überholt gelten können.

Für eine Antwort und ggf. einen Literatur-Hinweis danke ich Ihnen im Voraus.“

Und spätestens hier sind wir erneut bei der Verantwortlichkeit der Politik, die wirtschaftliches Wachstum – auch in der Agrarwirtschaft – auf die Fahnen geschrieben hat und zur gleichen Zeit für Krankenhäuser unzureichende Mittel bereithält. Hier muss sich dringend etwas ändern, wenn man den Kampf gegen multiresistente Keime erfolgreich führen und sich nicht auf Lippenbekenntnisse oder eine Aktion „saubere Hände“ beschränken will.

Werden die erforderlichen Weichenstellungen jetzt versäumt, droht das eingangs beschriebene Szenario. Zwar sei die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes 2011 teilweise wirksam, stellt die Ärztezeitung fest; problematisch sei jedoch der Mangel an Hygienefachkräften sowie Personal-Überlastung³⁾.

Antibiotika in der Tiermast verbieten!

Sofort Reserveantibiotika in der Massentierhaltung verbieten!

Hygienestandards in Krankenhäusern aufrüsten!

Das sind die logischen Konsequenzen, die sich aus einer lobbygetragenen Fehlsteuerung ergeben. Im Bundesministerium für Gesundheit werden in kurzer Folge neue Gesetze entworfen, die nicht immer die Zustimmung der Betroffenen finden. Neben aller Kritik, die Jens Spahn bei seinem dynamischen Vorgehen erfährt, sollten seine Aktivitäten, die dem direkten Wohl der Bevölkerung dienen, nicht unerwähnt bleiben. Gerade die aktuellen Überlegungen zur Durchsetzung einer Impfpflicht gegen Masern und die Widerspruchslösung bei der Organspende weisen in die richtige Richtung. Bleibt die Hoffnung, dass sich Bundesgesundheitsminister Spahn mit demselben Engagement und derselben Beharrlichkeit – falls notwendig, auch gegen das Beharrungsvermögen anderer Ministerien – durchsetzt, um das Problem der Resistenzentwicklung konsequent an den Entstehungsorten zu bekämpfen und erforderliche materielle und personelle Mittel für Krankenhäuser bereitzustellen. ■

_____ Dr. Michael Loewener, Wedemark

Einreichungs- und Zahlungstermine

2019

Juni / Juli / August / September

JUNI	JULI	AUGUST	SEPTEMBER
01 SA	01 MO	01 DO	01 SO
02 SO	02 DI	02 FR	02 MO
03 MO	03 MI	03 SA	03 DI
04 DI	04 DO	04 SO	04 MI
05 MI	05 FR	05 MO	05 DO
06 DO	06 SA	06 DI	06 FR
07 FR	07 SO	07 MI	07 SA
08 SA	08 MO	08 DO	08 SO
09 SO <small>Pfingstsonntag</small>	09 DI	09 FR	09 MO
10 MO <small>Pfingstmontag</small>	10 MI	10 SA	10 DI
11 DI	11 DO	11 SO	11 MI
12 MI	12 FR	12 MO	12 DO
13 DO	13 SA	13 DI	13 FR
14 FR	14 SO	14 MI	14 SA
15 SA	15 MO	15 DO	15 SO
16 SO	16 DI	16 FR	16 MO
17 MO	17 MI	17 SA	17 DI
18 DI	18 DO	18 SO	18 MI
19 MI	19 FR	19 MO	19 DO
20 DO	20 SA	20 DI	20 FR
21 FR	21 SO	21 MI	21 SA
22 SA	22 MO	22 DO	22 SO
23 SO	23 DI	23 FR	23 MO
24 MO	24 MI	24 SA	24 DI
25 DI	25 DO	25 SO	25 MI
26 MI	26 FR	26 MO	26 DO
27 DO	27 SA	27 DI	27 FR
28 FR	28 SO	28 MI	28 SA
29 SA	29 MO	29 DO	29 SO
30 SO	30 DI	30 FR	30 MO
	31 MI	31 SA	

Fokus Phobie

Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis



Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 1)

Dr. med. dent. Torsten Glas, Leipzig

Unter dem diffusen Begriff der „Problem-patienten“ in der Zahnarztpraxis nehmen solche, die krankhafte Angstphänomene präsentieren, einen besonderen Platz ein. Viele Kollegen nähern sich diesen Patienten mit einer situativ-unplanmäßigen Vorgehensweise „nach Gefühl“. Strukturierte Strategien, die als Interventionsmuster abrufbar sind, wären eine Erleichterung im zahnärztlichen Alltag für Patienten und Zahnärzte. Eine nachhaltig normalisierte Einstellung gegenüber Zahnarztbesuchen sollte das Ziel sein. Folgende Überlegungen sind als Anregung gedacht, tiefer in die Thematik einzudringen. Vielleicht kann eine breitere, sachbezogene Diskussion zu Prävention und Intervention von derartigen Phobien angestoßen werden.

Was nützt der Anspruch, dem aktuellen, zahnmedizinischen Standard entsprechend indizierte Kontrollmaßnahmen, Aufklärungen und Behandlungen durchführen zu wollen, wenn sie der Patient aus krankhafter Furcht davor gar nicht erst zulässt? In der Literatur^{1,22} und aus eigener Erfahrung findet sich bei einem Viertel der jugendlichen und erwachsenen Patienten eine nicht-normale Furcht vor Zahnbehandlungen. Auch diese Menschen bewusst führen zu können, sollte Anliegen jedes Zahnmediziners sein. Ein Konzept zum Umgang mit Behandlungsphobien in der Zahnmedizin wurde bislang nicht ausdrücklich formuliert. Am meisten findet sich dieser Aspekt in der Kinderzahnheilkunde berücksichtigt. Prävention krankhafter Angstphänomene und deren Interventionsansätze dazu gehen ineinander über. Deshalb werden sie im Folgenden nicht strikt getrennt.

Definition der krankhaften Angst sowie Zahnbehandlungsangst

Ein Gefühl unspezifischer Besorgnis vor der (zahn-)medizinischen Behandlung kann solange als normal angesehen werden, als der Patient die Zahnarztpraxis aufsuchen und indizierte Diagnostik und Therapie zulassen kann. Liegt ein Vermeidungsverhalten mit Selbstschädigungsgefahr vor, besteht Krankheitswert. Zahnbehandlungsphobie ist im ICD 10 unter F40.2 verschlüsselt, wird als spezifische Phobie beschrieben und einer Höhen- oder Tierphobie gleichgestellt. Der Übergang in eine Panik ICD 10 F41.0 ist möglich. Dennoch findet sich bei erster Beschäftigung mit dem Phänomen unter dem Aspekt des Praxisalltages bereits Verwirrung in den Termini und Definitionen. Die Begriffe Angst, Furcht, Phobie und Panik beschreiben mentale Verfasstheiten, bei denen sich psychophysiologische Parameter verändern. Grundsätzlich werden sie personal als Gefühle erlebt, die nicht immer verbalisierbar sind. Zunächst kann angenommen werden, dass ein zuversichtliches Leben biologisch angelegt ist. Angst – nicht Phobie – ist eine evolutionäre Grundempfindung, die in einer existenziellen Gefahrensituation quasi-reflektorisch lebenser-



Wie begegnet man dem oben abgebildeten Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf, der sich erst in der Praxis vorstellt, wenn es gar nicht mehr zu vermeiden ging? Wird er die Behandlung zulassen und Folgebehandlungen wahrnehmen wollen?

haltende Handlungsreaktionen ermöglicht⁵. Normalen wie krankhaften Ängsten liegt ein existenzielles Bedrohungsgefühl des eigenen Lebens zugrunde¹⁰. Die nachfolgend im Gedächtnis abgespeicherte, durchlebte Angstsituation bedingt durch Antizipation ähnlicher Konstellationen eine Sorge, dass sich erneut eine solche Gefahr wiederholt – es entsteht Furcht. Dennoch muss eine ähnliche Situation wie die schon erlebte normalerweise nicht unter allen Umständen vermieden werden, da neben der Furcht auch eine Zuversicht zur erneuten Bewältigung besteht. Entwickeln sich hingegen durch falsche Lernleistungen irrationale Antizipationsverknüpfungen, kann sich aus der Furcht eine Phobie (φοβος griech. „Furcht“) entwickeln. Phobien finden sich sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen und können in einer Panik münden. Bei der phobischen Störung wird Angst ausschließlich durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen/Objekte – außerhalb der betreffenden Person – hervorgerufen. Diese Situationen werden charakteristischerweise gemieden oder voller Angst gerade noch ertragen. Angst, Furcht und Phobie sind nach innen gerichtet und werden nur im Selbst erlebt. Sie können ein erkennbares Sozialsignal, die Emotion (vgl. lat. emovere = herauswühlen) bedingen²³, das sich auch in einer Panik äußern kann. Spezifische Phobien, wie eine Zahnbehandlungsphobie, entstehen gewöhnlicherweise in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund einer noch fehlenden abstrakten Antizipationsfähigkeit gibt es echte Phobien nicht bei kleineren Kindern¹⁵. Hier dominieren solitär-situative Panikreaktionen. Das Ausmaß einer perspektivischen, tatsächlich eintretenden Behinderung hängt davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden kann. Die Furcht vor der Phobie kann – ungeachtet zwischenzeitlich positiver Erfahrungen – jahrzehntelang bestehen, ja in einer Panikstörung enden – wenn nicht gezielt interveniert wird.

Grundlegende Ansätze zu Interventionsmöglichkeiten

All dies lässt sich auch auf das zahnärztliche Patientenkontext extrapolieren. Phobien beim zahnärztlichen Patientenkontext führen häufig zu langanhaltender Behandlungsvermeidung. Die Betroffenen nehmen dabei gesundheitliche, kosmetische und soziale Folgen billigend in Kauf, sind aber häufig paradoxerweise sehr unzufrieden mit diesem Umstand. Unter wissenschaftlichem Aspekt ist es sinnvoll, die Ätiologie sowie verschiedene Schweregrade der Zahnbehandlungsphobie auch als Analogon zur posttraumatischen Belastungsstörung zu differenzieren¹⁹. Im klinischen Alltag ist es wichtig, therapiefähige Phobiker zu erkennen und schnell adäquat sowie praktikabel intervenieren zu können.

**Schlüsselüberlegung: Was soll erreicht werden?
Gibt es ein Gegenteil von krankhafter Angst und Furcht?**

Hier liegt der Kern des gesamten Themas. Ein therapeutisches Ziel, also etwa die krankhafte Angst „besiegen“, führt zu kämpferischer Anspannung bei Patienten und Therapeut. Die weit verbreitete Ansicht, dass man „Mut“ zur Behandlung erzeugen müsse, ist nach Meinung des Autors ebenso falsch. Mut und „Sich-Mühe-Geben“ implementiert stets den billigend in Kauf genommenen Miss- oder Teilerfolg. Eine Haltung, die das Aufgeben und Verlieren von vorn herein einschließt. Da der krankhaften Zahnbehandlungsfurcht und -panik ein unnötiger, irrationaler, der Situation nicht angemessener Überlebenssicherungsreflex zugrunde liegt, der das Ergebnis einer falschen Lernleistung ist, sind therapeutische Interventionen zur Veränderung der Selbstwahrnehmung des Patienten in der Situation hilfreicher. Eine Phobie kann dabei zunächst als ein konstruktives Signal aufgefasst werden, dass eine Veränderungsnotwendigkeit signalisiert. Unter der Annahme, dass im Grunde ein phobiefreies Leben genetisch determiniert ist, erscheint eine Phobie als Blockade der normalen psychischen Verfasstheit im Neocortex. Nach Auflösung der Blockade kann sich schnell wieder die zuversichtliche, furchtfreie Grundstimmung einstellen. Das heißt, im Selbst des Patienten befindet sich immer (!) die Information zu dieser Normalverfassung. Sie ist im Rahmen einer Phobie jedoch passager subjektiv nicht wahrnehmbar. Ziel ist das Wiedererreichen einer nachhaltig normalen Behandlungsbereitschaft. Hierzu werden üblicherweise Interventionen wie Stressimpfung, Konfrontationstherapie, Hypnose etc. empfohlen²⁹. Der Patient muss ein Mindestmaß an Zusage willens aufbringen. Ziel ist, die unterbewusst vorhandene „unbesorgt-gelassene Zuversicht“ freizulegen, die eine Behandlungsbereitschaft automatisch bedingt.

Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste im Interventionsfokus

Normale Angst, aber auch deren krankhafte Phänomene, werden auf unterschiedlichen Ebenen des Selbst empfunden. Hier spielen Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste eine Rolle. Im Gegensatz zum Begriff „Bewusstsein“ sind wissenschaftliche Definitionen von Unterbewusstsein bzw. des Unbewussten diffus und werden seitens der psychologischen, neurobiologischen und philosophischen Wissenschaften unterschiedlich gefasst. Aus didaktischen Gründen versieht der Autor im Folgenden die beiden letzteren Begriffe mit Bedeutungsauslegungen, die vorliegendes Interventionskonzept verständlicher machen. Dabei stützt er sich auf die Topographie Freuds⁹ (1923), jedoch ohne dessen Begriff des „Vorbewussten“ zu übernehmen.

Das Bewusstsein wird aktuell dem präfrontalen (Neo-)Cortex zugeordnet und als zentraler Bestandteil der personalintegrateden Selbstwahrnehmung angesehen. Es ist ein Produkt zahlreicher ICH-Bereiche¹⁸, die bei bestimmten Krankheits- ➤

► bildern sogar separat ausfallen können. Mit diesem Bewusstsein interpretiert der Mensch die Eindrücke der Sinnesorgane und modelliert sie abstrakt zur persönlichen Wahrnehmung der Wirklichkeit und schafft sich so sein Weltbild, in dem er seine Position einnimmt. Die hierfür nötigen Erinnerungen bestehen aus dem stattgehabten Ereignis bzw. der erlebten Tatsache und einem angekoppelten Gefühl. Gefühle sind teilweise „versprachlichbare“ Verfasstheiten. Erst durch den Gefühlsanteil entsteht eine Ereignis-Bedeutung (vgl. Modell des „episodischen Gedächtnisses“²⁸). Je eindrucksvoller der Gefühlsanteil, umso lebhafter wird sie bewusst oder unterbewusst gespeichert⁴.

Das Unterbewusste ist eine Abspeicherung von individuellen Erinnerungen mit deren Bedeutung, jedoch ohne permanente rationale Reflexion. Von hier aus kann dieses Konstrukt die abstrakte Verallgemeinerung bestimmter, wiederkehrender Situationen von der Person unbemerkt beeinflussen²⁵. Derartige Verknüpfungen bilden die Grundlage für eine rein empirische Abschätzung anstehender Prozessverläufe. Das Unterbewusste ist dennoch partiell beim bewussten Denkprozess aktivierbar, um bestimmte, abgespeicherte Erinnerungen in das wache Bewusstsein hineinzuprojizieren und zu nutzen.

Unter dem Unbewussten hingegen kann eine angeborene, vom Willen weitgehend unabhängige, autarke Verknüpfungsfähigkeit verschiedenster mentaler Zustände und Prozesse verstanden werden. Soweit man es rational überhaupt erklären kann, werden primäre Elemente des „Instinktes“ im biografischen Verlauf mit unterbewussten Erfahrungen kombiniert. Das Ergebnis kann sich dem Be-

wusstsein spontan präsentieren, was häufig als „Intuition“ erlebt wird. Integriert man in die Struktur des Unbewussten noch die physiologisch-biochemischen und informationsvermittelten Regulationen des Organismus, wird der Begriff noch weiter gesteckt.

Hierarchisch könnte man demnach das Unbewusste als zentralen, umfassendsten Begriff sehen, in dem die unterbewussten Verknüpfungen und das bewusste, verstandesmäßige Denken integriert sind. Ein Konzept der Intervention und auch Prophylaxe von krankhafter Zahnbehandlungsfurcht sollte alle drei Aspekte einbeziehen.

Dabei ist das Wachbewusstsein die Pforte zu den anderen beiden Ebenen. Im Unbewussten befinden sich nach diesem Modell die angelegten „Urkompetenzen“. Im unterbewussten Episodengedächtnis kann die Sichtweise auf abgespeicherte Ereignisse durch Interventionen entsprechend moduliert werden.

Eine neuroanatomische Zuordnung aller drei Bereiche ist komplex. Das morphologische Äquivalent ist das Organ-System Gehirn. Eine wichtige Rolle bei der Gefühlsinterpretation hat hier das limbische System¹⁷, das nach neueren Erkenntnissen auch Teile des vorderen Großhirns (orbitofrontal, ventromedial und präfrontal) sowie Kleinhirnteile umfasst und weitgehend unbewusst und unterbewusst agiert. Die Neurowissenschaften postulieren seit einiger Zeit eine Dominanz des Gefühlsanteils über das rationale Denken^{6,13}, allerdings nur unter bestimmten Umständen, die von Entscheidungszusammenhängen abhängen¹¹. Die hierbei wichtigen Theorien um die Phänomene des limbischen Systems als Modell liefern einen interessanten Ansatz hinsichtlich der kognitiven Verstehbarkeit von Kommunikationsstrategien mit Phobie-Patienten.

Phobiepatienten erkennen, Behandlungsfähigkeit einschätzen

Der jugendliche und erwachsene Phobiepatient signalisiert entweder verbal oder nonverbal seine phobische Verfasstheit und drückt so einen Anspruch nach besonders individualisierter Wertschätzung und Herangehensweise aus. Zur Erfassung „versteckter“ Phobiephänomene ist das einfühlsame, ärztliche Gespräch mit gestraffter Allgemein-Anamnese wichtig. Über das zusätzliche Erfragen persönlicher Umstände, wie Beruf und ggf. auch Hobbys, lässt sich meistens schnell eine persönliche Ebene finden. Obwohl die Präsentationsmuster von Phobiepatienten differenzierter sind, hat sich in der Praxis des Autors die Einteilung in obenstehender Tabelle als didaktisch-hilfreich zur Entscheidungsfindung erwiesen. Ausdrücklich sei angemerkt, dass diese Zusammenfassung auch außerphobische Gründe für eine Behandlungsverweigerung/-erschwerung (etwa

Gruppe 1	Patient mit normaler Furcht	„gesunde Furcht“, keine Behandlungsvermeidung
Gruppe 2	Patient mit leicht übersteigter, krankhafter Furcht	Tendenz zur Behandlungsvermeidung, kommunikativ gut zugänglich
Gruppe 3	Phobiepatient, auch mit Paniksymptomen	Behandlungsvermeidung, Handlungskontrollverlust, deutliche Selbstschädigungsfolgen, kooperativ
Gruppe 4	Patient mit bewusst demonstrierter Phobie	„kultivierte“ Behandlungsverweigerung als Ausdruck einer Persönlichkeitsbesonderheit, nicht kooperativ
Gruppe 5	psychotischer Patient	Entfremdung vom Selbst, Gefühl des Gesteuertseins von außen, meist nicht kooperativ
Gruppe 6	Erhebliche intellektuelle Beeinträchtigung	diverse Gründe, häufig absolute Kooperationsunfähigkeit

Einteilung der Patienten mit Behandlungszulassungsproblemen in Gruppen in Bezug auf Interventionsmöglichkeiten durch den Zahnarzt. Hierbei sind Phobien, aber auch Wahn-/Zwangs- und morphologische Ursachen gemeinsam dargestellt.

Wahn-/Zwangsgedanken etc.) beinhaltet. Ab Gruppe 2 beginnt eine pathologische Entwicklung. Innerhalb der Gruppen 3 und 4 findet sich ein geringer Prozentsatz von Phobie-Patienten, die den später vorgeschlagenen Interventionen nicht zugänglich sind. Ab Gruppe 5 ist eine Behandlung ohne Medikamente regelhaft nur schwer oder gar nicht möglich. Eine sehr gute Möglichkeit zur Herausfilterung von Patienten, die tatsächlich an der Lösung des Problems mitarbeiten wollen, sei beispielhaft die Strategie analog zur modifizierten „Wunderfrage“ nach Steve de Shazer⁷ (siehe Teil II dieses Artikels im NZB 07/2019) genannt.

Pharmakologische Interventionen

Bei extremer Phobiesymptomatik und gleichzeitig starkem Behandlungsbedarf können Narkose- und Sedierungsverfahren initial zur perspektivischen Normalbehandlung sinnvoll, ja eine ultima ratio sein. Eine Vollnarkose bei kleinen Kindern kann eine prägende Angst-Schlüssel-Situation prophylaktisch vermeiden und phobische Entwicklungen verhindern. Immer ist dabei das grundsätzlich höhere Komplikations-Risiko bei zentral wirkenden Sedativa und Narkotika kritisch abzuwägen.

Grundsätzlich wird das irrationale Sozialphänomen Zahnbehandlungsphobie durch Sedierungs- oder Narkoseverfahren lediglich umgangen, aber nicht nachhaltig aufgelöst.

Nichtpharmakologische Therapieansätze bei Jugendlichen und Erwachsenen

Es gibt kein allgemein gültiges, universell anwendbares Interventionsmodell. Zum Beispiel sind verschiedene

Aspekte im Rahmen des „Neuro-Linguistischen Programmierens“ (NLP)² sehr interessant, aber wissenschaftlich anerkannt ist das Konglomerat der angewandten Techniken keineswegs¹². Es gibt zahlreiche, ähnliche Kommunikations-Methoden-Vorschläge, die aber alle letztlich fragmentarisch bleiben. Phobien und Panikreaktionen sind Ausdrucksformen des Episodenrepertoires, bei dem im individuellen systemischen Netzwerk eine bestimmte Situation unterbewusst als schwere Bedrohung interpretiert wird. Gelingt es, die Interpretation im Unterbewussten so zu verändern, dass die unbewusst „angeborene“ Zuversicht wieder freigelegt wird, ist die Phobie verschwunden. Um in die Schaltstellen der unterbewussten Strukturen zu gelangen, muss das Wachbewusstsein umgangen werden. Das funktioniert über eine geeignete, kommunikative Interaktion zwischen Patient und Zahnarzt, wobei verbale und nonverbale Signale bewusst im Zentrum stehen. Der Therapeut muss ein Vertrauen beim Patienten erlangen, authentisch sein sowie wie strukturiert und flexibel vorgehen. Die Arbeit mit Kommunikation, einschließlich analoger Markierung bedeutungsvoller Wörter in Verbindung mit Körpersprache, kann jedoch nur dann nachhaltig gelingen, wenn sie auf einem hilfreichen, möglichst philanthropischen Weltbild basiert („*medicina soror philosophiae*“ – Tertullian aus „*De anima*“, 209 n. Chr.²⁷). Dabei kommt auch eine Wertschätzung des Patienten zum Ausdruck, die, möglichst mit viel Lob kommentiert, bei weiteren Behandlungen ihre Fortsetzung findet. Fasst man die Zahnbehandlungsphobie als Folge einer unbewusst-falschen Selbsthypnose mit permanent kontraproduktiver Wirklichkeitsinterpretation auf und setzt man das grundsätzliche Vorhandensein einer genetischen Zuversichtsverfasstheit voraus, wird ein ►►



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Auf einen Blick:

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

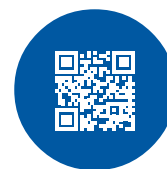
Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



► überraschender Therapieansatz offenbar: Der Patient hat bereits eine hohe Phantasieleistung erbracht, um sich in eine falsche (Dys-)Trance zu führen, die ihn annehmen lässt, er sei zu einer normalen Zahnbehandlung nicht fähig. Eine Tranceinduktion im Sinne der formalen Hypnose ist somit vielfach gar nicht notwendig, sondern es muss ein „trancetransformierender“ Weg gewiesen werden, auf dem sich der Patient aus eigener Kraft in eine richtige, also „Eu-Trance“, bewegen kann. Die moderne Psychotherapie nennt das „ressourcenorientierte Therapie“. Dem Patienten müssen hierbei seine eigenen Lösungspotenzen („Ressourcen“) aufgezeigt werden. In jedem Fall muss sich der Zahnarzt bei allen therapeutischen Handlungen offensiv selbst in einem veränderten Bewusstseinszustand befinden, die als „Zielerreichungs-Trance“ bezeichnet werden könnte. Dieser Zustand sendet dem Patienten die notwendige Information über die hohe Durchsetzungscompetenz seines Zahnarztes als „Subtext“. Denn Phobiker und Kinder können meist besser als der Normalpatient „Hellssehen“ bzw. „Gedankenlesen“. Man kann grundsätzlich Interventionen in der akuten Situation von Vorgehensweisen mit bereits konditionierten Patienten unterscheiden.

Akut-Vorgehen Phobie und Panikreaktion: Hier kann die Methode der formal induzierten, hypnotischen Trance zur entkoppelnden Musterunterbrechung mit Erfolg genutzt werden. Aktuell hat eine Metaanalyse die hohe Wirksamkeit der Hypnose besonders im Moment der Anwendung bestätigt³. Im Grunde ist die Tranceinduktion bei „willigen“ Angstpatienten sehr einfach. Aber abgesehen von der Tatsache, dass nicht jeder Zahnarzt gleich gut hypnotisieren lernen will bzw. kann, bleibt beim alleinigen Vertrauen auf moderne, partnerschaftliche oder auch klassisch-autoritäre Vorgehensweisen eine langanhaltende, normale Behandlungswilligkeit in vielen Fällen offenbar aus¹⁴. Die kreative Nutzung von Trancephänomenen zur nachhaltigen Veränderung von Verhaltensmustern übersteigt oftmals die Kompetenz eines Zahnmediziners. Das erklärt sicher auch die relativ hohe Abbruchrate²². Deshalb sind suggestive Sprachmuster, ggf. mit „Konfusionselementen“, ebenfalls hoch wirksam. Dieses nicht-formale Suggestiv-Vorgehen im Sinne psychotherapeutischer Kurzzeitinterventionen (z. B. nach Milton Erickson⁸; 1901 – 1980) ist ebenso zielführend und für einen wesentlich größeren Teil der Zahnärzte leichter anwendbar. Der Patient selbst sollte die zum Einsatz kommenden Strategien im Rahmen der Akut-Intervention in der Regel nicht bewusst wahrnehmen, sonst könnte es zum Aufbau innerer Widerstände kommen.

Arbeit mit Vorab-Konditionierungstermin: Wenn ein vorbereitender Beratungstermin vereinbart wurde, können die Patienten in einer Sinn-Umdeutungs-Technik (Reframing) zur Veränderung der Koppelung von antizipierten Gefühlen

in Verbindung mit einer anstehenden Maßnahme aktiv unterwiesen werden. Das erfolgt meist ähnlich dem autogenen Training. Dabei ist das motivierende Element ein ganz zentraler Bestandteil. Ohne „Grund“ wird in der Regel nichts verändert. Die Basis nachhaltiger Interventionen ist immer eine systemändernde Neukontextuierung. ■

Dr. med. dent. Torsten Glas
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Teil 2 lesen Sie im nächsten NZB

Quelle: Zahnärzteblatt Sachsen Nr. 12/2018

→ Vita



DR. MED. DENT. TORSTEN GLAS

- 1984-1989: Studium der Zahnmedizin an der Universität Leipzig
- 1989-1993: Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Leipzig
- 1993: Niederlassung in Leipzig (gemeinsam mit Dr. Volkmar Hartung)
- 1996: Fachzahnarzt für Oralchirurgie
- 1996: Installation des „Grünauer Kolleg für Oralchirurgie und Implantologie“, seither umfangreiche Referententätigkeit zu implantologischen Themen und fachgebietsüberschreitenden Sachgebieten (Antibiotika, Schmerztherapie, Kiefergelenkdiagnostik und -therapie, Notfallkurs, Anamnese-seminar, Umgang mit Phobien in der Zahnarztpraxis)
- 2000: Promotion (zahnärztlich-implantologisches Thema)
- 2009: Gesellschafter der Fort- und Weiterbildungsgruppe „medenticum“ zu den Themen Management lebensbedrohlicher Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis, Anamnese und Blickdiagnostik in der Zahnarztpraxis, Mikrobiologie und systemische Antibiotikatherapie in der Zahnarztpraxis
- 2009: Pilotanwender für navigiertes Implantieren „Navigator“ in den Neuen Bundesländern
- 2010/11: Veröffentlichung zum Thema navigiertes Implantieren und digitale Abformungen mittels Encode-Gingivaformer
- 2013: Gesellschafter des Xxalon Verlags
- 2015: Mitglied im Experten-Panel „Rationale Antibiotikatherapie in der Zahnarztpraxis“ im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses
- 2016: Referat und Workshop im Mainpodium über Umgang mit krankhafter Zahnbehandlungsangst bei der Jahrestagung der DGKiZ
- 2017: Referat und Workshop zum Management von Phobien in der Zahnarztpraxis für den internationalen Kongress für Hypnose auf Gozo
- Weiterbildungsermächtigung zur Erlangung der Gebietsbezeichnung „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“

Änderung eines Vertrages durch anstandslose Zahlung

RAHMENVERTRAG DER ZKN MIT DER FIRMA STREIT GMBH

Die Zahnärztekammer Niedersachsen schloss 1998 mit der Firma Streit GmbH einen Rahmenvertrag über eine arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung ihrer Mitglieder. **Übrigens: Dieser Rahmenvertrag wurde 2013 seitens der Zahnärztekammer wirksam gekündigt.**

Auf der Basis dieses Rahmenvertrages schloss 1998 ein Mitglied der Zahnärztekammer Niedersachsen einen Vertrag mit der Firma Streit GmbH.

Zum 31.05.2018 kündigte der Zahnarzt den Vertrag. Die Firma Streit GmbH erkannte zwar die Kündigung an, behauptete jedoch, es bestünde ein sogenanntes Grundintervall mit dem Inhalt, dass der Zahnarzt noch trotz Vertragsbeendigung für einen weiteren Zeitraum von 4 Jahren verpflichtet ist, die Jahresgebühr zu zahlen. Die Firma Streit GmbH berief sich zunächst dabei auf eine Änderung des Rahmenvertrages mit der Zahnärztekammer Niedersachsen. Sie konnte im Laufe des Prozesses nicht beweisen, dass der Rahmenvertrag mit der Zahnärztekammer Niedersachsen geändert worden ist. Nunmehr machte sie jedoch geltend, die Änderung des Vertrages sei auf der Rückseite der Rechnung (2007) vermerkt und der Zahnarzt

habe durch Zahlung diese Vertragsänderung anerkannt. Hiergegen wendete sich der Zahnarzt aus Rechtsgründen. Das Amtsgericht Celle entschied am 21.03.2019 (AZ: 140 C 1083/18 (9)), dass es durchaus nicht unüblich sei, dass bei einem langanhaltenden Vertragsverhältnis Rechnungen schlicht beglichen und etwaig darauf befindliche Hinweise vom langjährigen Vertragspartner nicht gelesen oder überlesen werden. In der anstandslosen Zahlung sei keine konkludente Annahme einer Vertragsumgestaltung zu sehen. Demgemäß sei die Kündigung ordnungsgemäß mit Wirkung zum 31.05.2018 bewirkt und Ansprüche über diesen Zeitraum hinaus nicht gerechtfertigt. Die Entscheidung des Amtsgerichts Celle bezieht sich auf die angebliche Vertragsumgestaltung des Vertrages mit der Firma Streit GmbH wegen der angeblichen Änderung des Rahmenvertrages durch anstandslose Zahlung von in Rechnung gestellten Beträgen. Folgerungen für andere Verträge mit anderen Firmen können hieraus nicht unbedingt getroffen werden, sondern müssen im Einzelfall geprüft werden. ■

_____ *Wencke Boldt, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Hannover*

WER SICH NICHT STREITEN, ABER AUCH NICHT ZAHLEN MÖCHTE SOLLTE DIESES AKTUELLE URTEIL DES CELLER AMTSGERICHTS KENNEN

Die Zahnärztekammer Niedersachsen hatte als eine mögliche Lösung für die gesetzlichen Anforderungen an den Arbeitsschutz 1998 mit der Firma Streit GmbH einen Rahmenvertrag über eine arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung ihrer Mitglieder geschlossen. Dieser Rahmenvertrag wurde 2013 seitens der Zahnärztekammer wirksam gekündigt.

Auf Basis dieses Rahmenvertrags wurden viele Einzelverträge von Praxisbetreibern in Niedersachsen geschlossen. Mittlerweile sind die Anforderungen an den Arbeitsschutz stark gestiegen und es bieten sich zudem weitere Alternativen zur Erfüllung der gesetzlichen Auflagen an, wie z.B. auch die Teilnahme am BuS-Dienstmodell der Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Niedersachsen (s. dazu z.B. NZB 2019/05 Seite 34ff).

Was auch immer die Gründe für die Kündigung eines bestehenden Vertrags sein mögen: Man sollte unter anderem wissen, dass es einem niedersächsischen Zahnarzt mittels eines Amtsgerichtsverfahrens gelungen ist, dass sein Vertrag von der Firma Streit als wirksam gekündigt gewertet werden muss, ohne die von der Firma im Sinne einer Art Vorfälligkeitsregelung geforderten Jahresbeiträge zu zahlen. Wissen muss man aber auch, dass jedes Amtsgerichtsverfahren eine Einzelfallentscheidung ist, getreu der alten römischen Juristenweisheit „Vor Gericht und auf hoher See sind wir allein in Gottes Hand“. ■

_____ *NZB-Redaktion*

Update Karies (Teil 1) – aktuelles Kariesverständnis und Kariesdiagnostik

Dr. Julian Schmoeckel, Dr. Ruth M. Santamaría Sanchez, Dr. Mohammad Alkilzy,
Prof. Dr. Christian H. Splieth

Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, ZZMK, Universitätsmedizin Greifswald

Zusammenfassung

Die Erkrankung Karies bezeichnet einen Prozess mit chronischem Ungleichgewicht von De- und Remineralisation der Zahnhartsubstanz. Eine frühzeitige Diagnostik des Kariesrisikos bzw. von (Initial-)Karies und die Unterscheidung des Aktivitätsgrads ist daher für eine langfristige Zahngesundheit und orale Lebensqualität essenziell. Das Kariesrisiko sollte auf Patientenebene (Bildungsstand, Alter, Karieserfahrung) und auf Zahn(flächen)ebene berücksichtigt werden. Neben offensichtlichen flächigen kariösen Defekten wie häufig bei der frühkindlichen Karies tritt Karies im Milchgebiss auch sehr verdeckt zwischen dem 1. und 2. Milchmolaren approximal auf. Im permanenten Gebiss dominiert zuerst die Karies auf den Kauflächen der durchbrechenden 1. und 2. Molaren. Im juvenil-permanenten Gebiss gewinnt die Approximalkariesdiagnostik (Kaltlicht/FOTI und Röntgen) wieder an Bedeutung. Bei einer Approximalkaries im Milchgebiss sollte zudem eine weitergehende Pulpadiagnostik, d.h. meist auch eine röntgenologische Untersuchung, erfolgen.

Altersgruppe	Hohes Kariesrisiko
bis 3 Jahre	dmf(t) > 0, nicht kariesfrei
bis 4 Jahre	dmf(t) > 2
bis 5 Jahre	dmf(t) > 4
6 bis 7 Jahre	dmf/DMF(t/T) > 5 oder D(T) > 0
8 bis 9 Jahre	dmf/DMF(t/T) > 7 oder D(T) > 2
10 bis 12 Jahre	DMF(S) an Approximal-/Glattflächen > 0

Tab. 1: Kariesrisikoeinschätzung anhand der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V. [DAJ 2000]

* Der mittlere dmft-Wert gibt den Anteil kariöser (d), fehlender (m) und gefüllter (f) Milchzähne (t), also die Karieserfahrung einer untersuchten Gruppe an. Für das bleibende Gebiss wird analog der DMFT erfasst.

Einleitung

Das primäre Ziel der Kinderzahnheilkunde ist eine hohe Lebensqualität für Kinder durch langfristige Mundgesundheit und ein positives Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt. Dafür sind eine frühzeitige Diagnostik von Karies innerhalb eines effektiven Praxiskonzeptes in der Individualprophylaxe und ein modernes Kariesmanagement sehr wichtig. Im vorliegenden Beitrag (Teil 1) werden daher aktuelle Konzepte im Bereich der Untersuchung von Karies und der kariesspezifischen Risikoeinschätzung, also insbesondere der Diagnostik, thematisiert. In Teil 2 werden anhand des aktuellen Verständnisses von Karies „moderne“ Kariestherapie bzw. Kariesmanagementoptionen beschrieben.

Definition von Karies

Karies wird heute als Prozess eines chronischen Ungleichgewichts zwischen demineralisierenden und remineralisierenden Faktoren begriffen, bei dem die kariöse Kavität eine Folge der Erkrankung darstellt [Innes et al. 2016, Schwendicke et al. 2016]. Der pathogene Biofilm, also die reife, ca. 48 Stunden alte dentale Plaque, verstoffwechselt unter anderem Kohlenhydrate zu Säure, die die Demineralisation der unter der Plaque liegenden Zahnhartsubstanzen (zunächst Zahnschmelz, später Dentin) bewirken [Kidd & Fejerskov 2013]. Das „Loch im Zahn“ – als Karies bezeichnet – ist also ein Symptom der Erkrankung, die ebenfalls als Karies bezeichnet wird.

Epidemiologie

Laut der fünften deutschen Mundgesundheitsstudie haben 81,3% der 12-jährigen Kinder in Deutschland sogenannte „kariesfreie Gebisse“. Die durchschnittliche Karieserfahrung beträgt in dieser Altersgruppe nur noch 0,5 DMFT [IDZ 2016]. Dies bedeutet zugleich, dass Karies hochgradig polarisiert auftritt und die anderen ca. 20% dieser 12-jährigen Kinder im Schnitt 2-3 Zähne mit Karieserfahrung aufweisen. Im

Milchgebiss ist die Karieserfahrung insgesamt deutlich höher und schneller progredient: Bereits 10-15% der 3-jährigen haben Karieserfahrung auf Defektniveau [Team DAJ 2017, Mourad et al. 2017] und sogar knapp die Hälfte aller Kinder in Deutschland erkrankt bis zur Einschulung an Milchzahnkaries [Team DAJ 2017]. Zudem ist ein Großteil dieser kariösen Milchzähne insbesondere bei den Kindergartenkindern gar nicht restaurativ versorgt [Team DAJ 2017]. Das zeigt, dass Karies im Milchgebiss weiterhin ein epidemiologisch bedeutsames und folglich auch ein praxisrelevantes Problem in Deutschland darstellt.

Kariesrisikoeinschätzung

Das Kariesrisiko kann primär auf Patientenebene anhand der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V. [DAJ 2000], die auf der bisherigen Karieserfahrung (dmft/DMFT) beruhen, erfolgen (Tab. 1). Dies ist abrechnungstechnisch relevant, nicht berücksichtigt wird dabei jedoch, dass bei einem Patienten die gegenwärtige Kariesaktivität auch je nach Zahn und Zahnfläche variieren kann. Somit sollten der Präventions- & Therapieplan individuell angepasst werden. Es ist bekannt, dass Kinder mit erhöhter Karieserfahrung im Milchgebiss, aber auch wenn sie aus bildungsferneren Familien stammen, ein deutlich erhöhtes Risiko für Kariesentwicklung im bleibenden Gebiss tragen [Schmoeckel et al. 2015] und somit Karieserfahrung und Sozialstatus wichtige Kariesrisikofaktoren darstellen. Beim Kleinkind spielt primär die frühkindliche Karies eine Rolle, die initial meist durch kariöse Läsionen an den Oberkieferfrontzähnen gekennzeichnet ist (Abb. 1). Zudem unterliegen im permanenten Gebiss die Kauflächen der durchbrechenden 1. und 2. Molaren insbesondere in der ca. 1,5 Jahre dauernden Durchbruchphase einem erhöhten Kariesrisiko. Besonderes Augenmerk sollte auch auf die Beurteilung der Mundhygiene wie dem Vorhandensein kariogener Plaque auf Kariesrisikoflächen (Abb. 2) und Kariesaktivität während festsitzender kieferorthopädischer Maßnahmen gelegt werden, um frühzeitig präventiv einzugreifen und klinische Bilder mit kariösen Läsionen an fast allen Zähnen möglichst zu vermeiden (Abb. 2).

Kariesdiagnostik

Altersspezifische Hauptlokalisation kariöser Läsionen

Aus der Kariesepidemiologie ist bekannt, dass Karies in den verschiedenen Altersgruppen verschiedene Befallmuster aufweist [IDZ 2006] und meist mit dem Bildungsstand korrelierend stark polarisiert auftritt [Team DAJ 2017, IDZ 2016]. Diese Muster zu kennen und zu berücksichtigen ist für eine fokussierte Diagnostik hilfreich (Tab. 2).

Klinische Untersuchung

Eine regelmäßige, visuell(-taktile) Untersuchung des Mundes und der Zähne gehören zum Standardrepertoire eines ►►



Abb. 1: Die Frühkindliche Karies (früher auch oft „Nuckelflaschenkaries“ genannt) ist durch ein Auftreten labio-oraler kariöser Läsionen, die meist zunächst die Oberkiefer Schneidezähne betreffen, gekennzeichnet. Hauptursachen von ECC sind eine mangelhafte Zahnpflege beim Kleinkind in Kombination mit einem hochfrequenten Konsum zuckerhaltiger Getränke zwischendurch und/oder nachts. (Foto: Dr. J. Schmoeckel)



Abb. 2: Die Beurteilung der Mundhygiene v. a. auf Kariesrisikoflächen, wie hier bei den Kauflächen der durchbrechenden ersten permanenten Molaren ist wichtig, um frühzeitig präventiv bzw. therapeutisch einzugreifen. Ein Querputzen bietet sich hier primär an. Zudem sollte hier u. a. über die Applikation einer Fissurenversiegelungen nachgedacht werden, da der Patient neben dem flächenspezifischen Risiko bereits Karieserfahrung im Milchgebiss aufweist und somit ein erhöhtes Kariesrisiko auf Patientenebene. (Foto: Dr. J. Schmoeckel)



Abb. 3: Aktive kariöse (Initial)Läsionen an allen hier abgebildeten Zähnen nach Entfernung der festsitzenden KFO-Apparatur. Zudem ist eine deutliche Gingivitis sichtbar. (Foto: Dr. J. Schmoeckel)

Altersgruppe	Hauptlokalisierung von kariösen Läsionen	Klinisches Bild
Kleinkind (6 Monate)	Glattflächen der OK-Frontzähne (ECC)	Abb. 1
Kindergartenkind (3+ J.)	Approximalfächen der Milchmolaren	vgl. auch Abb. ICDAS 5 aus Tab. 3 und Röntgenbild Abb. 6
Grundschulkind (6-8 J.)	Okklusalfäche durchbrechender 1. Molar	Abb. 2
Kinder im Mittelstufenalter (11-14 J.)	Okklusalfäche durchbrechender 2. Molar	
Jugendliche & junge Erwachsene	Approximalfächen der permanenten Zähne und bei festsitzender KFO auf freien Glattflächen	vgl. auch Abb. ICDAS 5 Tab. 3 und auch Abb. 3
Erwachsene	Approximalkaries & „Sekundärkaries“	vgl. auch Abb. ICDAS 4 Tab. 3
Senioren	Wurzelkaries & „Sekundärkaries“	

Tab. 2 Altersspezifische Hauptlokalisierung von kariösen Läsionen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

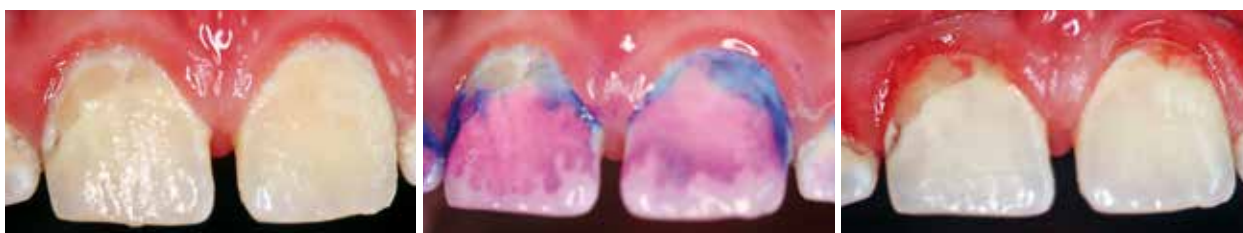


Abb. 4a-c: OK-Frontzähne: Plaquebedeckung vor (a) und nach dem Anfärben (b) sowie nach der Reinigung (c). Die aktiven kariösen Läsionen sind erst auf gereinigten Zahnflächen zu diagnostizieren, und die Gingivitis wird durch Blutung bei der Reinigung auch für den Patienten deutlicher. (Fotos: Dr. J. Schmoeckel)



Abb. 5 a/b: Inaktive und aktive Dentinkaries in der Gegenüberstellung
 Inaktive kariöse Dentinläsionen (a) in der OK-Front: Die Läsionen sind sondenhart, eher glatt und dunkelbraun bis schwarz (Foto: Dr. J. Schmoeckel).
 Deutliche aktive kariöse Dentinläsionen in der OK-Front (b): Die Läsionen sind von Plaque bedeckt, das Dentin erweicht, die Farbe und Beschaffenheit ist eher hellbräunlich und die Schmelzbereiche um die Dentinläsion herum sind kreidig weiß. (Foto: Dr. M. Alkilzy)

► jeden Zahnarztes. Aktive Initialkaries kann klinisch jedoch erst nach Entfernen der dentalen Plaque und Trocknung der Zähne unter Anwendung einer sehr guten Lichtquelle befunden werden. Wichtig ist, dass bei der Untersuchung von Initialläsionen keine Kraft mit einer spitzen Sonde aufgebracht wird, da so die intakte Oberfläche zerstört werden kann und damit die Chance auf eine defektfreie Remineralisation genommen wird. Eine neuere Klassifikation nach dem International Caries Detection and Assessment System [ICDAS 2017] bietet eine sehr genaue Diagnosestellung der verschiedenen kariösen Stadien von 0 (gesund) bis 6 (tief kariös; Tab. 3). Im Praxisalltag reicht es jedoch meist, bei der Befundung von Karies zwischen Initialläsionen und kavitierten Defekten sowie deren Aktivitätsgrad [Nyvad et al. 1999, Nyvad et al. 2003] zu unterscheiden, was schon eine recht präzise Therapieentscheidung ermöglicht.

Kariesaktivität

Der Aktivitätsgrad einer Initialläsion (aktiv/inaktiv, s. Tab. 4) kann nur auf sauberen und getrockneten Zähnen ermittelt werden (Abb. 4a-c). In jedem Stadium von der initialen Schmelzläsion bis zur tiefen Dentinkaries ist eine Inaktivierung möglich (Abb. 5a/b) [ICDAS 2017, Nyvad et al. 1999]. Dies geschieht durch die Störung des dentalen Biofilms (z.B. durch Zähneputzen) sowie durch Beeinflussung der De- und Remineralisationsprozesse (z.B. mit Fluoriden).



Abb. 6: Bissflügelaufnahme: Approximalkaries an Milchmolaren (rot umrandet) kann oftmals erst in einem Röntgenbild identifiziert werden. Auch das Risiko einer möglichen Beteiligung der Pulpa kann deutlich besser abgeschätzt werden. (Abb.: Dr. J. Schmoeckel)

Röntgendiagnostik

Bei Verdacht auf oder bei bereits bestehender Approximalkaries ist stets eine röntgenologische Untersuchung in Betracht zu ziehen, da eine Approximalkaries selten isoliert auftritt und insbesondere im Milchgebiss durch die vergleichsweise dünne Schmelz-Dentin-Schicht die Nähe vom Defekt zur Pulpa abgeklärt werden sollte. Dafür bietet sich die Bissflügelaufnahme an [Bin-Shuwaihs et al. 2008], die approximal als Goldstandard in der Kariesdiagnostik gilt (Abb. 3), zudem ist die Tiefe der Läsion (Nähe zur Pulpa) abschätzbar. Bei der Indikationsstellung für ein Röntgenbild ist immer die zwar geringe, aber dennoch vorhandene Strahlenbelastung zu berücksichtigen [Looe et al. 2006].

Kaltlicht/FOTI

Die Kaltlichtsonde bietet sich insbesondere für die erste Untersuchung „scheinbar gesunder“ Approximalflächen an [Heinrich et al. 1991], und dies v.a. wenn bereits an einem anderem Zahn eine proximale Läsion detektiert wurde. Mit Fotooptischer Transillumination (Kaltlicht) ist eine Dentinläsion anhand einer Opazität zu erkennen, denn ►►



Abb. 7: Approximalkariesdiagnostik mit Kaltlicht (Foto: Dr. M. Alkilzy)

ICDAS-Code	Kurzerklärung	Klinisches Erscheinungsbild*
0	gesund	
1	erste klinische Veränderungen im Schmelz (aktive kariöse Läsion nach Plaqueentfernung nur bei Lufttrocknung sichtbar)	
2	deutliche klinische Veränderungen im Schmelz (deutliche Initialkaries bereits ohne Lufttrocknung sichtbar)	
3	kariöse Läsion mit lokalisierten Schmelzeinbrüchen (Mikrokavitationen)	
4	unterminierender Dentinschatten (s. Pfeil) (diese Läsionen sind meistens aktiv)	
5	eindeutige Kavität mit klinisch erkennbarem bzw. sonderbarem Dentin	
6	große Kavität mit klinisch erkennbarem Dentin, meist pulpenah, also caries profunda (a: aktiv, b: inaktiv)	

Tab. 3: Neuere präzisere Klassifikation von kariösen Läsionen nach dem International Caries Detection and Assessment System [ICDAS 2017] * (Fotos: Dr. J. Schmoeckel)

Eigenschaften	aktive Glattflächenläsion	inaktive Glattflächenläsion
Farbe	creidig weiß	weißlich, gelblich, bräunlich
Oberfläche nach Trocknung	matt	glänzend
Lage	direkt am Gingivarand	oft minimal (1-2 mm) über Gingiva
Belag	meist mit Plaque	oft ohne Plaque
Gingiva	meist Gingivitis mit Blutungsneigung	gesunde Gingiva ohne Blutungsneigung

Tab. 4: Unterscheidung von aktiver und inaktiver Initialkaries an Glattflächen

► die Lichtbrechung der Karies ist im Vergleich zur gesunden Zahnhartsubstanz verändert. FOTI hat jedoch eher eine geringe Sensitivität speziell bei Schmelzläsionen und stellt eine qualitative Diagnosemethode (keine quantitativen Ergebnisse ermittelbar) dar. Die großen Vorteile im Gegensatz zur Röntgendiagnostik sind jedoch, dass keine Strahlenbelastung entsteht und die Geräte vergleichsweise sehr günstig sind. Zudem ist die Anwendung einfach, sodass eine Untersuchung mit FOTI auch routinemäßig erfolgen kann bzw. sollte (Abb. 7).

Neuere Kariesdiagnostiksysteme

Seit einigen Jahren sind mehrere neue technikbasierte Kariesdiagnostiksysteme wie DIFOTI und QLF™ auf dem Markt erhältlich mit der Zielstellung, objektivierbare Ergebnisse in der Kariesdiagnose zu liefern. Diese liefern interes-

sante/innovative Ansätze, sind jedoch zurzeit (eher noch) für wissenschaftliche Zwecke geeignet, da oft ein erhöhter Zeitbedarf zur Kariesdiagnose nötig ist und die Geräte vergleichsweise kostenintensiv sind.

DIFOTI

Bei DIFOTI (Digital Imaging Fiber Optic Transillumination) kann z. B. zusätzlich zur FOTI der Befund durch eine eingebaute Digitalkamera aufgezeichnet werden. Bei der Anwendung einer DIAGNOcam (KaVo Dental GmbH, Biberach, Abb. 8a) werden die lichteoptischen Eigenschaften des Zahnes genutzt (Abb. 8b). Dadurch können für den Approximalraum Befunde detektiert werden, die mit röntgenologischen Untersuchungen vergleichbar sein sollen, da dabei kariöse Läsionen bereits in frühen Stadien darstellbar sind. Vorteilhaft ist zudem, dass die Untersuchung als Bild gespeichert (Abb. 8c) werden kann, um die Entwicklung der Läsionen im Laufe der Zeit vergleichen zu können. Im Milchgebiss sollen die Ergebnisse jedoch nicht so valide sein wie für das bleibende Gebiss.

Fluoreszenzverfahren

Die Kariesdiagnostik kann auch mit Geräten zur Messung der Fluoreszenz farbiger organischer Abbauprodukte von Bakterien, welche in kariösen Läsionen vorkommen [Jablonski-Momeni et al. 2013], unterstützt werden. Die

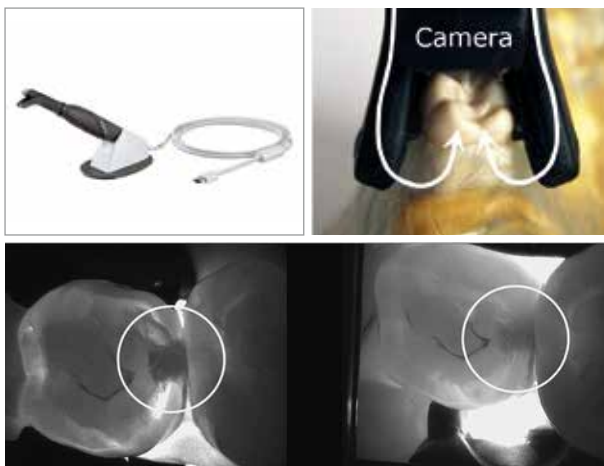


Abb. 8:
 (a) DIAGNOcam (KaVo Dental GmbH, Biberach)
 (b) Mit der DIAGNOcam werden die lichteoptischen Eigenschaften des Zahnes genutzt.
 (c) Approximalkaries kann mit der DIAGNOcam in frühen Stadien dargestellt und die Untersuchung als Bild gespeichert werden, um z. B. die Entwicklung der Läsionen im Laufe der Zeit vergleichen zu können. Hier ist die gleiche kariöse Läsion bei verschiedenen Wellenlängen (780 vs. 670 nm) in einer vergleichenden Untersuchung dargestellt.
 (Fotos: mit freundlicher Genehmigung von KaVo Dental GmbH, Biberach)

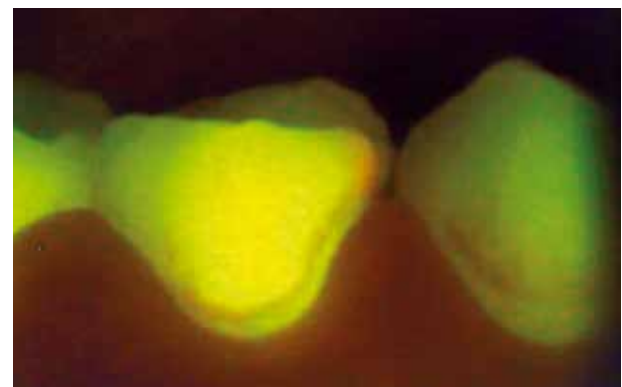


Abb. 9: Kariesdiagnostik mit quantitativer lichtinduzierter Fluoreszenz (QLF™ – Inspektor Research Systems BV/Amsterdam, Niederlande) (Foto: Dr. M. Alkilzy)

Messung erfolgt nach gründlicher Plaqueentfernung [Lussi et al. 2004]. Neben der Laserfluoreszenz kann auch die quantitative lichtinduzierte Fluoreszenz (QLF™ – Inspektor Research Systems BV/Amsterdam, Niederlande) eingesetzt werden, die in einem Bild Informationen über die Läsionsfläche und -tiefe sowie die Bakterienaktivität liefern. Bei Beleuchtung des Zahnes mit blauem Licht fluoresziert die gesunde Zahnoberfläche gelb-grün, Demineralisationen erscheinen grau (Abb. 9) und die Bakterienaktivität rot [Kühnisch et al. 2006].

Kariesdiagnose mittels Fotoprotein

Ein weiteres neuartiges Produkt mit dem Namen Calcivis® (Caries Activity and Demineralisation Imaging System) nutzt ein spezifisches Fotoprotein, das bei Anwesenheit von freiem Calcium, das bei aktiven kariösen Läsionen vorliegt, blaues Licht proportional zum freien Calcium abgibt, welches dann über die integrierte Kamera für den Untersucher visualisiert wird [Calcivis 2017]. Die Übereinstimmung mit der klinischen Beurteilung sei jedoch auch hier bei bleibenden Zähnen besser als bei Milchzähnen [Jablonski-Momeni und Moos 2017].

Fazit

- ▶ Die Erkrankung Karies bezeichnet primär nicht das „Loch im Zahn“, sondern einen Prozess mit chronischem Ungleichgewicht von De- und Remineralisation, bei der die kariöse Kavität eine Folge, also ein spätes Symptom der Erkrankung „Karies“ darstellt.
- ▶ Entkalkungen des kristallinen Zahnschmelzes werden durch Säuren verursacht, die aus Zucker im bakteriellen Zahnbelag gebildet werden.
- ▶ Der kariöse Prozess kann in jedem Stadium, egal ob beispielsweise die initiale Läsion (ICDAS 1 oder 2) oder bereits die manifeste sondierbare Dentinkaries (ICDAS 5 und 6), inaktiviert werden.
- ▶ Die Kenntnis über die alterstypischen Lokalisationen spielt für die Kariesdiagnostik eine wichtige Rolle,

sodass bei (Verdacht auf) Approximalkaries neben einer routinemäßigen Untersuchung mit FOTI meist eine röntgenologische Untersuchung sehr hilfreich ist. ■

Teil 2 lesen Sie im nächsten NZB.

→ Vita



OÄ DR. RUTH M. SANTAMARÍA SANCHEZ

- ▶ 1995 – 1999 Studium der Zahnmedizin am Colegio Odontológico Colombiano/Bogotá – Kolumbien
- ▶ 2000 – 2001 Assistenzzahnärztin am Hospital de Zipaquirá/Zipaquirá – Kolumbien
- ▶ 2001 – 2003 Spezialisierung auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde an der Univ. El Bosque, Bogotá
- ▶ 2003 – 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung für KiZHK der Universidad El Bosque, Bogotá
- ▶ 2007 – 2008 MSc in International Health an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- ▶ seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universität Greifswald
- ▶ seit 2013 Vorträge & Seminare für den ZMP-Kurs der Zahnärztekammer MV im Bereich Kariologie
- ▶ 2014 Promotion (Kariestherapien bei Kindern) an der Universität Greifswald
- ▶ 2015 Ernennung zur Oberärztin in der Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde

Forschungsschwerpunkte

- ▶ Kariologie (Kariesepidemiologie, Kariesrisikodiagnostik, risikospezifische Kariesprävention, Kariestherapien)
- ▶ Dentalfluorose
- ▶ Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität

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>



Neue Frühuntersuchungen für Säugling und Kleinkind für frühzeitigere Kariesprävention – Hinweise für die Praxis

Dr. Julian Schmoeckel, Dr. Ruth M. Santamaría Sanchez, Roger Basner, Prof. Dr. Christian. H. Splieth, Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, ZZMK, Universitätsmedizin Greifswald

Einleitung

Die Frühkindliche Karies (ECC: Early Childhood Caries), also die Karies bei Kleinkindern, ist immer noch ein relevantes Thema in Deutschland: Ungefähr jedes siebte 3-jährige Kind weist in Deutschland bereits Karies auf (13,8% Kariesprävalenz in Niedersachsen [Team DAJ 2017]). Im Mittel sind schon mehr als 3,5 Zähne bei den Kindern mit Karies betroffen [Team DAJ 2017]*. Dies zeigt die starke Polarisation des Kariesbefalls in dieser Altersgruppe. Zudem ist der Versorgungsgrad der kariösen Milchzähne sehr gering [Team DAJ 2017], was insbesondere vermutlich auf die geringe Kooperationsfähigkeit und -willigkeit dieser Kleinkinder zurückzuführen ist. Eine flächendeckende frühzeitige Kariesprävention ab dem ersten Milchzahn und eine adäquate rechtzeitige, möglichst non-invasive Behandlung von Karies im Milchgebiss sind daher von zentraler Bedeutung! Zum 1. Juli werden drei neue FU-Leistungen für Kinder ab dem 6. Lebensmonat inklusive Fluoridierungsmaßnahmen zweimal je Kalenderhalbjahr in Kraft treten, die bereits für Kinder unter 30 Monaten abrechenbar sind. Dies stellt in Kombination mit der bereits Juli 2016 eingeführten rechtsverbindlichen Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt

für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat (Tab. 1) im gelben Kinderuntersuchungsheft einen wichtigen Baustein zur Vermeidung Frühkindlicher Karies dar (Abb. 1a/b). In Niedersachsen setzen die Präventionsbemühungen sogar noch früher an. So wird von der Zahnärztekammer Niedersachsen als primäre Primärprophylaxe „Eine Schwangeren-Info rund um die Zähne“ (Abb. 2) herausgegeben, die nicht nur bei Zahnärzten, aber auch bei Frauenärzten und Hebammen als „Beileger zum Mutterpass“ verbreitet wird.

Es ist somit klar erwünscht, dass zukünftig mehr Kleinkinder in den Zahnarztpraxen vorstellig werden. In welchem Ausmaß Eltern mit ihren Kleinkindern bereits wie gewünscht ab dem ersten Milchzahn erscheinen, bleibt abzuwarten. Das zahnärztliche Personal sollte jedoch auf diese kleinen Patienten und ihre Eltern vorbereitet sein. Daher sind wesentliche Aspekte zur Durchführung der frühen zahnärztlichen Untersuchungen bei Säugling und Kleinkind in diesem Beitrag dargestellt. Sehr detaillierte Informationen sind im eigens dafür entwickelten ECC-Ratgeber u.a. online frei verfügbar unter: <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b16/ecc-ratgeber.pdf>

Zeitraum U-Untersuchung	Verweis	Zeitraum Zahnärztliche FU
im Zeitraum der U5 6. – 7. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut (s. Ankreuzfelder Abb. 1b – unteres Drittel der Seite)	6. – 9. Lebensmonat (neue FU)
im Zeitraum der U6 10. – 12. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut	10. – 20. Lebensmonat (neue FU)
im Zeitraum der U7 21. – 24. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut	21. – 33. Lebensmonat (neue FU)
Im Zeitraum der U7a 34. – 36. Lebensmonat	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung	ab 34. Lebensmonat: 3 FUs mit Mindestabstand von 12 Monaten bis zum 72. Lebensmonat (= 6. Geburtstag) also bei ca. 3, 4 und 5 Jahre alten Kindern an Stelle von nur 01
im Zeitraum der U8 46. – 48. Lebensmonat	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung	
im Zeitraum der U9 60. – 64. Lebensmonat	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung	

Tab. 1: Im überarbeiteten gelben Kinderuntersuchungsheft seit Juli 2016 enthaltene zusätzliche Verweise zu vertragszahnärztlichen Untersuchungen beim Zahnarzt



Abb. 1a/b: Das aktuelle gelbe Kinderuntersuchungsheft (a) enthält zusätzliche rechtsverbindliche Verweise durch den Kinderarzt zur vertragszahnärztlichen Untersuchung beim Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat in Form von Ankreuzfeldern für die U 5-9 (b). So soll die Rate der Erstvorstellungen beim Zahnarzt mit Durchbruch des ersten Milchzahns (ca. 6. Lebensmonat, U5) erhöht und dadurch Frühkindliche Karies vermieden werden. (Abb.: mit freundlicher Genehmigung, G-BA)

Abb. 2: Als Beileger zum Mutterpass wird in Niedersachsen „Eine Schwangeren-Info rund um die Zähne“ von der Zahnärztekammer Niedersachsen herausgegeben und auch bei Frauenärzten und Hebammen verteilt (Abb.: Zahnärztekammer Niedersachsen).

Anamnese

Die strukturierte Erhebung der Krankengeschichte (Abb. 3) sollte neben den Sozialdaten (Beruf/Schulbildung: Korrelation mit Kariesrisiko), der medizinischen Anamnese und dem Grund des Besuchs auch das bisherige zahnmedizinisch relevante Gesundheitsverhalten beinhalten:

- ▶ Fluoridnutzung (Kinderzahnpaste – welcher Fluoridgehalt?; s. Hinweisbox Fluoridempfehlung/Tab. 2)
- ▶ Putzgewohnheiten (Nachputzen der Eltern? – Wann?)
- ▶ Ernährungsgewohnheiten (Nuckelflasche, übliche Nutzung/auch nachts?) und auch Stillen
- ▶ Daneben können Erwartungen, Lieblingskuscheltier, Ängste etc. erfragt werden. Mit dem Verweis vom Kinderarzt zum Zahnarzt bietet sich insbesondere bei auffälligen Befunden eine Rückmeldung im U-Heft an. Beispielsweise kann in Niedersachsen in das gelbe U-Heft das Kinderuntersuchungsheft der ZKN (sog. „UZ-Heft“, Abb. 3b) eingeklebt werden, damit eine Rückkopplung zwischen Zahnarzt und Kinderarzt leichter gewährleistet werden kann, die im U-Heft primär nicht vorgesehen ist. Bislang war in einigen Bundesländern ein getrennter „Zahnärztlicher Kinderpass“ verfügbar, der jedoch im Gegensatz zum U-Heft nur auf freiwilliger Basis und daher kaum flächendeckend genutzt wird.

Bei dem initialen Dialog mit der Begleitperson sollten die im Anamnesebogen (Abb. 3a) erhobenen Angaben wie die Wünsche bzw. Erwartungen, aber auch mögliche Befürchtungen durchgegangen werden. Die Mundhygiene- und Ernährungsgewohnheiten sowie die häusliche Fluoridnutzung sollten durch offene W-Fragen verifiziert werden. Die Technik der motivierenden Gesprächsführung

ist anzuraten, da diese wissenschaftlich belegt wirksamer ist als eine reine Mitteilung der Sachinhalte. Dabei steht im Vordergrund herauszufinden, ob das Kleinkind regelmäßig, insbesondere nachts, süße oder zuckerhaltige Getränke z.B. über die Nuckelflasche zu sich nimmt und inwieweit die Eltern täglich die Kinderzähne mit fluoridhaltiger Zahnpasta nachputzen. ▶▶

HINWEISBOX ZU NEUESTEN FLUORIDEMPFEHLUNGEN

Bislang sind die Empfehlungen zur Fluoridnutzung bei Kindern in Deutschland unglücklicherweise sehr divers – und beinhalten leider mitunter noch die Gabe der Fluoridtablette ab der Geburt bei gleichzeitigem Putzen mit fluoridfreier Zahnpasta. Neueste Empfehlungen einer internationalen Expertenkommission verschiedener Fachgesellschaften unter Federführung der DGKiZ, der DGPZM und der DGZ sehen vor, dass bei Kindern ab dem Durchbruch des 1. Milchzahnes bis zum 2. Geburtstag mit einer reiskorngroßen Menge einer Zahnpasta mit 1000 ppm geputzt werden sollte. (Alternativ dazu kann auch empfohlen werden zweimal täglich mit einer erbsengroßen Menge einer Zahnpasta mit 500 ppm zu putzen, da etwa jeweils gleichgroße Mengen Fluorid verwendet werden. Vom 2. bis 6. Geburtstag sollten die Zähne zweimal täglich mit einer erbsengroßen Menge einer Zahnpasta mit 1000 ppm Fluorid geputzt werden (Tab. 2).

Alter des Kindes	Konzentration	Häufigkeit	Menge
Ab Durchbruch des 1. Milchzahnes bis zum 2. Geburtstag	1000 ppm	2 x tägl.	reiskorngroß
	oder		
	500 ppm	2 x tägl.	erbsengroß
2. bis 6. Geburtstag	1000 ppm	2 x tägl.	reiskorngroß

Zusätzlich fluoridiertes Speisesalz ab Teilnahme des Kindes an der Familienverpflegung

Tab. 2 Empfehlung* zur Anwendung von Kinderzahnpastas
[Quelle: DGPZM]

* DGZ, DGPZM, DGKiZ, BZÖG, BZÖK; Stand 27.09.2018

► Zahnärztliche Untersuchung

Kleinere Kinder sitzen oder liegen meist auf dem Schoß der Eltern. Bei Bedarf kann auch kleinen (schüchternen) Kindern eine Orientierungszeit im Behandlungszimmer gegeben werden.

Für die zahnärztliche Frühuntersuchung selbst kann das Kind aus dem Schoß der Erziehungsperson auch in den Schoß des Zahnarztes gekippt werden (Abb. 4). Dabei kann das Kleinkind das Elternteil gut sehen und oftmals öffnet sich der Mund des Kindes reflektorisch. Größere Kinder können dafür mitunter auch schon alleine auf dem Stuhl sitzen bzw. liegen (Abb. 5).

Mundhygienestatus inkl. Anfärben der Plaque

Dentale Plaque lässt sich besser feststellen und für die Eltern visualisieren, wenn sie mittels einer Plaqueanfär-



Abb. 4: Für die zahnärztliche Frühuntersuchung kann das kleine Kind in den Schoß des Zahnarztes gekippt werden. Dabei kann das Kleinkind die Erziehungsperson gut sehen. Diese liegende Position eignet sich sehr gut für die Inspektion (Foto: BZÄK/KZBV, mit freundlicher Genehmigung, Fotograf: Schmoeckel).

belösung angefärbt wird. Deshalb sollte ein Anfärben des Biofilms idealerweise bei allen Kindern, aber insbesondere bei Kindern, die Anzeichen von (Initial)Karies, Gingivitis oder sichtbarer Plaque zeigen, erfolgen (Abb. 6). Ein wesentlicher Vorteil hierbei ist, dass bei der Mundhygieneinstruktion die angefärbte Plaque viel eindrücklicher durch die Eltern mit der Zahnbürste (Training) entfernt werden kann. Hilfreich ist bei Kleinkindern mit Sprachkompetenz eine Anwendung der Tell-Show-Do-Technik. Hierbei wird ein Gegenstand wie z.B. das Wattestäbchen mit der



Abb. 3:

a) Der Anamnesebogen sollte auch Fragen zu Fluoridnutzung, Putzgewohnheiten, Ernährungs- und Trinkgewohnheiten inkl. Stillen enthalten. Ein zahnärztlicher Kinderpass ist bislang in einigen Bundesländern auf freiwilliger Basis verfügbar. (Foto: Schmoeckel, mit freundlicher Genehmigung)

b) Das Kinderuntersuchungsheft der ZKN (sog. „UZ-Heft“) ergänzt seit Sommer 2017 das kürzlich überarbeitete gelbe Kinderuntersuchungsheft. Entwickelt wurde das UZ-Heft in einer Kooperation von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen und dem Kinderarzt Dr. Thomas Buck (Vorstandsmitglied der Ärztekammer Niedersachsen). Die ZU-Hefte sind über die Zahnärztekammer kostenfrei verfügbar.

Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

	Untersuchung	Termin
U5	UZ 1	ab 1. Zahndurchbruch 6. - 9. Lebensmonat
U6	UZ 2	ab 10. Lebensmonat
U7	UZ 3	ab 21. Lebensmonat
U7a	UZ 4	ab 34. Lebensmonat
U8	UZ 5	ab 46. Lebensmonat



Abb. 5: Die zahnärztliche Frühuntersuchung kann bei etwas größeren und selbstbewussten Kleinkindern nach einer kurzen Orientierungszeit im Behandlungszimmer unter Umständen auch alleine auf dem Behandlungsstuhl erfolgen. (Foto: BZÄK/KZBV, mit freundlicher Genehmigung. Fotograf: Schmoeckel).



Abb. 6: Bei Kindern mit Anzeichen von (Initial)Karies, Gingivitis oder sichtbarer Plaque sollte ein Anfärben des Biofilms erfolgen (Foto: Schmoeckel, mit freundlicher Genehmigung).

Nach jedem erfolgreichem Untersuchungstermin sollte das Kind anschließend dafür mit einem kleinen Geschenk belohnt werden (Abb. 10). So wird das Kind den Zahnarztbesuch in positiver Erinnerung behalten.

Anfärbelösung für dentale Plaque (Abb. 7a) und die dazugehörige Tätigkeit kurz erklärt und gezeigt sowie abschließend durchgeführt. So kann nach der Demonstration am Finger des Kindes (Abb. 7b) das Anfärben der Zahnbeläge mit „Zauberfarbe“ (Abb. 8) oftmals viel leichter und mit Freude erfolgen.

Putzinstruktion der Eltern

In liegender Position kann das abschließende Zähneputzen, also das erwähnte Nachputzen durch die Eltern, auch sehr gut durchgeführt werden (Abb. 9). Dabei sollte eine Systematik wie KAI (Kau-, Außen-, Innenflächen) beigebracht werden. Zudem ist die sogenannte „lift the lip“-Technik zu zeigen (vgl. Abb. 4), damit v.a. auch die Oberkiefer(front-)zähne, die bei ECC meist am schwersten betroffen sind, gut gereinigt werden können. Im Rahmen der drei neuen FUs ist die Putzinstruktion für die Eltern verpflichtend.

Prävention und Management Frühkindlicher Karies

Wirksame Maßnahmen zum Erhalt eines gesunden Milchgebisses und zugleich auch zur Inaktivierung von Frühkindlicher Karies sind bekannt [Public Health England 2017, Sälzer et al. 2017]:

- ▶ Früherkennung von Ursachen und Symptomen der Frühkindlichen Karies durch regelmäßige Kontrollen beim Kinderzahnarzt ab dem Durchbruch des ersten Zahns
- ▶ Demonstration des Zähneputzens während der o.g. Kontrollen für die Eltern in der Praxis oder z.B. auch in Kindertagesstätten inklusive helfender Instruktionen
- ▶ 2 x tägliches häusliches Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta durch die Eltern
 - Kinderzahnpasta (1000 ppm Fluorid) bei gesunden Milchzähnen und niedrigem Kariesrisiko (siehe Hinweisbox zu Fluoridempfehlungen) ▶▶



Abb. 7 a/b: Die Tell-Show-Do-Technik kann bei Kleinkindern mit Sprachkompetenz sehr hilfreich sein. Hierbei wird z.B. das farbige Wattestäbchen (a) und die beabsichtigte Tätigkeit „Anfärben der Zahnbeläge mit Zauberfarbe“ kurz erklärt und am Finger des Kindes (b) gezeigt. Abschließend kann dies meist deutlich einfacher an den Zähnen durchgeführt werden (Foto: BZÄK/KZBV, mit freundlicher Genehmigung. Fotograf: Schmoeckel).



Abb. 8: Bei der zahnärztlichen Prävention am Kleinkind stehen neben der Überwachung von Wachstum und Entwicklung die Vermeidung und Detektion von Plaque, Gingivitis und (Initial) Karies im Vordergrund – vom ersten Zahn an ist ein Anfärben der Zähne dafür sehr hilfreich (mit freundlicher Genehmigung, Schmoeckel).



Abb. 9: Die praktische Zahnputzübung mit den Eltern, die selbst die Zähne bei Ihrem Kind in der Praxis putzen sollten ist ein wichtiger Bestandteil dieses Termins. Auf das Anheben und Abhalten der Lippen kann dabei eindrücklich hingewiesen werden (Foto: BZÄK/KZBV, mit freundlicher Genehmigung, Fotograf: Schmoeckel).

- ▶ -Juniorzahnpaste (meist 1450 ppm Fluorid) ab dem ersten permanenten Zahn oder vorher bei erhöhtem Kariesrisiko (bei ECC der Fall) nach Absprache mit den Eltern, insbesondere, wenn das Kind bereits gut ausspucken kann
- ▶ Professionelle Fluoridapplikationen [IQWiG 2018] (fluoridhaltiges Gel oder fluoridhaltiger Lack alters- und risikogerecht im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe, Abb. 11)
- ▶ Keine nächtliche Gabe der Nuckelflasche bzw. Saugerflaschen mit Obstsäften (auch nicht verdünnt), gesüßten Tees oder anderen süßen Getränken (auch nicht zwischendurch als Durstlöcher), d.h. eine konsequente Getränkeumstellung auf Wasser und ungesüßten Beuteltee bei frühestmöglicher Umgewöhnung auf den Trinkbecher
- ▶ Ferner ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung für eine gelingende kariespräventive Beratung erfolgversprechend. Anstelle der einfachen Mitteilung der Sachinhalte wird die intrinsische Motivation zur Zahngesundheit, d.h. insbesondere zur Fluoridnutzung, Mundhygiene und Ernährung angesprochen und gestärkt.

Abrechnung

Abgerechnet werden konnte diese frühe Untersuchung/Beratung bisher nur als Beratung (Ä1), Untersuchung (01) oder ab dem 30. bis 72. Lebensmonat insgesamt dreimal als Früherkennungsuntersuchungen (FU). Ab 1. Juli können wie bereits beschrieben drei zusätzliche FUs (Tab. 1) und auch die IP4, also Fluoridierungsmaßnahmen (wie z.B. Fluoridlackapplikationen), zweimal je Kalenderhalbjahr zwischen dem 6. und 33. Lebensmonat erfolgen und abgerechnet werden. Dabei ist ein Karenzabstand von 2 Monaten für die IP4 zu beachten.

Dadurch wurde die bisher bestehende Lücke im Gebührenkatalog zur Kariesprävention bei Kleinkindern weiter verkleinert, was angesichts der hohen Raten von Frühkindlicher Karies und damit assoziierten Narkosesanierungen bei schweren Fällen für ein hoch entwickeltes Land wie Deutschland erfreulich ist.

In der Region Pirmasens-Zweibrücken wurden bereits in einem Pilotprojekt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz „Frühkindliche Karies vermeiden“, die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses



Abb. 10: Nach der erfolgreichen Untersuchung und Reinigung der Zähne darf sich das Kind zur Belohnung eine Kleinigkeit aus der „Geschenkebox“ aussuchen (Foto: BZÄK/KZBV, mit freundlicher Genehmigung, Fotograf: Schmoeckel).



Abb. 11: Fluoridierungsmaßnahmen in der Praxis zur Vermeidung Frühkindlicher Karies bei Kleinkindern sind ab Juli 2019 nun auch 2 x pro Halbjahr bei Kleinkindern abrechenbar (Foto: Schmoeckel).



Abb. 12a/b: Bislang erfolgte ein Zahnarztbesuch bei Kindern mit ECC oftmals erst bei Schmerzen – also viel zu spät. Durch die Verweise im gelben Kinderuntersuchungsheft sollen bei Kleinkindern die Prävention gefördert und solche Zahnbefunde wie dieser möglichst vermieden werden (Foto: Schmoeckel, mit freundlicher Genehmigung).

umgesetzt. Dieses Pilotprojekt zur Vermeidung Frühkindlicher Karies in Pirmasens-Zweibrücken (Rheinland-Pfalz) wurde bezüglich seiner Machbarkeit und Akzeptanz wissenschaftlich evaluiert. „Das Pilotprojekt erfreute sich dabei bei Eltern, Pädiatern und Zahnärzten einer großen Akzeptanz und die Kariesprävention in der zahnärztlichen Praxis erwies sich im Kleinkindalter als gut machbar.“ [Schmoeckel et al. 2018, Abschlussbericht Pirmasens]

Fazit

Durch früh ansetzende Prävention in der Schwangerschaft, wirksameren Fluoridgehalt (1000 ppm) in der Kinderzahnpaste, regelmäßige Verweise der Kleinkinder vom Kinderarzt zum Zahnarzt für adäquate zahnärztliche Untersuchungen und Präventionsempfehlungen schon ab dem Alter von 6 Monaten und verbesserte Leistungen in der zahnärztlichen Individualprophylaxe scheint das Ziel, insbesondere die schweren Formen von ECC (Abb. 12a/b) zu vermeiden und ein gesundes Milchgebiss (Abb. 13) für alle Kinder zu gewährleisten, näher zu rücken. Diese gemeinsam erzielten strukturellen Fortschritte sind ein Meilenstein in der zahnmedizinischen Prophylaxe und ein gutes Beispiel für die Innovationsfähigkeit der Zahnmedizin bei einer modernen Versorgung in Deutschland. ■

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Schmoeckel
 Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde
 Walther-Rathenau-Straße 42
 17475 Greifswald
 Tel: +49 3834 867136 (Klinik)
 Email: julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

*Quelle (Team DAJ) und Download
 Das komplette „Team-DAJ-Gutachten“ zu den „Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016“ finden Sie kostenfrei zum Download unter:
http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_2016/Epi_final_BB1801_final.pdf



Abb. 13: Ein gesundes Milchgebiss, verbunden mit hoher oraler Lebensqualität, ist das Ziel dieser Präventionsmaßnahmen (Foto: Schmoeckel, mit freundlicher Genehmigung).

→ Vita

DR. JULIAN SCHMOECKEL



- ▶ 2005 – 2011 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Greifswald
- ▶ 2008 – 2009 Studium der Zahnheilkunde an der University of Helsinki, Finnland
- ▶ 2011 Staatsexamen und zahnärztliche Approbation
- ▶ seit 2012 Zahnarzt auf der Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der ZZMK Greifswald
- ▶ 2013 Promotion auf dem Gebiet der Kariesepidemiologie
- ▶ 2013 Zertifizierung in zahnärztlicher Hypnose und hypnotischer Kommunikation durch die DGZH
- ▶ seit 2013 Referent bei nationalen und internationalen Fortbildungen insbesondere in den Bereichen Kinderzahnheilkunde & Kariologie
- ▶ seit 2013 Autor zahlreicher nationaler und internationaler Fachpublikationen
- ▶ seit 2013 Supervisor beim Master of Science Pediatric Dentistry der Universitätsmedizin Greifswald
- ▶ 2015 – 2018 Mitglied im Leitungsteam „Team DAJ“ zur Durchführung der Studie zu den Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.

Forschungsschwerpunkte

- ▶ Spezialisierte Kinderzahnheilkunde
- ▶ Kariesepidemiologie
- ▶ Kariesrisiko & risikospezifische Kariesprävention
- ▶ Non- & minimalinvasives Kariesmanagement
- ▶ Verhaltensmanagement & Lachgasbehandlung

Lückenschluss bei FU-Position und Schwangeren-Info



In der Vergangenheit hat – zu Recht – eine zunehmende Fokussierung in unserem Beruf auf die Kinderzahnheilkunde stattgefunden. Dies auch, um den Präventionsgedanken zu stärken.

Zum 1. Juli dieses Jahres erfolgt der abrechnungstechnische Lückenschluss bei den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (FU). Zwischen dem 6. und dem vollendeten 33. Lebensmonat können nun drei FU bei gesetzlich krankenversicherten Kleinkindern angewandt und zur Abrechnung gebracht werden.

Zeitgleich wird die informative Lücke für Schwangere geschlossen. Kann bereits seit Juli 2017 das Zahnärztliche Untersuchungsheft (UZ-Heft) in das Ärztliche Untersuchungsheft (U-Heft) eingeklebt werden, steht ab sofort mit dem „Beileger in den Mutterpass“ den werdenden Müttern wieder eine Broschüre mit Präventivinformationen zur Verfügung. Dieser Beileger wurde in Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen Per Kistenbrügge (1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte der Region Hannover) vom Ausschuss für Jugendzahnpflege der Zahnärztekammer Niedersachsen erstellt.

Wie bisher schon das UZ-Heft kann nun auch der „Beileger in den Mutterpass“ über die Zahnärztekammer (siehe Kasten) abgerufen werden. ■

Dr. Markus Braun, Celle
Vorsitzender des ZKN-Ausschusses für Jugendzahnpflege



Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft

Name des Kindes

Geburtsdatum

	Untersuchung	Termin
U5	UZ 1	ab 1. Zahndurchbruch 6. - 9. Lebensmonat
U6	UZ 2	ab 18. Lebensmonat
U7	UZ 3	ab 21. Lebensmonat
U7a	UZ 4	ab 34. Lebensmonat
U8	UZ 5	ab 46. Lebensmonat
U9	UZ 6	ab 60. Lebensmonat



Schwangeren-Info rund um die Zähne

Liebe werdende Mutter:
...die Zahngesundheit Ihrer Familie liegt uns am Herzen!

Unsere Empfehlungen für Sie:
Wie Sie wissen, verändert sich in der Schwangerschaft Ihre Hormone. Ihr ganzer Körper wird viel besser durchblutet, was für das Kind sehr wichtig ist, um es mit allen Nährstoffen, die es braucht, zu versorgen. Auch Ihr Zahnfleisch wird besser durchblutet, was zu Zahnfleischbluten führen kann. Dies ist nicht ungewöhnlich, sollte aber behandelt werden, denn eine tiefe Zahnbetterkrankung erhöht sogar die Gefahr einer Frühgeburt. Besuchen Sie Ihren Zahnarzt für Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsberatungen – zu Beginn und am Ende der Schwangerschaft.

„UZ-HEFT“ UND „BEILEGER IN DEN MUTTERPASS“ DER ZKN – HIER KÖNNEN SIE BEIDES BEKOMMEN

Das „Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft“ (UZ-Heft; Infos darüber s. NZB 07-08/2017) sowie den „Beileger in den Mutterpass“ können Sie mit Hilfe eines Formulars in Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) anfordern. Dazu laden Sie sich das Anforderungsformular von der Homepage der ZKN herunter, füllen es entsprechend Ihren Wünschen aus und senden es auf einem der beiden möglichen Wege an die ZKN.

Hier der Downloadlink:
UZ-Heft: <https://tinyurl.com/uz-heft-zkn>

Bestellmöglichkeiten:
Mail: rumlandt@zkn.de
Fax: 0511 83391-42310

MOTTO DES TEAMS VOM ZAHNMobil HANNOVER: „Zu uns kommt jeder als Mensch“

Seit 2012 behandeln wir, das Team vom Zahnmobil, Obdachlose, Arme und Nichtversicherte an unterschiedlichen Standorten in Hannover zahnmedizinisch.

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir wieder engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ehrenamtlich im Zahnmobil tätig werden möchten. Sind Sie interessiert und haben Sie pro Woche – vor- oder nachmittags – ca. 3 Stunden – Zeit, die Patientinnen und Patienten des Zahnmobils zahnärztlich zu behandeln?

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



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



Foto: Michaela Melzer

Die aufgeweckten Grundschul Kinder der zweiten Klasse mit den Auszubildenden ZFA und MFA der BBS I Osterode zu Beginn eines spannenden Schultages.

Grundschul Kinder bekamen von Auszubildenden Tipps für die Mundhygiene

„**G**esund im Mund!“, unter diesem Motto und im Rahmen eines Kariesprophylaxeprojektes vermittelten die Auszubildenden der BBS I Osterode in den Berufen der „Zahnmedizinischen und Medizinischen Fachangestellten“ (ZFA und MFA) einer Klasse der Reinhard-Horn-Grundschule in Rhumspringe Grundlagen zahnärztlicher Prophylaxe.

Von diesem Konzept profitieren einerseits die Grundschul Kinder in Bezug auf die Sensibilisierung und Verbesserung ihrer Zahngesundheit sowie andererseits die Auszubildenden hinsichtlich ihrer erweiterten Beratungs-, Fach-, Personal-, Sozial- und Methodenkompetenz. Ein wichtiges Ziel der Berufsausbildung ist es, unterschiedliche Patientengruppen über die Funktionen der Zähne und Zunge sowie den Zusammenhang zwischen gesunder Ernährung und der Entstehung von Karies zu informieren, zur Vorsorge zu motivieren und diese Maßnahmen exemplarisch bei Kindern durchzuführen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden im Unterricht unter anderem allgemeine Kenntnisse zu Gesprächstechniken und Vermittlungsmethoden erworben. Diese werden dann im Rahmen des Projektes von den Auszubildenden speziell auf Kinder zugeschnitten. Nachdem mit der Grundschule Rhumspringe ein engagierter – mittlerweile fester – Partner bestätigt werden konnte, begannen die Planungen der angehenden Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten. Hierbei beachteten die Auszubildenden ein den Kindern angemessenes Heranführen an die inhaltlichen Themen der Kariesprophylaxe. So bereiteten sie kindgerechte Infor-

mations- und Arbeitsblätter zu den Themen „zahngesunde Ernährung“, „Mundhöhle“, „Entstehung von Karies“ sowie „Zahnputztechnik“ selbstständig vor und planten in unterschiedlichen Teams, wie sie auch mit Hilfe von Modellen und Experimenten den kleinen Zuschauern ihr Fachwissen spielerisch näherbringen können. Durch das Spiel und das Erwecken kindlicher Interessen wird die Angst vor dem Besuch einer Zahnarztpraxis abgebaut.

Die eigenverantwortliche Planung und Durchführung des Projektes vertieft nicht nur bestehendes Fachwissen, sondern fördert gezielt Verantwortungsbewusstsein, Kreativität und die Fähigkeit mit Herausforderungen umzugehen: wichtige Kompetenzen für die spätere Berufspraxis der heutigen Auszubildenden.

Dass sich die projektorientierte Arbeit gelohnt hatte, zeigten schließlich die wissbegierigen Grundschul Kinder durch ihre lebhaftige Mitarbeit. Abschließend gelang der Sprung von der Theorie zur Praxis, da jedem Kind eine neue Zahnbürste und ein Mundspiegel überreicht werden konnte.

„Der Erfolg und die positiven Rückmeldungen aller Beteiligten bestätigen uns darin, dieses Projekt auch in Zukunft in diesem Umfang durchzuführen“, freut sich Oberstudienrätin Michaela Melzer. ■

____ Dipl.-Ghl. Michaela Melzer, Herzberg
Oberstudienrätin und Teamleitung Bildungsgang
Gesundheit an der BBS I Osterode



Foto: © Africa Studio - stock.adobe.com

Mehr verdienen im Midijob

Ab Juli können Midijobber bis zu 1.300 Euro verdienen. Dadurch profitieren künftig mehr Arbeitnehmer von günstigeren Sozialabgaben und erwerben trotzdem volle Rentenansprüche. Rund die Hälfte aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arztpraxen arbeiten in Teilzeit. Für diejenigen, die zurzeit bis zu 850 Euro monatlich verdienen, könnte die zum Juli in Kraft tretende Neuregelung der Midijobs Anreize schaffen, mehr zu arbeiten.

Durch diesen Übergangsbereich wird vermieden, dass der vom Arbeitnehmer zu zahlende Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen abrupt ansteigt.

Arbeitnehmer mit einem Gehalt von bis zu 850 Euro – die Midijobber – gehören zur Gruppe der Geringverdiener. Ihr Arbeitsentgelt liegt über 450 Euro und ist damit sozialversicherungspflichtig. Allerdings zahlen sie einen reduzierten Beitrag zu Sozialversicherung. Eingeführt wurde diese Regelung im Rahmen der Hartz-Gesetze von der damaligen rot-grünen Bundesregierung. Mit Beginn des Jahres ist jetzt das Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung in Kraft getreten. Es bringt für Midijobber ab Juli zwei entscheidende Änderungen: Die bisherige Gleitzone zwischen 450,01 und 850

Euro, in der die Arbeitnehmer verringerte Sozialversicherungsbeiträge zahlen, wird zu einem sozialversicherungsrechtlichen Übergangsbereich bis zu einer Grenze von 1.300 Euro weiterentwickelt.

Für Sie zusammengefasst

1. Gleitzone wird auf ein maximales Monatsgehalt von 1.300 Euro erweitert
2. Verringerte Sozialabgaben
3. Gleiche Rentenansprüche wie bei voller Beitragszahlung
4. Zu beachten: Einmalzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld werden mitberechnet

Durch diesen Übergangsbereich wird vermieden, dass der vom Arbeitnehmer zu zahlende Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen abrupt ansteigt. Es werden also für den Arbeitnehmer beim Überschreiten der 450-Euro-Grenze nicht sofort die vollen ca. 20 Prozent für die Sozialversicherungsbeiträge fällig, sondern sein Anteil steigt progressiv an. Zudem sollen Midijobber künftig die gleichen Rentenansprüche erwerben, die sie erworben hätten, wenn sie den vollen Beitrag in die Rentenversicherung eingezahlt hätten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales geht davon aus, dass etwa 3,5 Millionen Beschäftigte von den Neuregelungen profitieren werden.

Beitragsberechnung

Mithilfe einer gesetzlich festgelegten Formel wird für die Beitragsberechnung im Midijob eine verringerte beitragspflichtige Einnahme errechnet. Diese Einnahme entspricht nicht dem tatsächlichen Arbeitsentgelt. Die Beitragsverteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfolgt dann für jeden Versicherungszweig in drei Schritten:

- ▶ Berechnung des Gesamtbeitrages auf Basis der ermittelten reduzierten beitragspflichtigen Einnahme;
- ▶ Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers, Grundlage ist hier das tatsächliche Arbeitsentgelt;
- ▶ für die Berechnung des Arbeitnehmeranteils wird der Arbeitgeberanteil vom im ersten Schritt berechneten Gesamtbeitrag abgezogen.

Der Arbeitnehmeranteil steigt mit dem Arbeitsentgelt in der Übergangszone progressiv an. Sobald der Betroffene mehr als 1.300 Euro im Monat verdient, zahlt er die üblichen Arbeitnehmeranteile. Grundsätzlich galt für Midijobs seit ihrer Einführung im Jahr 2003, dass die Geldleistungen der Kranken- und Arbeitslosenversicherung, soweit sie von der Höhe des Entgelts abhängig sind, trotz der verminderten Beitragszahlung aus dem tatsächlichen Entgelt berechnet werden. Für die Rentenversicherung wird dies jetzt nachgeholt.

Regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt

Ob die Übergangszonenregelung angewendet werden kann, ist davon abhängig, wie hoch das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt ist. Als regelmäßig gilt das

Arbeitsentgelt, wenn der Anspruch darauf insbesondere aus einem Arbeits- und Tarifvertrag oder einem aus der Vergangenheit resultierenden „Gewohnheitsrecht“ erwächst. Zu beachten ist, dass auch Einmalzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld zu berücksichtigen sind, wenn diese zusätzlichen Zahlungen mindestens einmal im Jahr zu erwarten sind.

Wen entlasten die neuen Regelungen?

Im Fokus der Neuregelungen stehen Arbeitnehmer, die heute zwischen 850 und 1.300 Euro verdienen. Ab 850 Euro monatlich werden die Arbeitnehmer aktuell mit Sozialversicherungsbeiträgen in voller Höhe, also rund 20 Prozent, belastet. Ab Juli wird ihr Anteil bei derselben Vergütung unter 18 Prozent liegen. Die volle Abgabenglast trifft Arbeitnehmer dann erst bei einem monatlichen Arbeitsentgelt von 1.300 Euro. Allerdings können die Regelungen zum Übergangsbereich nicht ausnahmslos auf alle Arbeitnehmer angewendet werden. Ausgenommen sind alle diejenigen, deren Arbeitsentgelt aus besonderen Umständen oder durch eine Berufsausbildung in die Übergangszone fallen. Dazu gehören insbesondere Arbeitnehmer, die zum Zweck der Berufsausbildung beschäftigt sind, in Altersteilzeit arbeiten oder sich in einer Wiedereingliederungsmaßnahme nach Arbeitsunfähigkeit befinden. ■

_____ Ulrike Scholderer, PVS Verband, Berlin
zifferdrei Online-Ausgabe

SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team direkt vor Ort und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften.

Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u.a.m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Teamgebühr: 550 €

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff

Tel.: 0511 83391-123

E-Mail: clange@zkn.de

Zahnmedizinische Akademie
Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover



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, Zahnärzte und zahnärztliches Fachpersonal

17.08.2019 Z 1945 9 Fortbildungspunkte

Kinderzahnheilkunde: Kompakter Hand-On-Kurs mit Live Demos

drs. Johanna Kant, Oldenburg
Dr. Steffi Ladewig, Berlin
17.08.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 649,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 654,- €

28.08.2019 Z/F 1946 8 Fortbildungspunkte

Grundlagenseminar BEMA I

Seminar für Einsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte
Alma Ott, Hamburg
28.08.2019 von 13:00 bis 19:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 28.06.2019 105,- €, danach 115,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 28.06.2019 110,- €, danach 120,- €

30./31.08.2019 CE 02.8 16 Fortbildungspunkte

Obturation des Wurzelkanalsystems

Dr. Tomas Lang, Essen
30.08.2019 von 14:00 bis 19:00 Uhr/
31.08.2019 von 09:00 bis 16:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 30.06.2019 700,- €, danach 770,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 30.06.2019 705,- €, danach 775,- €

31.08.2019 CP 01.15 8 Fortbildungspunkte

Literaturrecherchen, Prophylaxe, Recall

Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Anton Sculean, Bern
Prof. Dr. Ralf Rößler, Oberägerie
31.08.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 30.06.2019 370,- €, danach 407,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 30.06.2019 375,- €, danach 412,- €

Der Sinuslift



Dr. Stephan
Beuer, M.Sc.

Die zahnärztliche Implantologie ist aus der modernen Zahnheilkunde nicht mehr wegzudenken. Viele Indikationen sind heute mit Implantaten besser und qualitativ hochwertiger zu versorgen als durch herkömmliche prothetische Lösungen.

Um auch bei geringem Knochenangebot Implantate unter prothetischen und ästhetischen Gesichtspunkten optimal zu setzen, müssen augmentative Verfahren beherrscht werden.

Der Sinuslift in seinen unterschiedlichen Variationen ist eine spezielle Therapie, welche als Operationstechnik einen hohen Stellenwert besitzt.

Als erfahrener Behandler wissen Sie um die Wichtigkeit, neue Techniken zu erlernen und die eigenen Behandlungsabläufe zu prüfen und weiterzuentwickeln.

Schwerpunkte des Kurses:

- ▶ Naht- und Schnitttechniken
- ▶ Indikationen des Sinuslifts
- ▶ Wahl des Augmentates
- ▶ Zeitmanagement
- ▶ Vor- und Nachsorge
- ▶ Troubleshooting (Septen, Perforation etc.)
- ▶ Praktische Übungen

Ziel:

Beherrschen des internen und externen Sinuslifts
indikationsabhängig

Referent: Dr. Stephan Beuer, M.Sc., Landshut
Samstag, 07.09.2019 von 09:00 – 17:00 Uhr

Seminargebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 07.07.2019 480,- €, danach 528,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 07.07.2019 485,- €, danach 533,- €

Max. 20 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 1949

9 Fortbildungspunkte nach BZÄK

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

16.08.2019 F 1940

Prophylaxe für Kinder und Jugendliche – praxiserprobtes Konzept

drs. Johanna Kant, Oldenburg
16.08.2019 von 09:00 bis 16:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 193,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 198,- €

23./24.08.2019 F 1946

Der Einstieg in die professionelle Zahnreinigung

Genoveva Schmid, Berlin
23.08.2019 von 14:00 bis 18:00 Uhr/
24.08.2019 von 09:00 bis 16:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 400,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 405,- €

24.08.2019 F 1952

Learning by doing

Arbeitsgrundkurs „Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch“

BEMA-Positionen FU, IP 1, IP 2 und IP 4

Sabine Sandvoß, Hannover
24.08.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 24.06.2019 210,- €, danach 231,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 24.06.2019 215,- €, danach 236,- €

28.08.2019 Z/F 1946

Grundlagenseminar BEMA I

Seminar für Einsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte

Alma Ott, Hamburg
28.08.2019 von 13:00 bis 19:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 28.06.2019 105,- €, danach 115,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 28.06.2019 110,- €, danach 120,- €

06.09.2019 Hy 19607

Aufbereitung in der Zahnarztpraxis

Marija Krauß, Eicklingen
06.09.2019 von 14:30 bis 18:30 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 06.07.2019 80,- €, danach 85,- €
bei Papier-/ Mail oder Faxanmeldung:
bis zum 06.07.2019 88,- €, danach 93,- €

Die parodontale Vorbehandlung (Initialtherapie)

Intensivseminar für die ZMP mit praktischen Übungen



Simone Klein

Die parodontale Vorbehandlung (Initialtherapie) kann mit Mundhygiene-optimierung, Krankheitsaufklärung und professioneller Zahnreinigung den Grundstein für eine erfolgreiche Parodontitistherapie legen.

Mit Konzept und fundierten Fachkenntnissen ist sie auch die Chance auf eine lebenslange Patientenbindung. Erfahren Sie in diesem Seminar alles über ein praxistaugliches Konzept und Ihre Aufgaben als ZMP. Bauen Sie auf vorhandenem Wissen auf und trainieren Sie Ihre praktischen Fertigkeiten.

Aus dem Seminarinhalt:

Wie oft kommt mein Patient? Was ist Inhalt der einzelnen Sitzungen?

Was muss ich über Ursachen und Therapie einer Parodontitis wissen und mit dem Patienten besprechen?

Welche Informationen und Befunde brauche ich vom Patienten? Praktische Umsetzung am Phantom

Welche Instrumente und Geräte sind für die professionelle Zahnreinigung im Rahmen der Vorbehandlung sinnvoll und wie setze ich sie effektiv ein? Praktische Umsetzung am Phantom

Eine Materialliste erhalten Sie mit der Kursbestätigung und bei Vorlage des ZMP/ZMF-Zertifikates.

Referentin: Simone Klein, Berlin

Samstag, 07.09.2019 von 09:00 – 17:00 Uhr

Seminargebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 07.07.2019 230,- €, danach 253,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 07.07.2019 235,- €, danach 258,- €
Max. 12 Teilnehmer
Kurs-Nr.: F 1954

Termine

📅 **19. – 20.10.2019 Hannover**
infalino, Infos: rumlandt@zkn.de

📅 **08. – 09.11.2019 Frankfurt/M.**
Deutscher Zahnärztetag
Infos: www.dtzt.de

📅 **08.02.2020 Hannover**
Winterfortbildung der ZKN
Infos: azboron@zkn.de

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

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

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
19.06.2019, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Physiotherapeutische und osteopathische Maßnahmen bei CMD als Ergänzung zur Schienentherapie, <i>Gert Groot Landeweer, Vörsstetten</i>
11.09.2019, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Führen – eine Dienstleistung, <i>Uwe Dotzloff, Rostock</i>
23.10.2019, 18:30 Uhr – ca. 20:30 Uhr	Mini-Implantate zur Prothesenstabilisierung als Alternative zu Standard-Implantaten, <i>Prof. Dr. Torsten Mundt, Greifswald</i>

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Medizinische Hochschule Hannover, ZMK-Klinik - Hörsaal P -, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Fortbildungsreferent: Dr. Bernd Bremer, MHH, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover; Tel.: 0511 83391-190/191

E-Mail: bezhannover@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
21.08.2019, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Von ‚Top of the world‘ auf den Boden der Tatsachen: Mein Weg von der ‚Jet Set-Medizin‘ zum Burnout-Coach für Ärzte. Was ich in 14 Praxisjahren in St. Moritz gelernt habe ... Werte und Ziele erkennen, Umgang mit Belastungen, eigene Strategien entwickeln, <i>Dr. Sabine Werner, Arbon/Schweiz</i>

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
04.09.2019, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Erkennen problematischer Patienten und Verhaltensstrategien zum Eigenschutz des Praxisteam, <i>Dr. Martin Gunga, Lippstadt</i>
09.11.2019, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Minimalinvasive vollkeramische Behandlungskonzepte, <i>Prof. Dr. Petra Gierthmühlen, Düsseldorf</i>

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natrufer-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück

Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstr. 1, 49134 Wallenhorst, Tel.: 05407 8575355, E-Mail: info@zahnarzt-witte.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
29.06.2019, 09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Erfolgreich genau Abformen? Kein Problem! <i>Dr. Wolfgang Bömicke, M. Sc., Heidelberg</i>

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden, Fortbildungsreferent: N.N.

E-Mail: bezverden@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
11.09.2019, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Zwischen Hoffnung und Enttäuschung: Behandlung von Patienten mit chronischen (Kopf- und Gesichts-) Schmerzen, <i>Dr. Paul Nilges, Mainz</i>
26.10.2019, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Die Hall-Technik: Ein neuer Weg zur konservierenden Versorgung im Milchgebiss, <i>Dr. Ruth Santamaria, Greifswald</i>



Foto: ZKN

DR. ECKHARD JUNG WURDE 65 JAHRE „JUNG“

Am 1. Juni dieses Jahres vollendete Dr. Eckhard Jung, Bad Fallingbostal, sein 65. Lebensjahr. Seinen wohlverdienten Ruhestand wird er damit noch nicht antreten. Er hat zwar seine zahnärztliche Tätigkeit nach 34 Jahren in der Heidestadt an einen Nachfolger übergeben; seine standespolitischen Aufgaben wird er aber weiterhin mit der ihm eigenen Zuverlässigkeit ausüben.

Vielen Lesern ist er sicherlich als langjähriges Redaktionsmitglied von NZB und ZKN Mitteilungen bekannt. Viele Ratefreunde erinnern sich sicherlich noch an das von ihm erarbeitete alljährliche, hintersinnige Sommerrätsel. Daneben bekleidete er viele weitere Funktionen für die Zahnärztekammer und die KZVN: z.B. 2005 – 2015 Pressesprecher der ZKN, Mitglied der Kammerversammlung, Vertragsgutachter für die KZVN.

Seit 2015 führt er als Vorsitzender die Bezirksstelle Verden der ZKN und die Verwaltungsstelle Verden der KZVN.

Im Freien Verband Deutscher Zahnärzte, seiner standespolitischen Heimat, ist er seit 1995 als Landesgeschäftsführer tätig. Über einen so langen Zeitraum hatte das keiner seiner Vorgänger vollbracht; und auch bundesweit hat er damit eine Ausnahmestellung.

Seit 2015 ist er Mitglied im Bundesvorstand seines Verbandes. Auch dort schätzt man seinen Fleiß, sein ruhiges und besonnenes Auftreten und seinen spitzen, aber trockenen Humor.

Alle, die ihn kennen und mit ihm zusammenarbeiten durften, wünschen ihm noch viele ruhige und glückliche Jahre im Kreis der Familie. Bleib uns erhalten und auf Plattdeutsch: Bliv de Jung, de Du büst. ■

_____ Dr. Karl-Hermann Karstens, Verden

ROLAND GUTSCHE – 25 JAHRE ZKN

Immer ein Ohr für seine Kolleginnen und Kollegen und erfolgreich engagiert um die Finanzen

Im Jahr 1994 ist eine Menge passiert ... Österreich, Schweden und Finnland traten der EU bei. Normalbenzin kostete 77,3 Euro-Cent, Superbenzin 86,6 und Diesel 58,5 Euro-Cent. In Südafrika gab es die ersten freien Wahlen und Michael Schuhmacher wurde erstmals Formel-1-Weltmeister.

Auch wenn es der Weltöffentlichkeit wahrscheinlich verborgen blieb, so gab es auch für die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) 1994 ein wichtiges Ereignis. Am 1. Juni trat Roland Gutsche seine Stelle als „bilanzsicherer Buchhalter“ in der ZKN an. Wie viele Geschäftsvorfälle er seitdem verbucht hat und welchen Gegenwert diese hatten, weiß niemand. Es dürften jedoch viele Millionen DM bzw. Euro sein, die „über seinen Tisch gingen“. Wie gut die Arbeitsqualität von Herrn Gutsche war und ist, wird deutlich, wenn man bedenkt, dass wechselnde Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, die den Jahresabschluss



Foto: ZKN

der ZKN prüfen, niemals an der Arbeit von Herrn Gutsche etwas auszusetzen hatten. Mehr muss man eigentlich nicht sagen ...

Ihn aber nur auf die Leitung der Buchhaltung zu reduzieren, würde Herrn Gutsche jedoch nicht gerecht. Seit mehreren Jahrzehnten gehört er auch dem Personalrat an, dessen Vorsitz er innehat. Die vielen Wiederwahlen zeigen, dass auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seinen Einsatz und seine offene Art sehr zu schätzen wissen.

Der Vorstand und die Geschäftsführung bedanken sich bei Herrn Gutsche für die geleistete Arbeit und freuen sich auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit. ■

Jörg Röver
Vizepräsident der ZKN

Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer der ZKN

Persönliches

„DAS HÖCHSTE GUT EINER ZAHNARZTPRAXIS SIND UNSERE MITARBEITER – INSBESONDERE DIE PERSONEN, DIE UNS SCHON LANGE BEGLEITEN.“



Alexandra Goldenstein



Sabine Rother

In diesem Sinne ist es dem Team der Praxis Dr. Martin Kaune samt Familie ein großes Anliegen, Frau Sabine Rother zu ihrem 25-jährigen (1. März 2019) und Frau Alexandra Goldenstein zu ihrem 20-jährigen Praxisjubiläum (1. Mai 2019) zu gratulieren und ihnen gleichzeitig den größten Dank und Wertschätzung für ihre Leistungen auszudrücken.

Das im nächsten Jahr anstehende 30-jährige Bestehen der Praxis Dr. Martin Kaune in Algermissen wurde wesentlich durch die hervorragende Zusammenarbeit mit Frau Rother und Frau Goldenstein, durch ihre freundliche Art und ihr unermüdliches und stets präsent Engagement geprägt. Dieses Wissen, so treue und einzigartige Mitarbeiterinnen an seiner Seite zu haben, lässt das gesamte Team mit viel Freude und Selbstvertrauen auf viele weitere gemeinsame Jahre blicken. ■

_____ Praxis Dr. Martin Kaune, Algermissen



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 26.04.2019** Werner Reese (93), Soltau
26.04.2019 Dr. Hans-Gerdt Richter (70), Langenhagen
17.05.2019 Dr. Winfried Cray (80), Hannover
18.05.2019 Jürgen Petersen (88), Soltau
19.05.2019 Dr. Manfred Schellwald (89), Hannover
22.05.2019 Gabriele Schreiber-Jähmig (70), Bovenden
24.05.2019 Dr. Norbert Remmert (70), Göttingen
30.05.2019 Dr. Günter Schmidt (70), Hameln
31.05.2019 Dr. Wolfgang Nordt (89), Salzgitter
02.06.2019 Dr. Ulrich Sobanski (87), Wittmund
02.06.2019 Hanni Homann (92), Einbeck
03.06.2019 Dr. Matthias Senff (70), Faßberg
05.06.2019 Dr. Dieter Rusche (90), Braunschweig
06.06.2019 Dr. Walter Hils (95), Hildesheim
08.06.2019 Klaus Buchbinder (93), Hannover
11.06.2019 Lutz Rathnow (70), Oldenburg
12.06.2019 Eva Marx (80), Moringen
14.06.2019 Dr. Wilhelm Voges (90), Bad Pyrmont
14.06.2019 Dr. Wolfgang Fäth (70), Leer

Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen

Dr. Ruth Eberhardt-Müller
geboren am 01.07.1952,
verstorben am 16.03.2019

Dr. Wolfgang Schlotter
geboren am 18.01.1949,
verstorben am 28.03.2019

Dr. Knut-Michael Bussler
geboren am 13.05.1944,
verstorben am 06.04.2019

Hans-Dieter Fischer
geboren am 04.01.1931,
verstorben am 07.04.2019

Heinz Ruhrig
geboren am 03.05.1931,
verstorben am 12.04.2019

Dr. Manfred Witte
geboren am 07.04.1952,
verstorben am 13.04.2019

Dr. Ute Lissel
geboren am 23.10.1953,
verstorben am 19.04.2019

Christian Germer
geboren am 17.07.1954,
verstorben am 26.04.2019

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



10-JÄHRIGES DIENSTJUBILÄUM BEI HI.DENT – 10 JAHRE MELANIE LANGNER



Foto: Dr. M. Janßen

Am 8. Juni 2019 feiert hi.dent das zehnjährige Dienstjubiläum von ZFA Melanie Langner.

Sie steht jeden Tag sowohl dem Team als auch den Patienten mit Rat und Tat zur Seite und ist stets zur Stelle, wenn man sie braucht. Engagierter und leidenschaftlicher könnte man ihren Job nicht ausführen: Sie ist ein wahrer Allround-Wirbelwind. Danke für die tollen zehn Jahre mit Ihnen!!! ■

_____ Dr. Marcel Janßen, Hannover

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Wolfsburg Christopher Ziegler

Verwaltungsstelle Hannover

Barsinghausen Bianca Jansen

Burgwedel Dr. Christiane Dyrssen

Celle Johannes Szentmiklóssy von Primócz

Hannover Julian Bierbaum

Hannover Georgios Pouias-Stahmer

Lehrte Valeh Mirzabayli

Verwaltungsstelle Hildesheim

Hildesheim Christiane Bode

Hildesheim Andreas Titov

Verwaltungsstelle Lüneburg

Lüneburg Robert Spallek

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

Der Vorstand der KZVN

Verwaltungsstelle Oldenburg

Delmenhorst Dr. Jan Clemens Bunse

Oldenburg Berit Busching

Westerstede Gerta Efkes

Verwaltungsstelle Osnabrück

Glandorf Dr. Maren Kahle M.Sc.

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Aurich Horst Weber

Verwaltungsstelle Verden

Dörverden Franz-Josef Golebecki

Dörverden Attila-Ovidiu Kovacs

Sulingen Dr. Peyman Hadjar

Verwaltungsstelle Wilhelmshaven

Nordenham Fabian Glevitzky

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Oldenburg

Bad Zwischenahn Dr. Donata Müller

Medizinische Versorgungszentren

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover MVZ Amedis Hannover GmbH

Hannover Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Zahnärzte am Pelikanplatz Zargaran & Pouias-Stahmer PartG

Sehnde Zentrum für Zahnmedizin Sehnde – ein medizinisches Versorgungszentrum der Acura MVZ GmbH

Verwaltungsstelle Oldenburg

Friesoythe Dr. Balaom Mundgesund ZMVZ

Verwaltungsstelle Osnabrück

Georgsmarienhütte Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Wolfgang Jordan, Dr. Frank Fillies GbR

Verwaltungsstelle Verden

Rotenburg van Alphen & Dr. Jacobs MVZ GmbH

Beschlüsse

ANLÄSSLICH DER ORDENTLICHEN SITZUNG DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN AM 17./18.05.2019

Antrag 1 zu TOP 5

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida

HVM-Verteilungspunktwert 2019

Der HVM-Verteilungspunktwert 2018 in Höhe von 1,0736 EUR wird zum 01.01.2019 um 2,50% auf 1,1004 EUR angehoben.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 2 zu TOP 5

von Dr. Schmilewski

HVM 2019: Zählung der KFO-Fälle bei vorzeitigem Behandlungsabschluss

Bei KFO-Behandlungen mit vorzeitigem Behandlungsabschluss werden für die Ermittlung des praxisbezogenen Honorargrenzwertes für KFO-Honorar die bei der letzten Quartalsabrechnung kumuliert zur Abrechnung kommenden, nicht beanspruchten Abschlagszahlungen nach den BEMA-Nrn. 119/120 zusätzlich als gesonderte KFO-Fälle mit vollem Fallwert gezählt.

Der Vorstand wird der Vertreterversammlung einen Vorschlag zur Beschlussfassung im Herbst vorlegen.

Der Antrag wird angenommen bei fünf Enthaltungen.

Antrag 3 zu TOP 5

von Dr. Karstens, ZÄ Apel, Dr. Dr. Triebe, Dr. Sereny, Dr. Gebelein, Dr. Worch

Resolution

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert die Bundesregierung auf, bei Reformen im Gesundheitswesen

1. gesetzliche Vorgaben auf das Setzen von Rahmenbedingungen zu beschränken und die Umsetzung den Gremien der Selbstverwaltung zu überantworten,
2. die Möglichkeit zur privaten Absicherung gesundheitlicher Risiken als Voraussetzung für Wettbewerb und medizinischen Fortschritt zu erhalten und allen Bürgern die freie Wahl der Krankenversicherung zu ermöglichen,
3. alle versicherungsfremden Leistungen der GKV aus Steuermitteln zu finanzieren und das Zuzahlungsverbot für Mehrleistungen aufzuheben,
4. die Budgetierung im zahnärztlichen Bereich abzuschaffen,
5. die Direktabrechnung mit Kostenerstattung einzuführen,
6. die Datensicherheit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten und die Souveränität der Patienten über ihre Daten zu gewährleisten,
7. die Novellierung der Zahnärzte-Approbationsordnung zügig umzusetzen, wobei der Approbationsvorbehalt für die Ausübung der Zahnheilkunde erhalten und der Erhalt der zahntechnischen Ausbildung gewährleistet werden müssen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 4 zu TOP 5

von ZÄ Apel, ZÄ Hoppe, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Herz, Dr. Schaper

Erhalt der Freiberuflichkeit

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert vom Gesetzgeber die Rückgabe der Handlungs- und Entscheidungsfreiheit an den freiberuflichen Praxisinhaber.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 5 zu TOP 5

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, ZA Koch, Dr. Riefenstahl

Kritiken der Ärzteschaft am TSVG sind völlig berechtigt

Die W der KZVN teilt die Kritiken der Ärzteschaft an den Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zu den mit ihm eingeführten 24/7 Terminservicestellen und der Vorschrift zum Mindestprechstundenangebot für Patienten ohne vorherige Terminreservierung. Diese Regelungen sind unnötige zusätzliche Bürokratiemonster ohne geringstes Potential zur Versorgungsverbesserung und stellen zudem eine deutlich erkennbare Geringschätzung der ärztlichen Berufsausübung in Freiberuflichkeit dar.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 6 zu TOP 5

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Schmilewski, Dr. Dr. Lodde

Mehrkostenregelung im Bereich Kieferorthopädie

Die W der KZVN begrüßt die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie, die den Patienten den Zugang zu aufwändigeren Versorgungen ermöglicht, ohne den Anspruch auf die Regelleistung zu verlieren.

Der Antrag wird angenommen bei zwei Enthaltungen.

Antrag 7 zu TOP 5

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, ZÄ Lange, Dr. Hanßen, Dr. Riefenstahl

Mehrkostenregelung auf alle Bereiche der Zahnheilkunde ausweiten

Die W der KZVN fordert den Gesetzgeber auf, für die gesetzlich versicherten Patienten in allen Bereichen der Zahnmedizin die Mehrkostenregelungen einzuführen und den Patienten dadurch den Zugang zu aufwändigeren Versorgungen zu ermöglichen, ohne deren Anspruch auf die Regelleistung zu verlieren.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 8 zu TOP 5

von Dr. Glusa, Dr. Ross, ZÄ Lange, Dr. Vollmer (Osnabrück), Dr. Hendriks

Ersatzlose Streichung der leistungsfeindlichen Degression

Die W der KZVN begrüßt die ersatzlose Streichung der leistungsfeindlichen Degression im SGB V als wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung

Der Antrag wird angenommen bei einer Enthaltung.

Antrag 9 zu TOP 5

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Vollmer (Osnabrück), Dr. Peters, Dr. Thomas, Dr. Ross

Regelungen zur Begrenzung von MVZ's

Die W der KZVN begrüßt die Regelungen zur Begrenzung von medizinischen Versorgungszentren in Trägerschaft von Krankenhäusern, hält aber weitere Schritte zum Schutz der Patienten vor einer primär renditeorientierten Versorgung für erforderlich.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 10 zu TOP 5

ZÄ Lange, drs. Kant, Dr. Glusa, Dr. Jamil, ZA Koch

Verschärfung der Sanktionierung bei TI-Nichtanschluss ab März 2020

Die W fordert den Gesetzgeber auf, die im Referentenentwurf zum „Digitale Versorgung Gesetz – DVG“ vom 15.05.2019 angekündigte Verschärfung der Sanktionierung ab März 2020 auf 2,5 % zurückzuziehen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 12 zu TOP 5

von Dr. Liepe, Dr. Schaper, Dr. Sereny, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Herz, Dr. Worch, Dr. Brandt

Telematik-Infrastruktur – Aushöhlung des Arztgeheimnisses

Die Vertreterversammlung der KZVN teilt die Besorgnis vieler Zahnärztinnen und Zahnärzte über die Aushöhlung des Arztgeheimnisses insbesondere durch Sicherheitsfragen bei der Telematik-Infrastruktur.

Die Wahrung des Arztgeheimnisses ist elementare Grundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses und ist damit unantastbar.

Vor einer Erweiterung des Datentransfers von sensiblen medizinischen Daten fordern wir eine offene und transparente Diskussion in der breiten Öffentlichkeit. Dabei müsste die Gefahr der Aushöhlung des Arztgeheimnisses im Zusammenhang mit der Schaffung einer elektronischen Patientenakte (EPA) von der KZVN bei ihren Mitgliedern umfassend dargestellt werden.

Aufgrund des Grundrechtes auf informationelle Selbstbestimmung gehören alle Daten – insbesondere sensible medizinische Daten – in die Souveränität des Patienten.

Der Antrag wird angenommen bei vier Enthaltungen.

Antrag 13 zu TOP 5

von Dr. Hanßen, Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, drs. Kant, ZA Basilico

Richtlinienkompetenz ePA

Die W der KZVN fordert den Gesetzgeber auf, klarzustellen, dass ausschließlich der zahnärztlichen Selbstverwaltung die Richtlinienkompetenz für die Festlegung der zahnmedizinischen Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) zukommt.

Der Antrag wird angenommen bei einer Enthaltung.

Antrag 14 zu TOP 5

ZÄ Lange, Dr. Ross, Dr. Hendriks, Dr. Jamil

Keine Übernahme zusätzlicher Dienstleistungen im Bereich der TI

Medienberichten zufolge plant das Bundesministerium für Gesundheit, die Praxen der Vertrags(zahn)ärzteschaft zu verpflichten, mögliche Gesundheits-Apps für Mobilgeräte im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte für Patienten individuell einzurichten und mit Inhalten zu pflegen.

Die Vertreterversammlung (W) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) stellt fest, dass die personellen und wirtschaftlichen Ressourcen der Vertragszahnärzteschaft insbesondere für solche zusätzlichen Dienstleistungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur unzureichend sind und lehnt die Übernahme dieser und ähnlicher, zudem versorgungsirrelevanten, zusätzlichen Dienstleistungen ab.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 15 zu TOP 5

von ZÄ Baesmann-Bischoff, ZA Basilico, Dr. Dr. Becker, Dr. Bešović, Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Dr. Eißing, Dr. Glusa, Dr. Hanßen, Dr. Hendriks, Dr. Hörschemeyer, Dr. Jamil, drs. Kant, Dr. Klaue, ZA Koch, Prof. Dr. Dr. Kokemüller, ZÄ Lange, Dr. Dr. Lodde, Dr. Otte, Dr. Peters, Dr. Riefenstahl, Dr. Ross, Dr. Schmilewski, Dr. Thoma, Dr. Thomas, Dr. Vollmer (Osnabrück), Dr. Wiesner

Beteiligung der Regierung an der gematik

Die W der KZVN hält die 51%ige Beteiligung der Regierung an der gematik für einen eklatanten Verstoß gegen das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Die kritisierten Verzögerungen durch notwendige Gesetzesänderungen, die Zulassungsverfahren und die Lieferschwierigkeiten der Industrie können nicht als Begründung für den Umbau der Gesellschaft herangezogen werden. Diese Umstände waren nicht von dem Selbstverwaltungsgremium zu verantworten.

Der Antrag wird einstimmig angenommen. ►►

► Antrag 16 zu TOP 5

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, ZÄ Lange, Prof. Dr. Dr. Kokemüller, Dr. Wiesner, Dr. Dr. Lodde, Dr. H. Peters, Dr. Glusa

Datenschutzrecht auf nationaler Ebene deeskalierend modifizieren

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der nationalen Möglichkeiten das Datenschutzrecht deeskalierend zu modifizieren. Dabei sollten die Vorgaben für die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten den tatsächlichen Erfordernissen der Betriebe entsprechend entschärft werden sowie bei Auffälligkeiten im Rahmen von Überwachungen der normativen Umsetzungen in einem ersten Schritt Belehrungen und keine Strafen erfolgen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 17 zu TOP 5

von Dr. Thoma, Dr. Hendriks, Dr. Dr. Eißing

Nationale Implementierung der Arbeitszeiterfassungspflicht mit Augenmaß

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, bei der nationalen normativen Implementierung der jüngsten Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs zur Arbeitszeiterfassungspflicht Ausnahmeregelungen für Kleinbetriebe vorzusehen.

Für die Arbeitszeiterfassung dürfen nur solche Lösungen dafür zugelassen werden, die gegenüber dem aktuellen Status ohne Mehraufwand an Kosten und Bürokratie auskommen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 18 zu TOP 5

von Dr. Sereny, Dr. Karstens, Dr. Schaper, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Bless, Dr. Herz, Dr. Liepe

Arbeitszeiterfassung – kein neues Bürokratiemonster erschaffen

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert den deutschen Gesetzgeber auf, die Ausgestaltung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs zur Arbeitszeiterfassung nicht den Bürokraten zu überlassen und gerade für die Praxen akzeptable Lösungen zu schaffen.

Träger der Gesundheitsversorgung sind kleine und mittlere Praxen, die nicht durch weitere bürokratische Auflagen belastet werden dürfen. Die Akzeptanz der EU kann auch durch „Überfüllung“ sinnvoller Regelungen massiv beeinträchtigt werden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 19 zu TOP 5

von Dr. Sereny, Dr. Karstens, Dr. Dr. Triebe, ZÄ Apel, Dr. Riegelmann, Dr. Gebelein

Bürokratieabbau

Die Mitglieder der Vertreterversammlung der KZVN unterstützen die Bemühungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) zum Bürokratieabbau. Sie fordern das Sozialministerium auf, den mit den beteiligten Landespolitikern von CDU und SPD konsentierten Vertragsentwurf der ZKN zur Übertragung der anlassunabhängigen Begehungen/Kontrollen in den niedersächsischen Zahnarztpraxen nach dem MPG zügig zu unterschreiben und bis zum 31.12.2019 umzusetzen.

Der Antrag wird angenommen bei einer Nein-Stimme und zwei Enthaltungen.

Antrag 20 zu TOP 5

von Dr. Sereny, Dr. Karstens, Dr. Schaper, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Herz

Europawahl – wählen gehen

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert alle Wahlberechtigten auf, sich besonders im Hinblick auf den Gesundheitssektor die Programme der zur Europawahl angetretenen Parteien anzusehen und ihr Wahlrecht wahrzunehmen.

Der Gesundheitssektor wird immer mehr von Vorgaben der EU beeinflusst. Eine Angleichung innerhalb Europas darf aber nicht zur Absenkung des hohen Niveaus in Deutschland führen.

Eine „Deregulierung“ von sinnvollen und bewährten Regelungen, z.B. dem Berufsrecht, verlagert diese nur in berufsfremde Hände und öffnet kapitalgestützten Fremdinvestoren weiter den Einstieg in einen Gesundheitsmarkt.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 1 zu TOP 6

von Bunke, D.M.D./Univ. of Florida

Änderung der Entschädigungsordnung für Ehrenamtsträger der KZVN

Die Vertreterversammlung stimmt dem vorliegenden Entwurf einer Änderung der Entschädigungsordnung für Ehrenamtsträger der KZV Niedersachsen zu.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 1 zu TOP 7

von Dr. Hanßen

Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen

Die Vertreterversammlung stimmt dem vorliegenden Entwurf einer Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen zu.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Hinweis: Die Geschäftsordnung wird mit dem Mitgliederrundschreiben der KZVN bekannt gegeben.

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

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

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

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

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

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

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

ZULASSUNG EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS

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



© diego cervo / iStockphoto.com

VERLEGUNGEN

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

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	13.05.2019
Sitzungstermin	19.06.2019
Abgabe bis	19.08.2019
Sitzungstermin	18.09.2019
Abgabe bis	17.10.2019
Sitzungstermin	20.11.2019

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

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- ▶ Planungsbereich Landkreis Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.914 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 36,7% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Cloppenburg: Der Planungsbereich Landkreis Cloppenburg mit 34.407 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,5% versorgt.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.832 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,0% 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 29.597 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,3% versorgt.

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

_____Stand 16.05.2019

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Katja von Seidlitz vom 19.04.1999
 Victoria Mattiat Nr. 7389
 Dr. Janna Alpers..... Nr. 7385
 Hans Kröger vom 15.01.1980
 Iris Hentschel Nr. 7915
 Dr. Christina Müller-Pfanz Nr. 9497
 Ute Kramer-Gärtner vom 19.11.1996

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

_____ZKN

VERKAUF

Nähe Göttingen

Etablierte, umsatzsichere Praxis, ISO zertifiziert 9001, 2 BHZ, 3. möglich, aus Altersgründen nach Absprache abzugeben. praxisverkauft@gmx.de

VERSCHIEDENES

Praxisräume einer ehemaligen

Praxis in bester Lage in Einbeck zu vermieten, ca. 180 m², alle Anschlüsse vorhanden. Tel.: 05561 4977 oder 0152 5155511

Praxisräume für KFO/ZA in CE

160 oder 225 m² in Bestlage frei. Rezeption und alle Anschlüsse vorhanden! Dr. Günter Pütz Tel. 0511 775207 oder dr.puetz@gmx.de

STELLENMARKT

Müden/Aller Raum BS-CE-GF

Etablierte Praxis, 3 ZÄ, sucht ZA/ZÄ für 15 bis 25 Std. Angestellt oder Partnerschaft. Gerne senden wir Ihnen weitere Informationen. behnke-mueden@t-online.de

NDS HH HB

Qualifiz. Erf. ZA sucht Zusammenarbeit in Praxis mit KFO. SMS/Tel.: 015153050377

ZMP/ZMF/DH in WOB City VZ o. TZ

Qualitäts- und zukunftsorientierte Praxis sucht Verstärkung im Prophylaxeteam. Selbst. Arbeiten, flex. Arbeitszeit mit Prophylaxekonzept. Katrin Weinrich, Anja Gundlach. verwaltung@praxis-reibold.de

ACHTUNG NEUE KURSE ZUR AUFFRISCHUNG STRAHLENSCHUTZ

Die von der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) angebotenen Kurse (mit Anmelde-möglichkeiten!) zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (Zahnärztinnen/-ärzte) und Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz (Fachpersonal) finden Sie hier:

Zahnärztinnen/-ärzte: <http://tinyurl.com/zkn-roe-za>

Fachpersonal: <http://tinyurl.com/zkn-roe-personal>



Was ist los – keine Post von der ZKN mehr?



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

Grund 1: Sie haben Ihrer ZKN bisher Ihre E-Mailadresse noch nicht mitgeteilt. Dies können Sie schnell nachholen über dieses Formular: https://zkn.de/fileadmin/user_upload/praxis-und-team/Datenschutz/EMail.pdf

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

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



**kostenfreies
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 A2 (bitte ankreuzen) 1 2 3



bitte ausgefüllt an: ausbildung@zkn.de oder Fax 051183391-306

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



ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

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