

10 Prophylaxe in der Kieferorthopädie



33 ZQMS um Modul „Praxislabor“ erweitert



34 Neue einheitliche Empfehlungen: Zähne von Geburt an mit Fluorid schützen





Wir sind für Sie da!

➤ *Sie fragen – wir antworten*

➤ *Abrechnung*

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 17:00 Uhr | **Freitag:** 08:00 bis 15:00 Uhr

Hotline für Abrechnungsfragen Telefon: 0511 8405-390 | Fax: 59097067 | E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

Kch-Service E-Mail: kch-service@kzvn.de | Fax: 59097060

Kfo-Service E-Mail: kfo-service@kzvn.de | Fax: 59097062

➤ *Honorar*

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | **Freitag:** 09:00 bis 15:00 Uhr

HVM-Fragen Telefon: 0511 8405-440 | Fax: 8405-362

Punktwerte Telefon: 0511 8405-460 | Fax: 8405-362

Krankenkassenstammdaten Telefon: 0511 8405-470 | Fax: 8405-362

➤ *Finanzen*

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

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

➤ *Mitgliederportal/Telematik*

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 17:00 Uhr | **Freitag:** 08:00 bis 15:00 Uhr

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

➤ *Vertragsfragen*

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | **Freitag:** 09:00 bis 12:00 Uhr

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

➤ *Geschäftsstelle Zulassungswesen*

Sprechzeiten Montag bis Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 15:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-455 | Fax: 59097040 | E-Mail: zulassung@kzvn.de



Endlich Mehrwerte!

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie diese Zeilen lesen, wird ungefähr die Hälfte der Bevölkerung in unserem Land eine erste Impfung erhalten haben. Diese bietet schon einmal einen erheblichen Schutz vor den schweren Verläufen einer Covid-Erkrankung. Zusammen mit der Aussicht, dass bis zum September jeder Bürger, der impfwillig ist, das Impfangebot der Regierung auch umsetzen kann, beflügelt es meine Gedanken: Das ist für mich ein Mehrwert höchster Bedeutung!

Vielleicht erfreuen sich unsere Patienten eines völlig anderen Mehrwertes. Sie können nämlich endlich ihre eigene Krankenakte selbstbestimmend führen. Schauen wir einmal, für uns ist es auf jeden Fall mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Interessant für Patienten ja, Nutzen für Kolleginnen und Kollegen? Für die Anamnese und die Therapiewahl sollten wir besser andere Quellen nutzen als die ePA.

Kim und Tim führten einmal die Hitliste der Jungennamen an. Jetzt haben sie für uns eine andere Bedeutung, und ich bin mir sicher, sie werden für uns Mehrwerte darstellen. KIM als Medium im Rahmen der TI, um sicher Informationen zu übermitteln, als Basis für zeitgemäße digitale Anwendungen im zahnärztlichen Praxisalltag. Und schließlich TIM als zukünftiger Messengerdienst der TI, als unser sicheres „WhatsApp“ in der Kommunikation mit Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen. TIM und KIM werden sich nach meiner Meinung großer Akzeptanz erfreuen – auch dies ein Mehrwert für mich von großer Bedeutung.

Die neue PAR-Richtlinie mit ihren Umsetzungsmöglichkeiten können wir zu Recht als Meilenstein in der Versorgung von GKV-Versicherten mit Parodontalerkrankungen ansehen. Auch wenn sich zunächst der Gedanke aufdrängt, es wurde wieder ein bürokratisch-abrechnungstechnisches Monster geschaffen, so ist es ein Paradebeispiel für die Leistungen der Selbstverwaltungsgremien auf Bundesebene. Wir sollten nicht vergessen, dass diese Entwicklung die Patientenvertretung im G-BA angestoßen hat. Der derzeitige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Prävention und Nachsorge von parodontalen Erkrankungen war unvollständig und veraltet. Das wurde jetzt nach Jahrzehnten endlich korrigiert – ein absoluter Mehrwert!



*Dr. Jürgen Hadenfeldt
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN*

Der Herbst wird uns eine neue Kanzlerin oder einen neuen Kanzler bescheren. Es wird sich herausstellen, ob dann der Blick zurück nicht mehr Zufriedenheit vermittelt als die Erwartungen an die Zukunft. Aber jedem Wechsel sollten wir auch die Chance für Veränderungen nicht vorenthalten.

Ach ja, da war noch etwas: der Wegfall der Budgetierung in diesem und im kommenden Jahr, was für ein Mehrwert! Zunächst in fast allen Leistungsbereichen die Einzelleistungsvergütung in den beiden Vorjahren, jetzt die Aufhebung der Budgetierung für alle Leistungsbereiche. Die Zusammenhänge sind durchaus kompliziert. Wir freuen uns schon darauf, Fragen rund um dieses Thema im Rahmen von Verwaltungsstellenversammlungen, die wir fest im Auge haben, gemeinsam mit Ihnen zu klären.

Genießen Sie den Sommer! Genießen Sie die Freiheiten, die wir Stück für Stück zurückerhalten werden! ■

Ihr

*Dr. Jürgen Hadenfeldt
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN*

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

56. 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

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 (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95486756; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.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

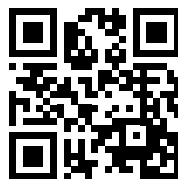
KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 09/21: 10. August 2021
Heft 10/21: 10. September 2021
Heft 11/21: 08. Oktober 2021

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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





LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:
Endlich Mehrwerte!

POLITISCHES

- 4 Kontroverse zwischen Rat und
Parlament
EU-Impfzertifikat voraussichtlich
noch vor dem Sommer
- 6 Ausverkauf durch Fremdkapital?
Streitgespräch auf dem SpiFa-
Fachärztetag
- 9 Eindrucksvoller Blick in die
Vergangenheit der DGZMK

FACHLICHES

- 10 Prophylaxe in der Kieferorthopädie –
Untersuchung subklinischer
Kariesrisikoparameter
- 20 Neue PAR-Klassifikation, neue
PAR-Leitlinie, neue PAR-Richtlinie
Teil 1 – Neue Klassifikation der
parodontalen und peri-implantären
Erkrankungen
- 29 Patientensicherheit muss bei allen
Behandlungen Vorrang haben –
Positionierung von BZÄK und KZBV
zu gewerblichen Aligner-Anbietern



- 30 Neue Leistungen zur systematischen
Parodontitis-Behandlung einvernehmlich
beschlossen
- 31 ZKN-Referat Zahnärztliche
Praxisführung informiert:
Wartungsintervallverlängerung bei
MELAtherm 10 ab 25. KW möglich
- 33 Weiter ausgebaut zum Nutzen
der Anwender: ZQMS um Modul
„Praxislabor“ erweitert
- 34 Neue einheitliche Empfehlungen:
Zähne von Geburt an mit Fluorid
schützen
- 36 KZV Tipp – Wissenswertes zur
Telematikinfrastruktur
Einführungsphase der
elektronischen Patientenakte
- 39 Elektronische Patientenakte:
Zwei neue Flyer für Zahnarztpraxen
und Patienten
- 40 Patienten-Zufriedenheit
messbar machen
- 41 Bitte beachten:
Erhöhung des Mindestlohnes
- 43 GOZ
ZKN-Berechnungsempfehlung
ZKN-Relevante Rechtsprechung
- 44 Rechtstipp(s)
Leistungsausschlüsse der PKV
wegen Anzeigepflichtverletzung



TERMINLICHES

- 45 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
46 ZAN-Seminarprogramm
47 Termine

PERSÖNLICHES

- 48 Wir gratulieren
Dr. Rainard Scheele herzlich
nachträglich zum runden Geburtstag
- 48 Nach kurzer schwerer Krankheit
verstarb einige Tage vor seinem
68. Geburtstag Hubert Schröder
- 48 Dienstjubiläum in der KZVN
- 49 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!
- 49 Wir trauern um unsere Kolleginnen
und Kollegen

AMTLICHES

- 50 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 51 Ungültige Zahnarzttausweise
- 52 Neuzulassungen

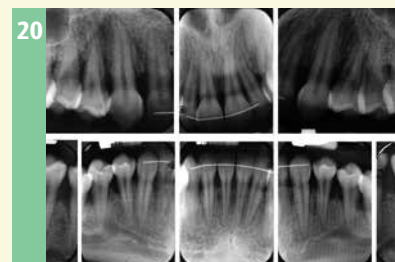
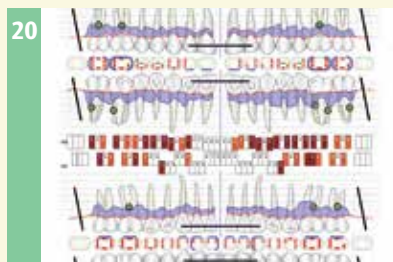




Foto: ©Jens Rother - stockadobe.com

Kontroverse zwischen Rat und Parlament

EU-IMPfZERTIFIKAT VORAUSSICHTLICH NOCH VOR DEM SOMMER

Die Aussichten für die Verabschiedung eines europäischen Rechtsrahmens für die Ausstellung eines digitalen grünen Imp fzertifikats noch bis Juni 2021 stehen nicht schlecht. So einigten sich am 14. April 2021 einstimmig die Ständigen Vertreter der Mitgliedstaaten auf den zuvor in mehreren Sitzungen der ad-hoc Ratsarbeitsgruppe unter der portugiesischen Präsidentschaft erarbeiteten Kompromisstext.

Wesentliche Eckpunkte des nun vorliegenden Verordnungstexts sind:

Die Mitgliedstaaten werden verpflichtet, unentgeltlich, in digitaler Form oder maschinenlesbar in Papierform (mit QR-Code) auf Wunsch ein Zertifikat auszugeben. Dieses „grüne“ Zertifikat soll – wie vorgeschlagen – attestieren:

1. die erfolgreiche Impfung mit den von der EMA zugelassenen Impfstoffen in einem Mitgliedstaat der EU,
2. die Durchführung von PCR-Tests oder eines von der EU gemäß der Ratsempfehlung (2021/C24/01) anerkannten Antigen-Schnelltests sowie
3. die Genesung einer Covid-19- Erkrankung diagnostiziert auf der Grundlage eines PCR-Tests.

Obwohl der Widerstand einiger Mitgliedstaaten u.a. Deutschlands groß war, den „Nachweis der Genesung“ in das Zertifikat aufzunehmen, wurde dies auf Druck einiger Staaten wie den Niederlanden, Polen, Rumänien, Litauen und Bulgarien beibehalten, aber die Attestation der Genesung kann nun nicht mehr auf der Basis eines Schnelltests erfolgen, sondern es bedarf eines von geschultem Personal durchgeführten PCR-Tests. Mit Blick auf die Ausstellung von Zertifikaten für Impfungen mit nicht von der EMA zugelassenen Impfstoffen wurde als Kompromiss in den Erwägungsgründen aufgenommen, dass die Mitgliedstaaten ermutigt werden, auch Imp fzertifikate von nicht in der EU zugelassenen Impfstoffen zu akzeptieren. Dieser Zusatz ist für all die Mitgliedstaaten von Interesse, die u.a. den Sputnik-Impfstoff einsetzen, wie z.B. Ungarn. Von Drittstaaten ausgestellte Imp fzertifikate, u.a. der USA, China, Israel sollen wiederum nach Prüfung durch die Kommission eine Äquivalenzbescheinigung erhalten können, wodurch sie dem europäischen grünen Zertifikat gleichgestellt würden. Das kostenlose Zertifikat soll durch die Mitgliedstaaten bzw. durch die vom Mitgliedstaat benannte Stelle ausgestellt

werden, wobei dieses mit einem QR-Code versehen sein muss, um dessen Authentizität und Gültigkeit überprüfen und nicht zuletzt dessen grenzüberschreitende Interoperabilität sicherstellen zu können.

Für die Umsetzung der Verordnung und der Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Ausstellung des digitalen Zertifikats sollen den Mitgliedstaaten nicht mehr nur vier, sondern sechs Wochen zur Verfügung stehen. Mit Blick auf diese kurze Umsetzungsfrist hatte Deutschland Unterstützung von einer Reihe anderer Staaten u. a. Schweden, Tschechien, Irland wiederholt erklärt, dass Personen, die nicht über ein solch digitales grünes Zertifikat verfügen, weder vom Reisen ausgeschlossen noch Einschränkungen bei der Freizügigkeit erfahren dürfen. Die Kommission und der juristische Dienst des Rates hatten daraufhin versichert, dass alternative Zertifikatsformen als Beleg für die Impfung, Testung und Genesung genutzt werden können. Hintergrund für diese Klarstellung war, dass Deutschland in den Verhandlungen immer wieder darauf verwiesen hatte, dass es im Gegensatz zu den anderen Mitgliedstaaten der EU nicht über ein zentrales Impfreister verfüge, sondern Deutschland, aber auch Österreich und die Schweiz in der Vergangenheit allein auf die von der WHO herausgegebenen gelben Impfscheinigung gebaut habe. So verfügten aktuell mehr als 50 Millionen Deutsche über diesen gelben Impfausweis. Neben der „Ausgabepflicht“ wurden darüber hinaus in den Kompromisstext des Rates auch die „Verwendungsfreiheit“ sowie die „Verpflichtung zur gegenseitigen Anerkennung“ des Zertifikats für die Mitgliedstaaten festgeschrieben. Die Verwendungsfreiheit war für die Mehrheit der Mitgliedstaaten essenziell, da hierdurch die Entscheidung, welche Rechte bzw. Privilegien an den Besitz des digitalen Zertifikats geknüpft werden, allein beim jeweiligen Mitgliedstaat verbleibt. Dahinter verbirgt sich letztlich die Frage, ob der

Inhaber eines solchen Zertifikats ohne Auflagen (wie z. B. Vorlage eines negativen PCR-Tests, Wegfall der Quarantäne) künftig in einen anderen Mitgliedstaat reisen kann.

Und hier zeigt schon die Debatte im IPCC- Ausschuss bzw. im Ausschuss der Ständigen Vertreter, dass nur ein kleiner Teil der Mitgliedstaaten – dies sind vor allem die Staaten, die vom Tourismus abhängen wie Österreich, Italien, Griechenland, Portugal und Spanien, beabsichtigen, mit dem Nachweis eines digitalen grünen Zertifikats, die bisherigen Auflagen wie Quarantäne und PCR-Test fallen zu lassen. Die anderen Mitgliedstaaten – hierunter fallen Deutschland, Frankreich, Belgien, Schweden – wollten vorerst aufgrund des vermehrten Auftretens von Virusmutanten und auch abhängig vom Impffortschritt in der EU auch im Falle der Vorlage eines grünen Zertifikats nicht von diesen Auflagen abrücken bzw. Deutschland regelt dies aktuell über eine eigenständige Einreiseverordnung auf nationaler Ebene. Zwischenzeitlich hat der für das digitale grüne Zertifikat federführende Ausschuss für bürgerliche Freiheiten, Justiz und Inneres (LIBE) am 28. April 2021 sein Verhandlungsmandat für die anstehenden Trilogverhandlungen mit dem Rat der Europäischen Union verabschiedet. Danach zeichnet sich eine kontroverse Debatte vor allem bei der Frage bei der Verwendungsfreiheit des digitalen Zertifikats ab. Hier vertritt das Europäische Parlament (EP) die Auffassung, dass die Mitgliedstaaten im Falle eines Impf- oder Testnachweises die Freizügigkeit nicht mehr einschränken bzw. keine Auflagen wie Quarantäne bzw. Testpflicht auferlegen dürfen.

Beide Seiten, der Rat und das EP, sind jedoch entschlossen, im Mai eine politische Einigung bei diesem Dossier zu erreichen, damit das digitale grüne Zertifikat rechtzeitig vor den Sommerferien vorliegt. Mitte Juni wird voraussichtlich die dritte Verhandlungsrunde unter den Beteiligten vereinbart. ■ _____ Gisela Broll, gid 7/2021 vom 14.05.2021

DENTALES ERBE

500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



Spenden Sie jetzt zum Erhalt und zur Archivierung unserer dentalhistorischen Sammlung!
www.zm-online.de/dentales-erbe

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:
Dentalhistorisches Museum
Sparkasse Muldental
Sonderkonto Dentales Erbe
IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse wird eine Spendenquittung übersandt.



Ausverkauf durch Fremdkapital?

STREITGESPRÄCH AUF DEM SPIFA-FACHÄRZTETAG

Droht der Ausverkauf des deutschen Gesundheitswesens durch Fremdkapital? Tatsache ist: Die Zahl der von Investoren betriebenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) steigt rasant, zuletzt insbesondere im zahnärztlichen Bereich. Auf dem SpiFa-Fachärztetag 2021 Mitte April stritten sich Befürworter und Gegner, wie diese Entwicklung zu bewerten ist. Ende Dezember 2020 gab es 1.100 zahnärztliche MVZ (zMVZ) in Deutschland, 2015 waren es noch 87. „Das ist ein rasanter Anstieg“, stellte Martin Hendges, der stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), direkt zu Beginn der Diskussion fest. „Insgesamt finden sich 80 Prozent der Zentren in sieben KZV-Bereichen, nur 20 Prozent sind im ländlichen Raum angesiedelt“, führte er aus. Hendges zufolge bilden die Zahlen aus der Vertragszahnärzteschaft in Teilen auch die Entwicklung im ärztlich-ambulanten Sektor ab. Laut KZBV-Statistik haben insgesamt 234 iMVZ ein Krankenhaus als Träger, 165 von ihnen sind in Ketten organisiert. 31 solcher Ketten gibt es mittlerweile am Markt.

Wie Hendges darlegte, favorisieren die Betreiber eindeutig den urbanen Sektor in überversorgten Gebieten. Aus dem durchschnittlichen Abrechnungsverhalten gehe klar hervor, dass in iMVZ – im Unterschied zu Einzelpraxen und BAG – eine deutliche Tendenz zu Über- und Fehlversorgung besteht. „Wir erkennen hier weder eine Motivation, sich an

der Versorgung im ländlichen Bereich zu beteiligen, noch eine Bereitschaft, die Versorgung vulnerabler Patientengruppen zu unterstützen. Das Leistungsgeschehen konzentriert sich im Wesentlichen auf die lukrativen Bereiche“, berichtete Hendges.

Ein Trojanisches Pferd wurde eingeschleust

Ziel der KZBV sei die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung. „Die Investoren verfolgen jedoch andere Motive, das liegt in der Natur des Geschäftsmodells. Die Krankenhausträger greifen über ein Trojanisches Pferd in die Versorgung ein“, sagte Hendges mit Verweis auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015, das die Gründung von arztgruppengleichen und auch reinen Zahnarzt-MVZ ohne fachlichen Bezug durch ein Krankenhaus oder eine nichtärztliche Dialyse-Einrichtung erst möglich machte.

„Es ist richtig, dass das Fremdkapital kapitalintensive Fachbereiche bevorzugt“, räumte Dr. Marcus Steffen Bauer, Senior Executive Advisor der Strategieberatung von PwC, ein. Wahr sei auch, dass der Fokus auf den Ballungszentren liege, da sich die MVZ an den Bevölkerungs- und an Demografiezahlen orientieren. Dennoch könne man aus seiner Sicht nicht von einem Ausverkauf sprechen. Man müsse bei der Analyse nicht nur die reine Rendite betrachten, sondern stattdessen eine „ehrliche Weiterentwicklungsperspektive“ in den Fokus nehmen. Was die Datenlage betrifft: „Wir sind nicht an dem Punkt, wo wir sagen können, wir haben hier eine Versorgungsgefährdung.“ „Die Daten sind nicht so schwach, dass wir keine Rückschlüsse ziehen können“, widersprach Hendges. „In ländlichen Bereichen können Versorgungsprobleme entstehen und genau dort lassen sich iMVZ nicht nieder.“ Für ihn stelle sich vielmehr die Frage, ob man dem Versorgungsauftrag in diesen Strukturen überhaupt gerecht werden kann. „Fakt ist: Kinder und Pflegebedürftige bleiben außen vor, weil ihre Behandlung nicht so lukrativ erscheint. Und wir wissen, dass Zahnärzte in MVZ klare Zielvorgaben bekommen. Höhere GOZ-Honorare sind dafür ein Beleg.“

Einzelpraxis oder MVZ – Ist das Konstrukt egal?

„Das Produkt ist auch bei uns die Versorgung von Patienten – verantwortet von Ärzten, die frei entscheiden“, entgegnete Dr. med. Michael Müller, Vorstandsvorsitzender



Der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Martin Hendges (li) und der ALM-Vorsitzende und MVZ-Geschäftsführer Dr. Michael Müller mit Moderatorin Jessica Hanneken, Vice President der Hauptstadtrepräsentanz der BFShealth finance.

der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM) und Geschäftsführer der MVZ Labor 28 GmbH. Sein Ziel sei, die Versorgung und die Organisationsstrukturen zu verbessern, um gute Medizin liefern zu können. Am Ende sei es egal, ob es sich um eine Einzelpraxis handelt oder um ein MVZ: „Das Konstrukt ist nicht entscheidend.“ Auch MVZ können Müller zufolge für die Versorgung förderlich sein: „Kapitalintensive Strukturen sind, das hat die Pandemie gezeigt, reaktionsfähiger.“

Die junge Generation habe zudem andere Wünsche, was auch an der Entwicklung der Medizin liege, die sich immer digitaler, interdisziplinärer und in Richtung KI entwickle. „Junge Ärzte haben den Wunsch, gute Medizin zu machen und dabei flexibel und interdisziplinär zu arbeiten“, sagte Müller. „Sie wollen sich für ihren Beruf engagieren. Hier spielt natürlich auch die Willkommenskultur eine Rolle, Stichwort Bedarfsregelung. Maßgeblich ist aber auch, ob man das Risiko alleine schultern muss – oder eben nicht.“ Doch welche Bedürfnisse hat der Patient? „Der Patient muss wissen, bei wem er Leistungen in Anspruch nimmt“, verdeutlichte Hendges. „Im Moment kann er das nicht erkennen. Diese notwendige Transparenz können ein Register und das Praxisschild schaffen.“ Der Vorschlag der KZBV gehe deshalb dahin, das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) weiterzuentwickeln und die Gründungsbedingungen im urbanen Bereich zu begrenzen.

Transparenz ist sicherlich ein zentraler Aspekt

„Als selbstbestimmter Patient habe ich nicht die Möglichkeit, hinter die Kulissen zu schauen, was die Strukturen angeht“, stimmte Bauer zu. Transparenz ließe sich regulatorisch herstellen, zum Beispiel über das von Hendges genannte Register. Für Patienten sei aber auch von Interesse, wie oft der Zahnarzt die Behandlung schon durchgeführt hat und ob die Praxis abends um 22 Uhr noch geöffnet ist. Bauer plädierte darum für mehr „Pluralismus“ im Gesundheitswesen. „Wir sollten uns überlegen, wo wir Hardcore regulieren. Notwendiges Regulieren ja, aber wir sollten Finanzierungsmodelle schaffen, so dass Ärzte ihr ureigenstes System mit ihrem Ethos weiterentwickeln.“ „Wenn es um gute Versorgung geht, ist die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit und der Transparenz sicherlich ein zentraler Aspekt“, gab auch Müller zu. „Aber wenn die Bedingungen am Arbeitsplatz nicht förderlich sind, gehen die Ärzte dort auch nicht hin. Meinen Anspruch als Arzt, fachlich unabhängig zu sein, lasse ich mir nicht wegnehmen.“ „Entgegen der landläufigen Meinung, Zahnärzte könnten in MVZ flexibler arbeiten, ist es in Wirklichkeit umgekehrt“, stellte Hendges am Ende richtig: „Die Teilzeitquote in BAG und Einzelpraxen ist nachweislich viel höher.“ Nur 0,09 Prozent der Vertragszahnärzte sind laut Hendges übrigens in Investoren-MVZ tätig. ■

ck, Zahnärztliche Mitteilung (zm) Nr. 09/2021 vom 30.04.2021

INVESTOREN SIND FÜR ABGEBER ATTRAKTIV

Ulrich Sommer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank (apoBank), wandte sich eingangs live zugeschaltet mit einem kurzen Appell an die Runde: „Wir brauchen im Gesundheitswesen Strukturen, die von der Berufung geleitet sind!“ Er verwies in seinem Impulsvortrag darauf, dass hinter fast jedem sechsten ärztlichen MVZ Private Equity steht. „Das ist ein Sektor mit hoher Investitionskraft und hohem Investitionsbedarf“, führte Sommer aus. „Immer mehr Abgeber entscheiden sich für einen Investor und dieser Trend wird sich weiter verstärken.“

Sommer riet den Ärzten und Zahnärzten, in diesem Prozess ihr eigenes System nicht aus der Hand zu geben. Die apoBank stehe ihnen bei der Finanzierung ihrer Praxen verlässlich zur Seite.

FAKTEN ZU ZAHNÄRZTLICHEN MVZ

- ▶ Gab es Ende Dezember 2015 in Deutschland insgesamt 87 zMVZ (84 im Westen, 3 im Osten), sind es Ende März 2021 nach aktuellen Prognosen 1.155 (1.065 im Westen, 90 im Osten. Bei 247 waren Finanzinvestoren beteiligt.
- ▶ Von den 1.101 Ende 2020 zugelassenen zMVZ gehören 706 zu einer Kette. Allein die Jakobs Holding AG besitzt 45 zMVZ (Colosseum Deutschland).
- ▶ Vom vierten Quartal 2015 bis zum vierten Quartal 2020 stieg die Zahl der iMVZ in Deutschland von 11 auf 234. Dabei handelt es sich in der Regel nicht um Praxisneugründungen, sondern um Käufe von bereits bestehenden Zahnarztpraxen oder von Zahnärzten gegründeten MVZ.
- ▶ Höhere Renditen als in anderen Segmenten werden erzielt durch ein auf Rentabilität ausgerichtetes Management und die Standortwahl. Beim Weiterverkauf nach vier bis sieben Jahren soll ein größtmöglicher Verkaufspreis sichergestellt werden.
- ▶ Die Standortwahl konzentriert sich bei zMVZ stark auf jene Großstädte, die sich durch „eine überdurchschnittlich einkommensstarke sowie jüngere und weniger von Pflegebedürftigkeit betroffene Bevölkerung“ auszeichnen.
- ▶ Die Befunde zum Leistungsgeschehen und Abrechnungsverhalten stützen die These eines im Vergleich zu Einzelpraxen und BAG stärker am Ziel der Renditeoptimierung orientierten Vorgehens von iMVZ.

— aus dem Gutachten „Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung“ des IGES Instituts für die KZBV von Oktober 2020 und der neuesten KZBV-Statistik

kostenfreies
Werbemittelpaket



Scannen für Onlineversion

Ausbildungskampagne „Du bist alles für uns“

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

Praxis _____
(in schwarzer Schrift & Druckbuchstaben)

Straße _____

PLZ Ort _____

Postermotiv DIN A2 (bitte ankreuzen) 1 2 3



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

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



Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

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

Eindrucksvoller Blick in die Vergangenheit der DGZMK

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. Diese Erkenntnis findet in dem historischen Gruppenbild des Centralvereins Deutscher Zahnärzte zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts ihren ausdrucksstarken Beleg. Es entstand während der 45. Jahrestagung 1906 in Dresden, die vom 4. bis 6. August stattfand. Der Centralverein als Vorläufer der heutigen Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK) gilt mit dem Gründungsjahr 1859 als älteste nationale zahnmedizinische Vereinigung.

Diese Fotografie, zu der es leider keine Bildlegende gibt, offenbart nicht nur detaillierte Einblicke in die modischen Gewohnheiten der damaligen Zeit (man beachte hier besonders die aufwändige Staffage der Damen oder die gepflegten Bärte der Herren und den allgegenwärtigen „Vatermörder“). Es zeugt auch von Frohsinn und gewisser Heiterkeit, speziell wenn man auf den Bildrand oben links schaut. Dort halten zwei enthusiastisch wirkende Herren das Schild „Einlage“ hoch, man darf dahinter wohl die noch junge Endo-Fraktion vermuten? Und auch den Damen auf dem Foto kommt vielleicht eine besondere Rolle zu. Es müssen nicht alle Abgebildeten die Begleitung ihres jeweiligen Gatten gewesen sein, denn ab dem Jahr 1900 war auch Frauen das Medizinstudium gestattet. Vielleicht sehen wir hier also einige der ersten Zahnärztinnen Deutschlands!

Die Eleganz, mit der sich zwei der Protagonisten leger zu Füßen des in jenem Jahr aus dem Amt geschiedenen Präsidenten platzierten, des Amerikaners Prof. Dr. mult. Willoughby D. Miller (Präsident von 1900 bis 1906, Mitte der vorderen Reihe, mit dem Kreissägen-Hut und dem nach vorn weisenden Bart) hat etwas von schierem Sommer-Idyll. Neben dem Präsidenten dürfte seine Gattin abgelichtet sein, sie trägt eine Kopfbedeckung mit schwer identifizierbarer Flora. Der aus Sicht des Betrachtenden rechte Herr zu Füßen Millers könnte sein Nachfolger, Prof. Dr. Dr. Otto Walkhoff (1906-1926), sein. Miller wirkte übrigens 30 Jahre lang in Deutschland, sammelte sportliche Meriten als Deutscher Meister im Golfsport, und verstarb ein Jahr nach dieser Momentaufnahme in seiner Heimat USA an den Folgen einer Appendizitis. Miller hatte zunächst Chemie, Naturphilosophie und Angewandte Mathematik studiert, ehe er sich der Zahnmedizin und der Medizin widmete.



Laut Wikipedia erhielt er 1884 als erster Ausländer eine Professur an einer deutschen Universität, und zwar für operative Zahnheilkunde an der Charité. Er studierte zudem Bakteriologie bei Robert Koch und erwarb den Doktorgrad in Allgemeinmedizin. Sein Hauptwerk „The Microorganisms of the Human Mouth“ erschien 1890 und stellte die bahnbrechende und bis heute gültige Theorie auf, wonach Bakterien der Mundflora Kohlenhydrate zu Säuren abbauen, die ihrerseits den Zahnschmelz entkalken, anschließend können Bakterien in den Zahn eindringen und das Dentin zerstören. Damit stellte er die zahnmedizinische Forschung auf eine solide biologische Basis. Alle wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der Kariesprophylaxe seither stützen sich bekanntlich auf Millers Forschungsarbeit.

Inhaltlich beschäftigte die Jahrestagung sich u.a. mit den damals gängigen Narkoseverfahren und der daraus resultierenden Mortalität. Aus heutiger Sicht höchst interessant dürfte dabei die Feststellung sein, dass im Jahr 1905 weniger Narkotika eingesetzt wurden, weil Kokain und Novokain mit Nebennierenextrakt häufiger angewendet wurden und diese Form der Lokalanästhesie die allgemeine Betäubung in hohem Maß überflüssig machte. Außerdem stellte Zahnarzt Kunert Brückenarbeiten nach dem Gussverfahren mit Schraubenbefestigung vor. Wer mehr über die Historie des CvDZ erfahren möchte, dem sei die „Geschichte des Centralvereins Deutscher Zahnärzte 1859-1909“ von Julius Pareidt empfohlen, die 1909 im Springer-Verlag erschienen ist. Dieses Foto hat eine Antikliebhaberin aus Bonn der DGZMK zur Verfügung gestellt. Sie hatte einen Fotorahmen vor Jahren auf einem Antikmarkt in Linz erworben, die historische Aufnahme bildete die Rückwand zu einer Christusszene von Ludwig Max Roth (Düsseldorf). Die Gesamtgröße des Blattes beträgt 45 x 61 Zentimeter, es besticht durch seine Detailtreue. Das Foto wird künftig in der DGZMK-Geschäftsstelle in Düsseldorf zu bewundern sein. ■

_____ DGZMK, Pressemitteilung vom 11.05.2021

Prophylaxe in der Kieferorthopädie

UNTERSUCHUNG SUBKLINISCHER KARIESRISIKOPARAMETER

Ein Beitrag von Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich



Karies ist eine multikausale Erkrankung. Qualitätssicherung in der Prävention und während einer kieferorthopädischen Behandlung bedeutet eine regelmäßige Reevaluation des Kariesrisikos mit einer entsprechenden Neuformulierung der präventiven Ziele beziehungsweise der sich aus der Risikodiagnostik heraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen. Die Untersuchung subklinischer Kariesrisikoparameter und damit die Bestimmung kariogener Bakterien sowie weiterer funktioneller Speichelparameter haben einen hohen Vorhersagewert für die Gesundheit und gelten daher als wichtige diagnostische Kriterien für den präventiven Behandlungserfolg.

Eingesetzte kieferorthopädische Geräte – insbesondere festsitzende Apparaturen – führen unweigerlich zu vermehrten Retentionsnischen für Plaquebakterien und Nahrungsreste. Hierbei ist es völlig unwichtig, ob es sich um konventionelle oder selbstligierende Brackets handelt. Gleiches gilt für die Materialunterschiede bei Metall, Kunststoff oder auch Keramik [1–5]. Die Mundhygiene ist deutlich erschwert und dadurch wird selbst ein mäßiger Konsum fermentierbarer Kohlenhydrate zu einem nicht unerheblichen Risikofaktor.

Hinzu kommt, dass sich die Ernährungssituation während längerdauernden festsitzenden kieferorthopädischen Be-

handlungen verändern kann. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn sich die Behandlung bis in die Pubertät hinzieht oder erst in dieser begonnen wird. In dieser Altersklasse wird das Kind beziehungsweise der/die Jugendliche erfahrungsgemäß zu einer vermehrten Zuckeraufnahme durch Snacks oder andere kariogene Zwischenmahlzeiten verleitet. Diese vermehrte Zucker- beziehungsweise Kohlenhydratzufuhr führt zu einem verstärkten Plaquewachstum und damit zu einer zunehmenden Kariesgefährdung.

Bei der adhäsiven Befestigung der Brackets können aufgrund von nicht vollständig entfernten Überschüssen von Befestigungskomposit zusätzliche Retentionsmöglichkeiten für die bakterielle Plaque entstehen. An den Übergängen zum Zahn können Rauigkeiten oft nicht ganz vermieden werden. Unter zusätzlichen Häkchen, Metallspiralfedern und Ösen findet die Plaque auf der Zahnschmelze ideale Bedingungen. Auch Nahrungsreste bleiben hier vermehrt hängen und bilden so ein Nahrungsreservoir für kariogene Keime.

Die Region zwischen Bracket und Zahnfleisch sowie der Interdentalbereich sind hier dem höchsten Risiko ausgesetzt. Beim Anfärben zeigen sich dort bei vielen Kindern trotz Mundhygieneunterweisung die Problemstellen. Wird hier nicht gegengesteuert, findet man nach dem Entfernen der festsitzenden Apparatur eine ausgeprägte Entmineralisierung in Form von White Spots vor, häufig in farblich deutlichem

Fotos: Dr. L. Laurisch



Abb. 1: Zustand nach zweijähriger festsitzender kieferorthopädischer Behandlung ohne prophylaktische Betreuung. Die Lokalisierung der Defekte entspricht den bevorzugten Plaqueretentionsstellen.



Abb. 2: Anfärbte Beläge nach Entfernung des Bogens. Im Bereich der Brackets und im Schatten des Bogens finden sich die meisten Beläge.

Kontrast zu dem durch das Befestigungskomposit „geschützten“ Bereich unter dem Bracket (Abb. 1). Auch gingivitischer Veränderungen durch Plaqueakkumulation treten vermehrt auf, ebenso stark geschwollene Papillen und verdickte Gingivalränder, insbesondere auch „Stauchungspapillen“, wenn mit Gummizügen oder Ketten gearbeitet wird [6].



Abb. 3: Auch bei herausnehmbaren Klammern ergeben sich – auch aufgrund der Zahnstellung – Hygienedefizite.

Erschwerte Zahnreinigung fördert Plaqueakkumulation

Nach dem Einbringen der festsitzenden Apparaturen ist das gewohnte Zähneputzen weniger effektiv. Die Zahnreinigung wird schwieriger und aufwendiger. An den mit Brackets versehenen bukkalen Zahnflächen lässt sich die Plaque mit den üblichen Zahnbürsten und der bis dahin verwendeten Putztechnik häufig nicht ausreichend entfernen (Abb. 2). Durch Bracket und Bogen wird der Abstand der Bürste vom Zahn zwangsläufig vergrößert und der Kontakt der Borstenenden mit dem Zahn erschwert oder verhindert. Die Bürste „schwebt“ nur auf dem Bracket beziehungsweise Bogen. Das Bracket wird geputzt, jedoch nicht die tieferliegende Zahnfläche. Auch eine durch Brackets oder herausstehende Bogenenden gereizte beziehungsweise verletzte Wangenschleimhaut erschwert mitunter die Mundhygiene. Die labial aufgebrachten Brackets verhindern zusätzlich eine „Selbstreinigung“ der Bukkalflächen durch den fehlenden Mundschleimhautkontakt bei Wangen- und Lippenbewegungen. Festsitzende Apparaturen können darüber hinaus auch weitere Beschwerden auslösen. So entstehen insbesondere in den ersten Tagen nach einem Bogenwechsel Druckschmerzen beim Zubeißen, da die Zahnbewegung die okklusalen Beziehungen in statischer Okklusion verändert. Die Zähne passen nicht mehr richtig aufeinander. Dadurch können sich weitere Ernährungsveränderungen ergeben: Faserreiche, kauaktive Nahrungsmittel werden eher gemieden und stattdessen wird weiche, breiige Kost bevorzugt, die oft durch einen höheren Zuckeranteil zusätzlich nachteilig ist. Dies bedeutet eine Substratzunahme für die azidogenen Bakterien. Die vermehrte Aufnahme kauinaktiver Nahrung kann auch eine Reduktion der Sekretionsrate bewirken, was wiederum einen negativen Einfluss auf die natürliche Abwehrsituation der Mundhöhle hat (Reduktion der Clearance, Absinken von Speichel-pH-Wert und Pufferkapazität).

Ähnliches gilt auch bei herausnehmbaren kieferorthopädischen Geräten, die ebenfalls die Plaqueakkumulation unter den angebrachten Halteelementen fördern, insbesondere wenn die Geräte beim Zähneputzen nicht aus der Mundhöhle entfernt werden (Abb. 3).

Höheres Kariesrisiko durch Veränderung des Biofilms

Aufgrund der sich verändernden Ernährung und der Hygienedefizite verändert sich auch der physiologische Biofilm. Die Zufuhr von hoch- und niedermolekularen Kohlenhyd-

raten verursacht einen Selektionsvorteil für azidogene und kariogene Bakterien, die allmählich die nicht pathogenen Bakterien aus dem physiologischen Biofilm verdrängen, da diese infolge der vermehrten Säureproduktion und des damit absinkenden pH-Werts auf Dauer nicht überlebensfähig sind. So entsteht aus der Homöostase langsam eine Dysbiose und ein entsprechend pathogener Biofilm [7] (Abb. 4).

Diese Veränderung des Biofilms bewirkt eine Zunahme des Kariesrisikos. Klinisch ergibt sich allerdings immer eine längere Zeitspanne von der Etablierung des pathogenen Biofilms bis zum Auftreten einer sichtbaren Veränderung der Zahnhartsubstanz (Demineralisation, Kavitation). Gerade diese Verzögerung zwischen Ursache (Dysbiose) und Wirkung (Demineralisation, Kavitation) kann für präventive Maßnahmen genutzt werden. Voraussetzung ist allerdings, diese Veränderung in der Mundhöhle rechtzeitig zu diagnostizieren [8].

So zeigten Langzeituntersuchungen zwar eine Zunahme der unstimulierten Sekretionsrate, aber gleichzeitig auch einen Anstieg der Anzahl an Laktobazillen und eine Abnahme der Pufferkapazität. Beides deutet darauf hin, dass aufgrund der Zunahme azidogener Keime die natürliche Abwehrfunktion des oralen Biotops gegenüber Nahrungs- und Plaquesäuren vermindert wird [9]. Um dies nachzuweisen, sind die funktionellen und bakteriellen Speichelparameter zu bestimmen. Dies bedeutet eine Bestimmung des Speichel-pH-Werts, der Sekretionsrate und Pufferkapazität sowie der Anzahl an Streptococcus mutans-Bakterien und Laktobazillen [10].

Untersuchungen der letzten 20 Jahre konnten belegen, dass festsitzende kieferorthopädische Behandlungen folgende Nebenwirkungen auf das Mundbiotop haben können:

- ▶ Es findet eine starke Plaqueentwicklung im Schatten des Bogens und zervikal statt (vgl. Abb. 2).
- ▶ Sowohl der Papillen-Blutungs-Index (PBI) als auch der Plaqueindex (PI) steigen nahezu kontinuierlich und fast linear an [11].
- ▶ Es findet sich ein konstanter Anstieg der Streptococcus mutans-Zahlen [12].
- ▶ Aufgrund der individuellen Situation entstehen unterschiedliche Risikostellen in der Mundhöhle.

So zeigte eine Untersuchung, dass es an den mittleren Schneidezähnen zu einer geringeren Veränderung der Homöostase kam als an posterior stehenden Zähnen [13]. ▶▶



Abb. 4: Von der Homöostase zur Dysbiose: Ökologische Plaquehypothese modifiziert nach Schoilew K., Wolff B., Staehle H.J. u.a., Quintessenz 2016; 67 (2)135–144

- ▶▶ Durch die Zunahme azidogener Bakterien findet eine erhöhte Laktatproduktion statt. Diese bewirkt ein Absinken des Speichel-pH-Werts [10].
- ▶ Selbst nach intensiver Zahnreinigung verbleiben vitale Bakterien auf der Zahnoberfläche [14,15].
- ▶ Aufgrund der Veränderungen der Zahnstellung und der supragingivalen Biofilmsituation kann sich die Sulkusflora verändern und so das Wachstum parodontopathogener Keime begünstigen [14,15].
- ▶ Chlorhexidinhaltige Zahnpasten oder andere antimikrobielle Wirkstoffe bewirken nur eine geringe bis nicht vorhandene Reduktion von Streptococcus mutans. Dies ist durch eine schnelle Rekolonisation der Zahnoberflächen aufgrund der erhöhten Anzahl von Retentionsstellen bedingt [16].
- ▶ Aus demselben Grund ist die Wirkung fluoridhaltiger Spülungen zeitlich limitiert [17].

Aufgrund der Gesamtheit dieser Parameter verändert sich ein in Homöostase stehendes Mundbiotop langsam, aber unaufhaltsam zu einer dysbiotischen Situation. Letztlich wird diese Modifikation durch Verhaltensänderungen (schlechte Mundhygiene, hochfrequenter Konsum fermentierbarer Kohlenhydrate, Aufnahme weicher und damit wenig kauaktiver Nahrung) hervorgerufen, die in der Folge eine Veränderung in der subklinischen Situation bewirken (insuffiziente Speichelqualität bzw. -quantität, reduzierte Wirtsabwehr, Zunahme azidogener Keime). Die durch die kieferorthopädische Behandlung eingegliederten Behandlungsgeräte verstärken hierbei aufgrund der zahlreich entstehenden Retentionsstellen die Plaquebildung.

Die durch die kieferorthopädische Behandlung eingegliederten Behandlungsgeräte verstärken hierbei aufgrund der zahlreich entstehenden Retentionsstellen die Plaquebildung.

Untersuchung der subklinischen Risikoparameter

Eine regelmäßige, therapiebegleitende Untersuchung mit Bestimmung der subklinischen Risikoparameter ist in der Lage, die Veränderung des physiologischen hin zum pathogenen Biofilm schon vor dem Eintreten einer möglichen Hartsubstanzschädigung zu erkennen [10]. Der Selektionsvorteil azidogener Bakterien führt zwangsläufig zu einer Vermehrung insbesondere der bekannten und problemlos zu bestimmenden kariogenen Keime. Eine hohe Anzahl an Streptococcus mutans schafft einen Selektionsvorteil für azidurische Bakterien, Laktobazillen geben Auskunft über die Zuckeraufnahme des Patienten. Die von den Mutansstreptokokken massiv gebildeten Polysaccharide schützen den Biofilm vor äußeren Einflüssen (Fluoride, CHX) oder auch vor mechanischen Einwirkungen [18,19]. Die Untersuchung der subklinischen Risikoparameter umfasst:

- ▶ Bestimmung bakterieller Parameter: Anzahl an Streptococcus mutans sowie die Anzahl an Laktobazillen. Hierbei ist es möglich, die Menge an azidogenen Bakterien nicht nur im Speichel, sondern auch in der Plaque zu bestimmen. Dazu wird mit einem weichen Pinsel Plaque von der zu untersuchenden Stelle entnommen (Abb. 5) und anschließend auf einem Nährboden ausgestrichen. Die Abbildung 6 zeigt den Befund nach entsprechender Bebrütung des Tests über 24 Stunden (hier: KariesScreenTest 1).
- ▶ Bestimmung funktioneller Parameter: Sekretionsrate, Speichel-pH-Wert, Pufferkapazität (Hinweise zur Durchführung finden sich auf www.kariesscreentest.de).



Abb. 5: Plaqueentnahme zur Bestimmung derer Zusammensetzung



Abb. 6: Zustand nach Bebrütung des Tests über 24 Stunden: stark erhöhter Anteil an Streptococcus mutans, hohe Kariesgefährdung an dieser Stelle



Abb. 7: Die Bildreihe zeigt die klinische Ausgangssituation mit einem prognen Zwangsbiss im Milchgebiss, die Tendenz zu einem prognen Zwangsbiss im Wechselgebiss, den Zustand nach abgeschlossener KFO-Behandlung sowie die Recallbilder über 26 Jahre. Das Gebiss ist kariesfrei.

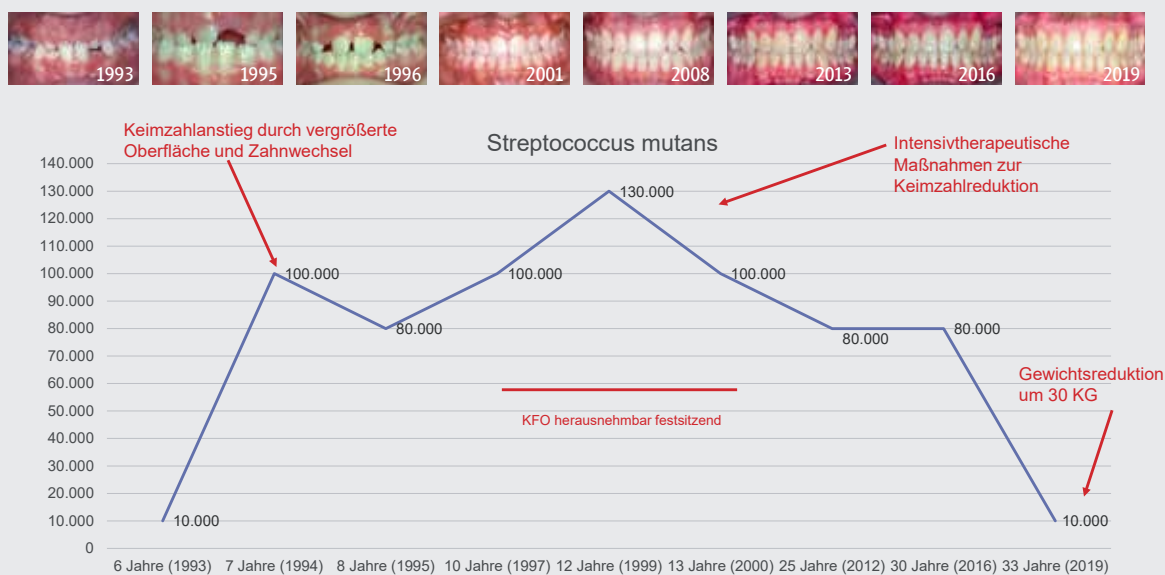


Abb. 8 Die kontinuierliche Kontrolle der Streptococcus mutans-Zahlen zeigte einen Anstieg im Wechselgebiss (Zunahme der Zahnoberfläche infolge des Zahndurchbruchs der bleibenden Zähne) sowie eine vermehrte Anzahl an Retentionsnischen in der Durchbruchphase. Während der festsitzenden kieferorthopädischen Behandlung erfolgte ein weiterer Anstieg der Streptococcus mutans-Zahlen. Nach Abschluss der KFO-Behandlung und Durchführung einer Intensivtherapie zur Keimzahlreduktion in Verbindung mit einer Ernährungsberatung sanken die Streptococcus mutans-Zahlen wieder ab.

Die Bestimmung funktioneller Parameter kann durch Speicheltests (z.B. KariesScreenTest) erfolgen und erkannte pathologische Veränderungen können dann frühzeitig therapiert werden [10,20–22]. Die Kenntnis dieser subklinischen Risikoparameter wird daher eine wichtige Detailinformation in der klinischen Gesamtbeurteilung von Gesundheit (Homöostase) oder Krankheit (Dysbiose)

eines Patienten. Mithilfe dieser Informationen kann eine Diagnosebasierte Individualprophylaxe (DIP) durchgeführt werden.

Exemplarischer Patientenfall

Die Abbildungen 7 bis 10 dokumentieren einen exemplarischen Patientenfall. Insgesamt konnten die Auswirkungen ►►

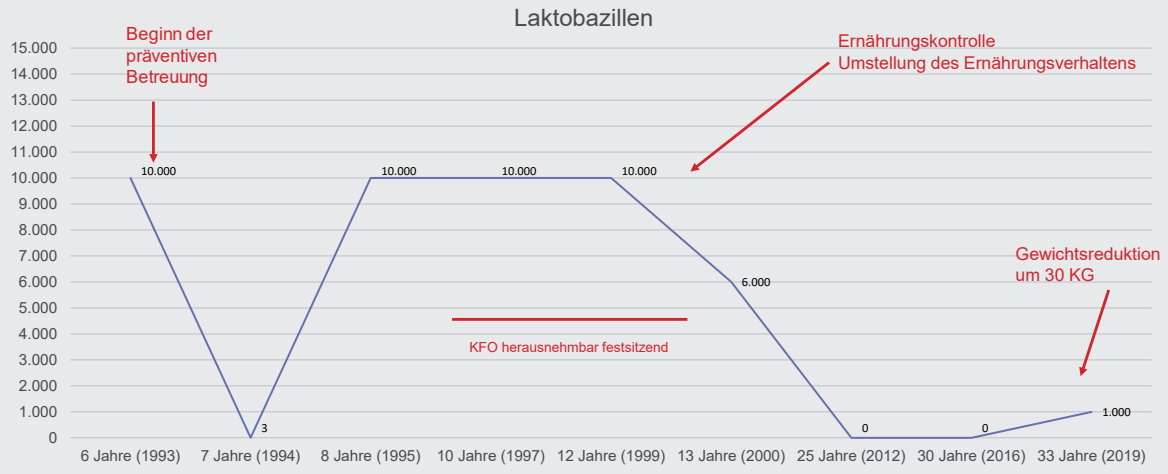
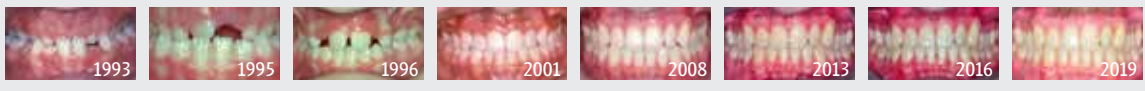


Abb. 9: Verlaufskontrolle der Laktobazillenzahlen: Die hohe Laktobazillenzahl aufgrund der ungünstigen Ernährungssituation zu Beginn der präventiven Betreuung wurde durch entsprechende Compliance gesenkt. Sie stieg im Laufe der feststehenden kieferorthopädischen Behandlung wieder an. Aufgrund der Säurebildung wurden ideale Bedingungen zur Vermehrung azidogener Bakterien (*Streptococcus mutans*) geschaffen. Nach Abschluss der Behandlungsmaßnahmen konnten die Laktobazillenzahlen durch Ernährungslenkung, Aufklärung und Remotivation wieder gesenkt werden (Zuckerreduktion) [10].

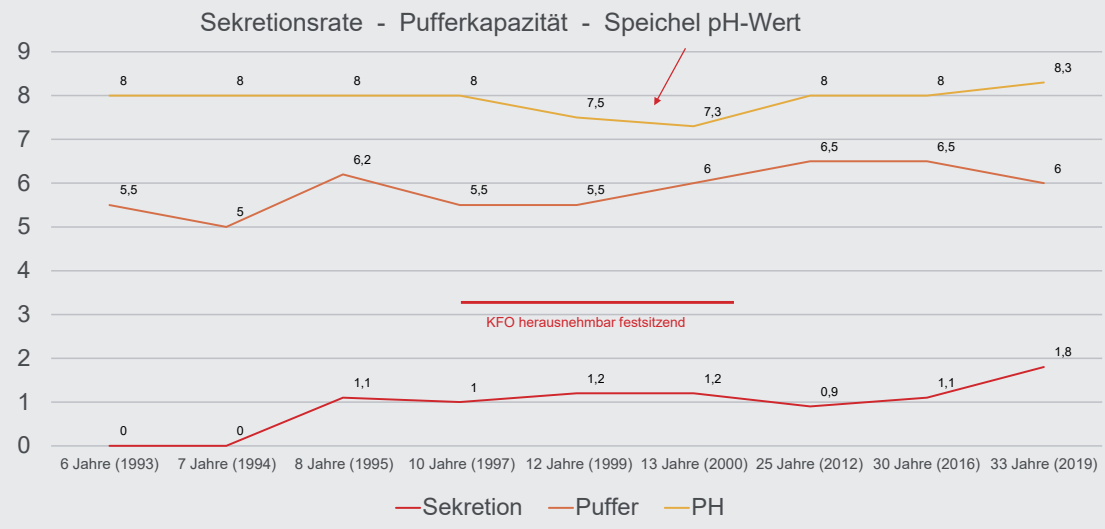


Abb. 10: Die funktionellen Parameter zeigen die Auswirkungen der Veränderung der Homöostase hin zur Dysbiose. Aufgrund der vermehrten Säureproduktion kam es zum Absinken des Speichel-pH-Werts. Die Sekretionsrate stieg während der kieferorthopädischen Behandlung leicht an. Aufgrund präventiver Maßnahmen konnten aber die Sekretionsrate und damit auch die Pufferkapazität konstant gehalten beziehungsweise etwas verbessert werden [9].

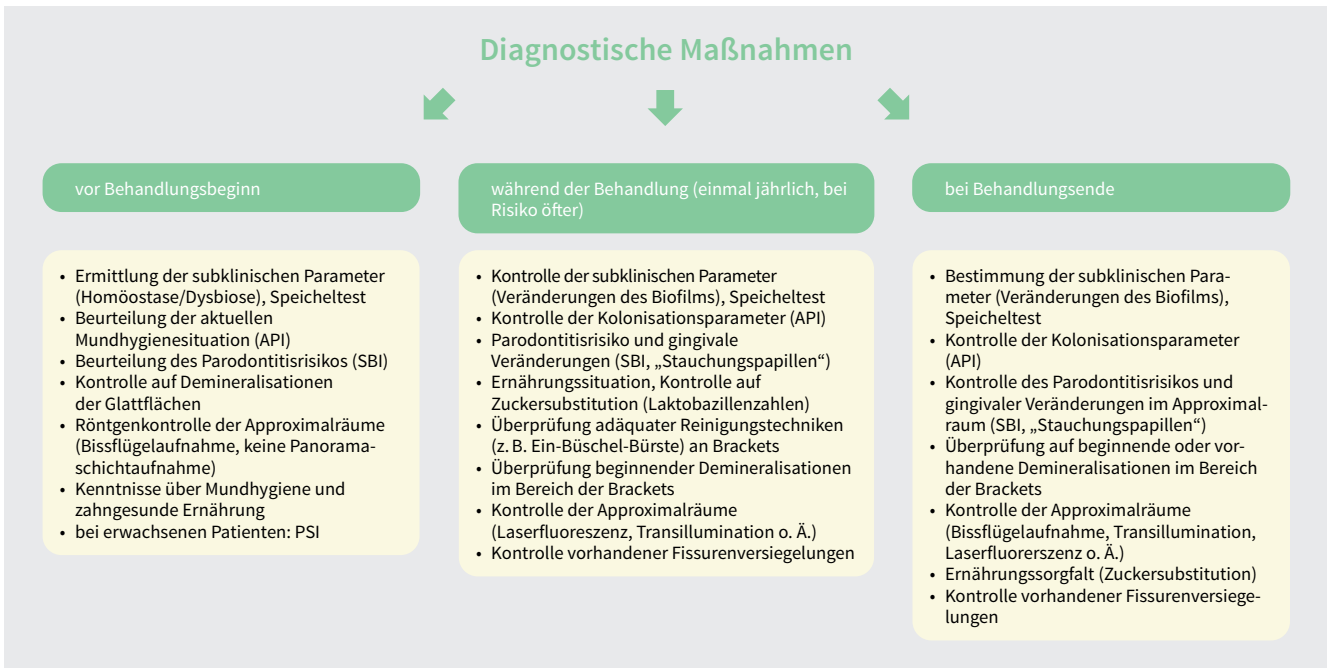


Abb. 11: Diagnostische Maßnahmen vor, während und nach der kieferorthopädischen Behandlung

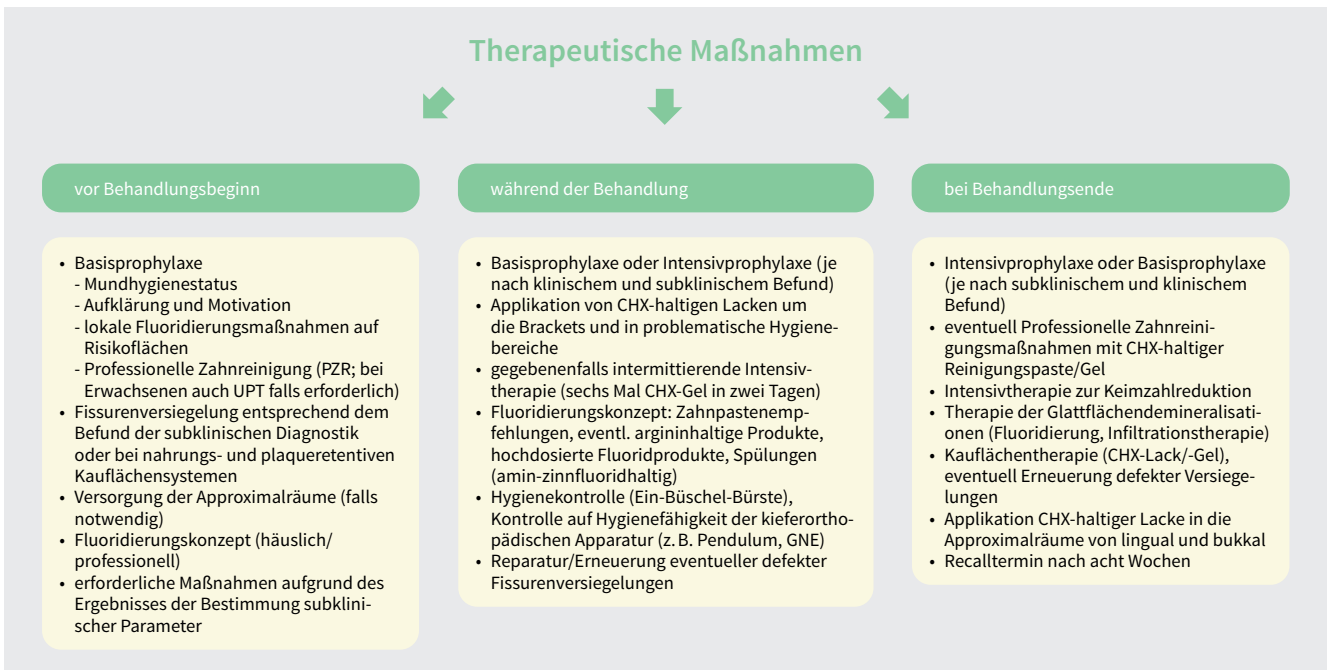


Abb. 12: Therapeutische Maßnahmen vor, während und nach der kieferorthopädischen Behandlung

►► der kieferorthopädischen Behandlung durch die regelmäßige Kontrolle subklinischer Parameter rechtzeitig erkannt und durch präventive Maßnahmen therapiert werden. Die Abbildungen 11 und 12 zeigen sowohl die diagnostischen als auch die sich hieraus ergebenden therapeutischen Maßnahmen vor, während und nach der kieferorthopädischen Behandlung [23].

Nachfolgend finden sich erklärende Hinweise zu einigen Punkten der in Abbildung 11 aufgeführten diagnostischen Maßnahmen [24,25]:

- Die Kontrolle subklinischer Parameter mithilfe eines Speicheltests liefert Informationen über die Beschaffenheit des Mundmilieus (Homöostase/Dysbiose). Die ermittelten Werte repräsentieren die Anfangssituation ►►



Abb. 13: Mundhygienehilfsmittel bei kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen



Abb. 14: Approximalraumbürste zur Reinigung unter dem Bogen

- ▶ vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung. Im Idealfall sollten bei Behandlungsabschluss oder auch bei den ersten Recallterminen die subklinischen Befunde wieder erreicht werden oder besser sein. Letzteres ist durchaus möglich, vor allem dann, wenn durch die kieferorthopädische Behandlung potenzielle kariogene Mikrobiotope beseitigt wurden [26].
- ▶ Bei sich verändernden Laktobazillenzahlen und einer zunehmenden Anzahl an Streptococcus mutans ist eine Ernährungsanalyse und -beratung mit dem Ziel der Zuckersubstitution angezeigt. Die Hygiene in den kritischen Zonen ist zu überprüfen, darüber hinaus sind professionelle Maßnahmen notwendig, die einen Einfluss auf die Kolonisationsparameter haben. Veränderungen der Sekretionsrate (1 ml/min) und der Pufferkapazität (zwischen pH 5 und pH 6) weisen auf eine Verminderung der Clearance sowie ein vermindertes Abwehrpotenzial der Mundhöhle gegenüber Nahrungs- und Plaquesäuren hin. Eine kauaktive Ernährung (eventuell auch unter Zuhilfenahme von zuckerfreiem Kaugummi) zur Beeinflussung der Sekretionsrate ist angezeigt. Grundsätzlich ergibt sich bei einer Verschlechterung der klinischen und subklinischen Risikoparameter ein erhöhter Prophylaxeaufwand.
- ▶ Eine adäquate Mundhygiene ist Voraussetzung, um eine festsitzende kieferorthopädische Behandlung verantworten zu können. Der Mundhygienestatus ist durch Plaque- und Blutungsindex zu ermitteln, um bereits vorab festgestellte Defizite zu benennen und den Patienten eingehend auf die damit verbundenen Gefahren (Plaque-Gingivitis) hinzuweisen beziehungsweise zur Verbesserung seiner Mundhygiene zu motivieren. Eine

ungenügende Mundhygiene mit der damit verbundenen erhöhten Kariesgefährdung ist eine Kontraindikation für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen. Eine ungenügende Mundhygiene kann auch nicht durch eine erhöhte Fluoridzufuhr ausgeglichen werden.

- ▶ Aufgrund der ermittelten klinischen und subklinischen Parameter kann ein individuelles Betreuungsprogramm erstellt werden, das sowohl in der Praxis als auch zu Hause durchgeführt wird, um ungünstige Auswirkungen auf Zahnschmelz und Gingiva durch das Tragen von festsitzenden Apparaturen zu vermeiden. Durch eine Intensivreinigung aller Zahnflächen mit Politur vor der adhäsiven Befestigung der Brackets wird in der Zahnarztpraxis für eine Optimierung der Startbedingungen gesorgt.

Im Folgenden finden sich erklärende Hinweise zu einigen Punkten der in Abbildung 12 aufgeführten therapeutischen Maßnahmen.

Häusliche Maßnahmen

Spezielle Zahnbürsten

Bei der Zahn- und Bracketreinigung ist ein größerer Zeitaufwand erforderlich und die Hilfsmittel sind individuell auf die veränderten Reinigungsbedingungen abzustimmen. Als problematisch erweist sich, dass durch Brackets und Bogen bei Bürsten mit planem Borstenfeld die Borstenden die Zahnfläche nicht richtig erreichen. So wird zwar das Bracket geputzt, jedoch nicht die darunterliegende Zahnfläche. Eine eingehende Mundhygieneunterweisung mit praktischer Übung hilft, den richtigen Gebrauch zu gewährleisten.



Abb. 15: Pulverstrahlreinigung hygienischer Problemzonen im Rahmen der präventiven Betreuung. Sie sollte auch bei normalen Kontrollbehandlungen durchgeführt werden.

Zur perfekten Reinigung sind Spezialbürsten erforderlich (Abb. 13). Bewährt haben sich zum Beispiel Bürsten mit nur zwei Reihen Borstenbüscheln sowie Monobüschelbürsten, die sich besser zur Reinigung unter dem Bogen platzieren lassen. Auch Handbürsten mit unterschiedlichen Borstenhöhen sind empfehlenswert. Bei vielen elektrischen Bürsten gibt es Spezialaufsätze für festsitzende Apparaturen. Auch mit Spiralbürsten, die für die Zwischenräume entwickelt wurden, kann unter dem Bogen gereinigt werden, wobei die Technik allerdings recht aufwendig ist.

Zwischenraumpflege

Durch den Bogen ist eine normale Reinigung der Zwischenräume mit Zahnseide nicht mehr möglich beziehungsweise so aufwendig, dass die Akzeptanz nur selten vorhanden ist. Effiziente häusliche Reinigungsmaßnahmen von lingual wären allerdings gerade jetzt besonders wichtig, da die Bildung von Plaque und Zahnstein begünstigt wird. Falls genügend Platz vorhanden ist, können Minizwischenraumbürsten eingesetzt werden (Abb. 14).

Zähneputzen nach jeder Mahlzeit

Die festsitzenden Apparaturen begünstigen das Hängenbleiben von Essensresten: Faserige, aber auch breiige Kost setzt sich nach den Mahlzeiten oft fest. Dies ist nicht nur ein ästhetisches Problem, sondern verlängert auch die Verweildauer von kariogenem Substrat im Mund. Ebenso können Zahnfleischentzündungen leichter entstehen. Daher ist eine Zahnreinigung nach jeder Mahlzeit empfehlenswert. Bei vielen festsitzenden Apparaturen ist auch das Kauen zuckerfreier Kaugummis zur Speichelstimulation problemlos möglich. ►►



Ausbildung und Schwangerschaft

Schwanger in der Ausbildung? – kein Grund zur Panik!

Sie sind durch die Schwangerschaft in einer neuen, vielleicht unerwarteten Lebenssituation. Nun gilt es in Ruhe abzuwägen, wie es mit Ihnen und Ihrer Ausbildung weiterläuft.

Mit Hilfe dieses neuen Flyers und unserer Hotline bleiben keine Fragen offen.

Den Flyer können Sie als pdf-Datei herunterladen:

https://zkn.de/fileadmin/user_upload/praxis-und-team/ausbildung-zfa/Schwangerschaft-Flyer.pdf



» Fluoridhaltige Spüllösungen

Auch ohne festsitzende Apparate besteht bei Kindern und Jugendlichen ein höherer Bedarf an Fluoriden, zumindest bis zwei Jahre nach Ende des Zahnwechsels (Beeinflussung der „posteruptiven Reifungsphase“). Während der kieferorthopädischen Behandlung ist die Notwendigkeit einer systematischen Anwendung noch stärker vorhanden. Eine tägliche Spülung mit fluoridhaltigen Lösungen ist eine wertvolle Unterstützung und wird im Normalfall auch bereitwillig durchgeführt, da es nicht viel Aufwand erfordert. Die Verweildauer im Mund muss jedoch beachtet werden, da es mit „mal eben spülen“ nicht getan ist. Auch darf das Spülen nicht als Ersatz für Mundhygienemaßnahmen betrachtet werden. Zinnfluoridhaltige Lösungen eignen sich besonders, da sie neben dem Fluoridierungseffekt auch eine bakteriostatische Wirkung besitzen.

Der täglichen Anwendung niedrigdosierter Fluoridlösungen ist während der Behandlungszeit der Vorrang gegenüber der einmal wöchentlichen Anwendung von konzentriertem Fluoridgelee zu geben. Trotzdem stellt diese Maßnahme je nach klinischem oder subklinischem Befund eine wertvolle Ergänzung dar. Für die Zeit der festsitzenden Behandlung kann auch die Verwendung von Spezialzahnpasten als Ergänzung zur üblichen Empfehlung von aminfluoridhaltigen Zahnpasten sinnvoll sein (z.B. Duraphat-Zahncreme).

Wöchentliches Anfärben zur Selbstkontrolle

Da Plaque im Alltag nahezu unsichtbar ist und durch die Brackets noch mehr „getarnt“ wird, empfiehlt es sich, zu Hause regelmäßig ein Anfärben durchzuführen. In Drogeriemärkten und Apotheken können Färbetabletten erworben werden; die Anwendung ist einfach. Durch die Visualisierung der Plaque kann die Gefahr erkannt und durch bessere Zahnreinigung gebannt werden. Die Abstände zwischen den Prophylaxesitzungen, bei denen Anfärben zu einer Standardmaßnahme gehören sollte, sind im Normalfall zu groß.

Professionelle Maßnahmen

Die häusliche Mitarbeit beim Tragen kieferorthopädischer Apparaturen ist zwar eine Voraussetzung für die Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch, allerdings sind hier Defizite nicht selten und müssen bestmöglich kompensiert werden. Eine spezielle Prophylaxebetreuung in der Zahnarztpraxis sorgt für eine intensive Kontrolle und Ergänzung der häuslichen Maßnahmen.

Die regelmäßige jährliche Kontrolle subklinischer Parameter ist ein objektives diagnostisches Kriterium, um rechtzeitig eine Veränderung des Mundbiotops von einer Homöostase hin zu einer Dysbiose zu diagnostizieren. So können präventive Maßnahmen eingeleitet werden, bevor es zu einer klinisch sichtbaren Veränderung kommt.

Bei allen kieferorthopädischen Kontrollsitzen sollte eine kurze Beurteilung der Mundhygiene erfolgen. Der Patient und gegebenenfalls die Erziehungsberechtigten werden so über die festgestellten Defizite informiert und weitere Schritte können veranlasst werden. Optimalerweise sollte sich der Patient während eines Bogenwechsels die Zähne putzen können.

Vierteljährliche Recalls

Im Gegensatz zu den üblicherweise halbjährlichen Prophylaxesitzungen ist oft eine Intensivierung in Form eines vierteljährlichen Recalls erforderlich. Bei Verschlechterung der Situation kann so direkt reagiert werden, bevor Schäden entstehen.

Mundhygienekontrolle, Unterweisung und Übung

Alle drei Monate sollte ein Mundhygienestatus mit Beurteilung der Plaque- und Blutungssituation (API, SBI) vorgenommen werden. In fast allen Fällen sind Probleme – zumindest an einzelnen Zahnflächen – erkennbar. Mitunter sind es kompakte, dicke Plaqueschichten, die in erstaunlich kurzer Zeit Entmineralisierungen und gingivale Schwellungen, Pseudotaschen und/oder eine Blutungsneigung verursachen können. Durch die festsitzenden Apparaturen sind diese Symptome oft nicht direkt wahrnehmbar, daher ist eine Visualisierung (Anfärben/intraorale Kamera/Papillenblutung) wichtig. Praktische Übungen mit den verwendeten Spezialhilfsmitteln schließen sich an.

Professionelle Zahnreinigung

Zu den Prophylaxesitzungen gehört die professionelle Entfernung von Biofilm und mineralisierten Ablagerungen. Zahnstein an den Frontzähnen ist häufig stärker vorhanden, wenn sich dort Brackets befinden. Insbesondere die Zwischenräume sind davon betroffen, auch dadurch begünstigt, dass eine häusliche Zwischenraumhygiene oft nur in Ausnahmefällen durchgeführt wird. Wenn sich Pseudotaschen entwickeln, ist die Gefahr von Konkrementbildung ebenfalls verstärkt. Idealerweise sollte bei jedem Bogenwechsel eine professionelle Reinigung der Problemzonen durchgeführt werden. Zusätzlich kann nach der Reinigung eine Applikation von CHX-Lack (EC 40) um die Brackets eine schnelle Rekolonisierung verzögern (su.) [27,28].

Reinigung mit einem Pulverstrahlgerät

Mit Polierkelchen und -bürstchen ist die Plaqueentfernung an den beklebten Zahnflächen nicht immer möglich. Stattdessen sind Pulverstrahlgeräte einzusetzen, die eine optimale Biofilmentfernung auch unter „Haken und Ösen“ ermöglichen (Abb. 15). Es dürfen allerdings nur solche Pulver verwendet werden, die keine Nachpolitur erfordern. Auch lassen sich mit der Anwendung von Airflow positive Auswirkungen auf die gingivale Situation erzielen.

Professionelle Fluoridierung mittels Gel/Lack

Durch relative Trockenlegung und Einhalten der erforderlichen Einwirkzeit können in der Praxis optimale Voraussetzungen für die Fluoridierung geschaffen werden. Es stehen je nach klinischem und subklinischem Befund hochwirksame Gele und Lacke zur Auswahl, wobei denen, die nicht für die Anwendung durch den Patienten zu Hause infrage kommen, als ergänzende Maßnahme der Vorrang zu geben ist.

Applikation von Chlorhexidin

Werden im Laufe der Behandlung trotz aller Bemühungen Entmineralisierungen in Form von White Spots (= initiale Defekte) oder gingivitischer Veränderungen festgestellt, ist eine Applikation von Chlorhexidin sinnvoll. Chlorhexidin-haltige Lacke bewirken eine Reduktion der Keimzahl am Applikationsort. Die Wirkung kann wenige Tage nach der Anwendung als Reduktion des Entzündungsgrades der Gingiva sichtbar werden.

Bei Risikofällen und sich verschlechternden subklinischen Parametern ist eine Wiederholung der Applikation mehrmals hintereinander bei den kieferorthopädischen Kontrollen sinnvoll. Ebenfalls kann in solchen Fällen nach Entfernung der Brackets eine Intensivtherapie zur Keimzahlreduktion erforderlich werden. Hierbei wird die Zahnreinigung 14 Tage mit einem Chlorhexidingel anstelle von Zahnpasta durchgeführt. Einige Wochen nach dieser Therapie ist eine erneute Kontrolle der subklinischen Parameter (SM, LB, Speichel-pH, Pufferkapazität, Sekretionsrate) sinnvoll. Damit kann überprüft werden, ob sich das Mundmilieu noch in einem dysbiotischen Zustand befindet oder ob sich eine Veränderung zu einer physiologischen Situation (Homöostase) ergeben hat. Ist Letzteres der Fall, kann der Patient wieder in das reguläre Recall mit halbjährlichen Terminen entlassen werden. Hierbei ist innerhalb der nächsten Jahre einmal jährlich eine Kontrolle der subklinischen Parameter sinnvoll. Dies vor allem, da klinische Studien gezeigt haben, dass 19-Jährige, die mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen behandelt worden waren, über fünf Jahre nach Abschluss der Behandlung deutlich mehr und stärker ausgeprägte Initialläsionen aufwiesen als eine Vergleichsgruppe, die nicht kieferorthopädisch behandelt worden war [29,13].

Zusammenfassung

Kieferorthopädische – insbesondere festsitzend durchgeführte – Behandlungen beeinflussen das Mundbiotop nachhaltig. Ohne eine konsekutive Überwachung subklinischer und klinischer Risikoparameter besteht die Gefahr einer ständigen Zunahme des Kariesrisikos. Die Veränderungen im Biotop Mundhöhle können durch entsprechende diagnostische Maßnahmen objektivierbar erfasst werden. Durch eine entsprechende Verlaufskontrolle können der

Erfolg zahnärztlicher Prävention und häuslicher Mitarbeit kontrolliert und Spätschäden an den Zähnen vermieden werden. ■

Korrespondenzadresse:

Dr. Lutz Laurisch, Arndtstraße 25, 41352 Korschenbroich
E-Mail: info@dr-laurisch.de

Literatur beim Verfasser

→ Vita

DR. LUTZ LAURISCH

- ▶ 1981 Entwicklung eines in den Praxisalltag integrierten Prophylaxe-konzeptes
- ▶ 1988 Veröffentlichung zur Diagnostik des individuellen Kariesrisikos unter Einbeziehung von mikrobiologischen Speicheluntersuchungen.
- ▶ 1989 Entwicklung eines einfachen Bakteriennachweiseverfahrens kariesrelevanter Keime
- ▶ 1993 Veröffentlichung eines Konzeptes zur systematischen Prävention der Fissurenkaries unter Einbeziehung chlorhexidinhaltiger Lacke
- ▶ 1994 Entwicklung der Soniflex-Seal Präparationsspitze für die minimalinvasive erweiterte Fissurenversiegelung (Fa. KaVo)
- ▶ 1997 Entwicklung eines neuen Selektivmediums für Streptococcus mutans und Entwicklung des CRT-Speicheltestverfahrens (Fa. IvoclarVivadent) zum Nachweis kariesrelevanter Keime.
- ▶ 1989 bis 1998 stellvert. Vorsitzender der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK.
- ▶ 2001 - 2009: Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
- ▶ 2002 Wrigley-Prophylaxe-Preis für das „jahrelange Engagement und die Verdienste um die zahnärztliche Fortbildung in der präventiven Zahnmedizin
- ▶ ab 2003: Lehrauftrag an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- ▶ 2004: Praktikerpreis der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde für den Vortrag: „Etablierung von Mutans-Streptokokken (MS) bei Kindern – Beobachtungen an Zwillingspaaren“ (Autorengruppe: Laurisch, L.; Viergutz, G.; Hetzer, G.);
- ▶ Ab 2012: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für präventive Zahnmedizin (DGPZM) in der DGZ
- ▶ 2013: Verleihung der goldenen Ehrennadel der DGZMK für die Verdienste um die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Konzepten in der Prophylaxe und Prävention oraler Erkrankungen und für die langjährige Mitwirkung in den Führungsgremien der DGZMK und der APW



Foto: Privat

Neue PAR-Klassifikation, neue PAR-Leitlinie, neue PAR-Richtlinie

TEIL 1 – NEUE KLASSIFIKATION DER PARODONTALEN UND PERI-IMPLANTÄREN ERKRANKUNGEN

Univ.-Prof. Dr. med. dent. Dr. med. Søren Jepsen, MS, Universitätsklinikum Bonn

Jetzt fügt sich alles zusammen: An der Neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen von 2018 ausgerichtet, wurde die gesamte Therapiestrecke der modernen Parodontitisbehandlung – vom Erstkontakt bis hin zur UPT – 2019 in einen therapeutischen Stufenplan überführt und dieser mit zahlreichen klinischen Empfehlungen Ende 2020 in einer S3-Leitlinie zur PAR-Therapie verabschiedet. Damit wichtige Elemente dieses Behandlungskonzepts nun auch in der Praxis wirtschaftlich umgesetzt werden können, befindet sich eine neue PAR-Richtlinie in Vorbereitung, die im Sommer 2021 in Kraft treten soll. (Der Beitrag basiert auf einer Publikation in *zm* 108, Nr. 13, 1.7.2018, 1556–1562) Seit Sommer 2018 gibt es eine neue Klassifikation parodontaler und peri-implantärer Erkrankungen. Erstmals wurde parodontale Gesundheit definiert, sowohl für ein gesundes als auch für ein reduziertes Parodontium. Die bisherige Einteilung in „chronische“ und „aggressive“ Parodontitis wurde abgelöst, und die Parodontitis wird jetzt in einer „Staging- und Grading-Matrix“ durch vier Stadien und drei Grade beschrieben. Gingivale Rezessionen wurden ebenfalls neu klassifiziert. Erstmals wurde auch eine

Klassifikation peri-implantärer Gesundheit, peri-implantärer Mukositis und Peri-Implantitis verabschiedet.

Klassifikationen in der Medizin/Zahnmedizin sind erforderlich, damit Behandler/-innen ihre Patienten/-innen richtig diagnostizieren und anschließend adäquat behandeln können. Sie sind aber auch für die Wissenschaft wichtig, um die Prävalenz, die Ätiopathogenese von Erkrankungen sowie deren Prognose, Verlauf und Therapie studieren zu können. In dieser kurzen Übersicht – dieser Bericht basiert auf den vier Konsensusberichten [Chapple et al., 2018; Papapanou et al., 2018; Jepsen et al., 2018; Berglundh et al., 2018] sowie der Einleitung [Caton et al., 2018] – werden die Ergebnisse des World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions vorgestellt. Die Konsensuskonferenz wurde gemeinsam von der American Academy of Periodontology (AAP) und der European Federation of Periodontology (EFP) organisiert und im November 2017 in Chicago durchgeführt. Es nahmen 110 Experten aus aller Welt daran teil. Die Ergebnisse sind im Juni 2018 zeitgleich im *Journal of Periodontology* und im *Journal of Clinical Periodontology* publiziert worden.



Abb. 1a: Konsensuskonferenz in Chicago



Abb. 1b: Ausgewiesene Experten aus aller Welt waren eingeladen, um eine zukünftige globale Akzeptanz und Verbreitung der neuen Klassifikationen sicherzustellen.

Parodontale Erkrankungen und Zustände										
Parodontale Gesundheit, Gingivale Erkrankungen			Parodontitis			Andere das Parodont betreffende Zustände				
Chapple, Mealey, et al. 2018 Consensus Report Trombelli et al. 2018			Papapanou, Sanz et al. 2018 Consensus Report Jepsen, Caton et al. 2018 Consensus Report Tonetti et al. 2018 Case Definitions			Jepsen, Caton et al. 2018 Consensus Report Papapanou, Sanz et al. 2018 Consensus Report				
Parodontale Gesundheit und Gingivale Gesundheit	Gingivitis: Biofilm-induziert	Gingivale Erkrankungen: Nicht-Biofilm-induziert	Nekrotisierende Parodontale Erkrankungen	Parodontitis	Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankung	Systemische Erkrankungen und Zustände mit Einfluss auf das Parodontium	Parodontale Abszesse und Endo-Paro-Läsionen	Mukogingivale Deformitäten und Zustände	Traumatische okklusale Kräfte	Zahn- und Zahnersatz bezogene Faktoren

Peri-implantäre Erkrankungen und Zustände			
Berglundh, Armitage et al. 2018 Consensus Report			
Peri-implantäre Gesundheit	Peri-implantäre Mukositis	Peri-Implantitis	Peri-implantäre Weich- und Hartgewebsdefizite

Tabelle 1: Themen und Konsensusberichte in der Übersicht.

Die Planungen für die neue Klassifikation hatten bereits 2015 begonnen. Ein Organisationsteam [für die EFP: Prof. Jepsen, Prof. Sanz, für die AAP: Prof. Caton, Prof. Papapanou, sowie Prof. Tonetti (Editor des JCP) und Prof. Kornman (Editor des JoP)] beauftragte ausgewiesene Experten aus aller Welt, insgesamt 19 Übersichtsarbeiten zu ausgewählten Themen anzufertigen, die alle relevanten Bereiche der Parodontologie und der Implantatzahnmedizin abdecken und den Hintergrund für die eigentliche Konsensarbeit liefern sollten. Ziel war es, die bestehende Klassifikation [Armitage, 1999] zu aktualisieren und erstmals auch eine Klassifikation für peri-implantäre Erkrankungen zu entwickeln. Großer Wert wurde darauf gelegt, eindeutige Falldefinitionen zu entwickeln und diagnostische Kriterien festzulegen, die dem Kliniker die Anwendung am Patienten erleichtern sollen.

Diese 19 Manuskripte wurden einem sehr rigiden mehrfachen Begutachtungsprozess durch Experten unterzogen, bevor sie dann rechtzeitig vor der eigentlichen Konsensuskonferenz allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden konnten.

In Chicago galt es dann, in vier Arbeitsgruppen die Schlüsselergebnisse im Konsens zu verabschieden (Abbildung 1) und die Konsensusberichte zu verfassen. Ausgewiesene

Experten aus aller Welt waren dazu eingeladen, auch um auf diese Weise eine zukünftige globale Akzeptanz und Verbreitung der neuen Klassifikation sicherzustellen. In Tabelle 1 sind Themen und Konsensusberichte in der Übersicht dargestellt.

Aus deutscher Sicht sehr erfreulich war es, dass die deutschsprachigen Teilnehmer sehr zahlreich vertreten waren, was das mittlerweile hohe Ansehen der deutschen Parodontologie in der Welt dokumentiert (Abbildung 2).

Parodontale Gesundheit, Gingivitis und gingivale Erkrankungen

Im Workshop wurde erstmals parodontale Gesundheit beschrieben und es wurden Schwellenwerte festgelegt, die einen Fall von Gingivitis im Gegensatz zu vereinzelten Messstellen mit gingivaler Entzündung definieren. Dabei wurde die Sondierungsblutung als primäre Messgröße vereinbart [Lang & Barthold, 2018; Trombelli et al., 2018]. Eine besondere Herausforderung bestand darin, parodontale Gesundheit und gingivale Entzündung eines reduzierten Parodonts nach Abschluss erfolgreicher PAR-Therapie zu beschreiben. Konkret: Wenn ein solcher Patient erneut Zeichen gingivaler Entzündung zeigt, ist er dann ein Gingivitis-Patient? Dies würde außer Acht lassen, dass ►►



Abb. 2: Die deutschsprachigen Teilnehmer waren sehr zahlreich vertreten. In der Mitte, hinten, der Autor, Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen

► ein Patient mit behandelter Parodontitis das Risiko in sich trägt, erneut an Parodontitis zu erkranken. Deshalb wurden konkrete Definitionen auf der Grundlage von Sondierungstiefen und Blutungswerten vereinbart, um zwischen gingivaler Gesundheit und Entzündung nach abgeschlossener Parodontistherapie unterscheiden zu können. Dies ist wichtig, um die umfassendere Betreuung und Kontrolle (Unterstützende Parodontalthherapie = UPT) derjenigen Patienten zu gewährleisten, deren aktive PAR-Therapie erfolgreich abgeschlossen wurde. Übereinstimmung

bestand nämlich darin, dass ein Patient mit Gingivitis in einen Zustand der Gesundheit gebracht werden kann, wohingegen ein Parodontitis-Patient lebenslang ein solcher bleibt, sogar nach erfolgreicher Therapie, und lebenslanger unterstützender Betreuung (UPT) bedarf, um ein Wiederauftreten der Erkrankung zu verhindern [Chapple et al., 2018]. Die große Gruppe der nicht-plaque-induzierten gingivalen Erkrankungen und Zustände wurde ebenfalls neu beschrieben und untergliedert [Murakami et al., 2018].

Neue Klassifikation der Parodontitis

In den letzten 30 Jahren wurde die Klassifikation der Parodontitis immer wieder modifiziert, um sie mit den jeweils neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in Einklang zu bringen. Seit der letzten Klassifikation von 1999 gibt es einen großen Wissenszuwachs aus epidemiologischen, klinischen und grundlagen-wissenschaftlichen Studien. Die eingehende Sichtung aller vorliegenden Evidenz führte dazu, dass auf dem 2017er Workshop ein neues Rahmenwerk zur Klassifikation der Parodontitis entwickelt wurde [Papapanou et al., 2018]. In Übereinstimmung mit dem

Parodontitis-Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	interdentaler CAL an Stellen mit höchstem Verlust	1–2 mm	3–4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	KA	<15%	15–33%	>33%	
	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	kein Zahnverlust		≤4 Zähne	≥5 Zähne
Komplexität	lokal	<ul style="list-style-type: none"> • ST ≤4 mm • vorwiegend horizontaler KA 	<ul style="list-style-type: none"> • ST 5 mm • vorwiegend horizontaler KA 	Zusätzlich zu Stadium II: <ul style="list-style-type: none"> • ST ≥6 mm • vertikal. KA ≥3 mm • FB Grad II oder III 	Zusätzlich zu Stadium III: Komplexe Rehabilitation erforderlich aufgrund von: <ul style="list-style-type: none"> • mastikatorischer Dysfunktion • sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥Grad 2) • Zahnwanderung • ausgeprägtem Kammdefekt • Bisshöhenverlust • <20 Restzähnen (10 okkludierende Paare)
	Ausmaß & Verteilung	wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	für jedes Stadium Ausmaß als lokalisiert (<30% der Zähne betroffen), generalisiert oder Molaren-Inzisivi-Muster beschreiben		

Für das erste Staging sollte CAL herangezogen werden. Falls nicht verfügbar, sollt der KA verwendet werden. Die Information zum Zahnverlust kann das Staging auch in Abwesenheit anderer Komplexitätsfaktoren verändern. Oft sind nicht alle Komplexitätsfaktoren vorhanden, aber es wird auch nur ein einziger benötigt, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern. Für Patienten nach aktiver Therapie stellen CAL und KA weiterhin die primären Determinanten des Stadiums dar. Auch wenn Komplexitätsfaktoren, die zu höherem Staging geführt hatten, durch die Behandlung eliminiert wurden, soll doch keine Herabstufung erfolgen, weil dieser Faktor immer in der Erhaltungstherapie Berücksichtigung finden sollte.

Tabelle 2: Das Stadium der Parodontitis in vier Kategorien (I bis IV)

Parodontitis GRADING			GRAD A: langsame Progressions- rate	GRAD B: moderate Progressions- rate	GRAD C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	direkte Evidenz für Progression	longitudinale Daten für KA oder CAL	kein Verlust	<2 mm über 5 Jahre	≥2 mm über 5 Jahre
	indirekte Evidenz für Progression	KA (%)/Alter	<0,25	0,25–1,0	>1,0
Phänotyp		<ul style="list-style-type: none"> erheblicher Biofilm mit geringer parodontaler Destruktion 	<ul style="list-style-type: none"> Zerstörung proportional zum Biofilm 	<ul style="list-style-type: none"> Zerstörung unproportional zu Biofilm Episoden rapider Zerstörung früher Erkrankungsbeginn (z. B. Molaren-Inzisivi-Muster oder behandlungsresistente Erkrankung) 	
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher <10 Zig./ Tag	Raucher ≥10 Zigaretten / Tag
		Diabetes	kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c <7,0% bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥7,0% bei Patienten mit Diabetes

Das Grading sollte als Indikator für die Geschwindigkeit der Parodontitis-Progression verwendet werden. Die primären Kriterien sind entweder direkte oder indirekte Evidenz für Progression. Sofern vorhanden, wird direkte Evidenz verwendet. Wenn diese nicht vorliegt, kann indirekt über die Relation des KA zum Lebensalter des Patienten bei dem am stärksten betroffenen Zahn auf die vergangene Progression geschlossen werden. Zunächst sollte allen Patienten ein Grad B zugeordnet werden. Danach soll nach Evidenz gesucht werden, die eine Einstufung in Grad A oder C rechtfertigen würde. Ähnlich dem Staging kann nach Bestimmung des Gradings eine Modifikation auf der Basis von Risikofaktoren erfolgen.

CAL = klinischer Attachmentverlust / **FB** = Furkationsbeteiligung / **HbA1c** = glykiertes Hämoglobin /

KA = röntgenologischer Knochenabbau / **ST** = Sondierungstiefe / **Zig.** = Zigaretten

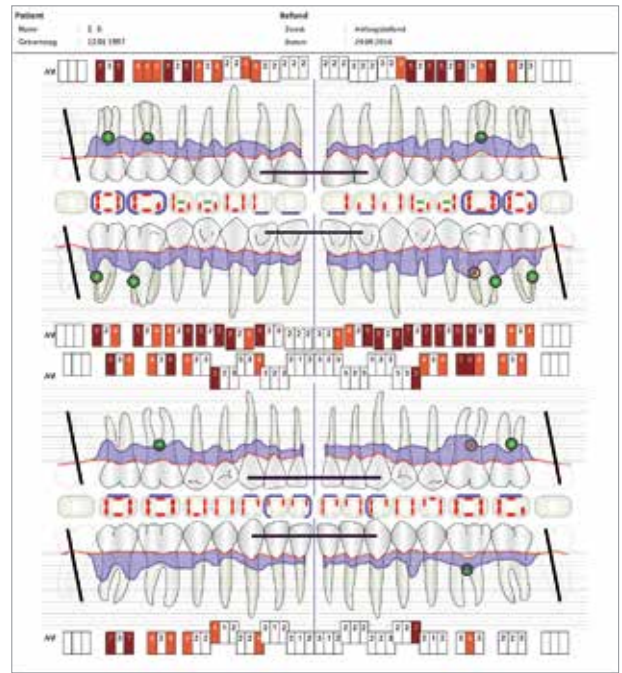
Tabelle 3: Der Grad der Parodontitis in drei Kategorien (A bis C)

aktuellen Wissensstand zur Pathophysiologie und dem klinischen Krankheitsbild können drei Formen der Parodontitis unterschieden werden: Nekrotisierende Parodontitis [Herrera et al., 2018], Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen [Albandar et al., 2018, Jepsen et al., 2018] und diejenigen Formen der Erkrankung, die bisher in „chronisch“ oder „aggressiv“ eingeteilt wurden und jetzt vereint sind in einer einzigen Kategorie „Parodontitis“ [Papapanou et al., 2018, Needleman et al., 2018, Billings et al., 2018, Tonetti et al., 2018]. Darüber hinaus wurde vereinbart, „Parodontitis“ im Rahmen einer multi-dimensionalen „Staging and Grading“-Matrix näher zu charakterisieren. Dabei ist Staging – das Stadium der Erkrankung – abhängig vom Schweregrad bei Diagnose und auch von der Komplexität ihrer Behandlung, während das Grading – der Grad der Erkrankung – zusätzliche Informationen hinsichtlich der Krankheitsprogression und der Risiken bietet [Papapanou et al., 2018, Tonetti et al., 2018].

Das Stadium der Parodontitis ist in vier Kategorien unterteilt (Stadium I bis IV) und wird durch klinische und röntgenologische Befunde bestimmt wie: klinischer Attachmentverlust, röntgenologischer Knochenabbau, Sondierungstiefen, vertikale Defekte und Furkationsbeteiligung, Zahnbeweglichkeit und Zahnverluste aufgrund von Parodontitis (Tabelle 2). Stadium I entspricht einer frühen, beginnenden Parodontitis. Im Stadium II betrifft die parodontale Destruktion das koronale Wurzeldrittel, es liegen parodontale Taschen (bis

5 mm) vor, aber der Patient hat noch keine Zähne durch Parodontitis verloren. Diese Erkrankungsstadien können in der Regel durch nichtchirurgische Therapie kontrolliert werden, und ihre Langzeitprognose ist sehr gut, insofern der Patient Compliance hinsichtlich Mundhygiene und UPT zeigt. Stadium III steht für eine fortgeschrittene Parodontitis, bei der die Destruktion über das koronale Wurzeldrittel hinausgeht. Vertikale und/oder Furkationsdefekte liegen vor, und eine begrenzte Zahl von Zähnen kann bereits verloren gegangen sein. All dies macht die Therapie komplex, und in der Regel sind chirurgische Maßnahmen erforderlich. Stadium IV ist durch noch größere Schwere und Komplexität der Erkrankung und fortgeschrittene Zahnverluste (≥ 5 Zähne) und eine möglicherweise gestörte Kaufunktion charakterisiert. Dieses Stadium verlangt zumeist eine komplexe interdisziplinäre Behandlung, die über eine alleinige PAR-Therapie hinausgeht.

Der Grad der Parodontitis ist in drei Kategorien unterteilt (Grad A – niedriges Risiko, Grad B – mittleres Risiko, Grad C – hohes Risiko für Krankheitsprogression) und beinhaltet auch andere Aspekte, wie Rauchen oder metabolische Kontrolle eines Diabetes mellitus. Dadurch kann der Behandler individuelle Patientenfaktoren in die Diagnose einbringen, die für eine umfassende Behandlung von großer Bedeutung sind (Tabelle 3). Die Diagnosestellung ist nach etwas Training relativ einfach und hier durch zwei klinische Patientenfälle illustriert (Abbildungen 3 a–c und 4 a–c). ►►



Fotos: Dr. Sven Wenzel (Kochten/Bonn)

Abb. 3: Patientin, 19 Jahre mit der Diagnose „Generalisierte Parodontitis im Stadium III, Grad C“:
a) klinische Ansicht, b) parodontaler Attachmentstatus, c) Röntgenstatus

►► Insgesamt gesehen bietet diese Staging- und Grading-Matrix große Vorteile hinsichtlich einer individualisierten Diagnose und damit auch Therapie – ganz im Sinne einer modernen „personalisierten Medizin“ (precision medicine). Dieses System hat außerdem den großen Vorteil, dass es erlaubt, in der Zukunft jederzeit Aktualisierungen und Anpassungen vorzunehmen, sobald neue Erkenntnisse – beispielsweise validierte Biomarker – vorliegen sollten. Die EFP hat klinische Leitfäden und Trainingsmaterial mit Entscheidungsbäumen entwickelt, die in deutscher Übersetzung auf der Homepage der DG PARO kostenfrei abgerufen werden können (Abbildung 5).

Konkretes Vorgehen anhand eines Patientenfalls

Im Folgenden werden das konkrete Vorgehen und die Anwendung der Systematik aus den Entscheidungsbäumen anhand eines Patientenfalls gezeigt [Quelle: Bunke, J & Jepsen, K (2019)]. Mit der Neuen Klassifikation arbeiten: Staging und Grading der Parodontitis am Patientenfall, zm 109, Nr. 12, 16.6.2019).

Die 57-jährige Patientin stellte sich im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Bonn vor. Ihr Wunsch war ein maximaler Zahnerhalt. Hauptbeschwerden äußerte die Patientin am Zahn 26, von dem kürzlich ein Abszess ausging. In der Vergangenheit hatte die Patientin mehrere Zähne aufgrund von Zahnlockerung verloren. Die Patientin war Nichtraucherin, Allgemeinerkrankungen wurden verneint und es bestand keine regelmäßige Medikation. Die Familienanamnese ergab, dass bei der Mutter bereits im Alter von 40 Jahren Zähne durch Parodontitis verloren gegangen waren und ein Zahnersatz vorlag. Ihre Mundhygiene war als mäßig zu bezeichnen.

Extraoraler und intraoraler Befund

Es lagen Gelenkgeräusche und eine Deviation bei Mundöffnung bei ansonsten unauffälligem extraoralem Befund vor. Die Schleimhäute waren ohne pathologischen Befund. Es fehlten die Zähne 17, 27, 37, 47. Das Gebiss war konservierend versorgt, am Zahn 21 zeigte sich eine erneuerungsbedürftige Füllung (Sekundärkaries). Alle Zähne reagierten auf den CO₂-Kältetest, Zahn 26 zeigte eine verzögerte Reaktion. Perkussionsempfindlichkeiten lagen nicht vor. Es fanden sich generalisierte harte und weiche Beläge. Die marginale Gingiva war generalisiert entzündlich verändert, an Zahn 14 entleerte sich putrides Exsudat aus der Zahnfleischtasche (Abbildung 6). Es traten Sondierungstiefen von bis zu 12 mm auf; im Ober- und Unterkieferfrontzahnbereich lagen Sondierungstiefen von maximal 4 mm vor. Der maximale interdentale klinische Attachmentverlust (CAL) lag bei 13 mm (Zahn 35). Es zeigten sich Furkationsbeteiligungen von Grad II oder III an allen Molaren sowie von Grad II an einem oberen ersten Prämolaren. Eine Zahnbeweglichkeit von Grad I konnte an den Zähnen 26, 36 und 46 und von Grad II am Zahn 35 festgestellt werden (Abbildung 7).

Röntgenbefund

Auf dem Röntgenstatus zeigt sich an den Zähnen 16, 13, 12, 11, 26, 35, 31, 41, 45 und 46 ein horizontaler Knochenabbau bis in das mittlere Wurzeldrittel oder darüber hinaus. Zahn 35 zeigt zusätzlich vertikalen Knochenabbau mesial und distal. Eine interradikuläre Aufhellung ist an den Zähnen 26, 36 und 46 zu sehen. Am Zahn 26 liegt eine periapikale Aufhellung vor. An Zahn 46 findet sich eine röntgendichte Ablagerung auf der Wurzelfläche im Sinne eines Konkrements. Der Zahn 11 ist elongiert (Abbildung 8). ►►

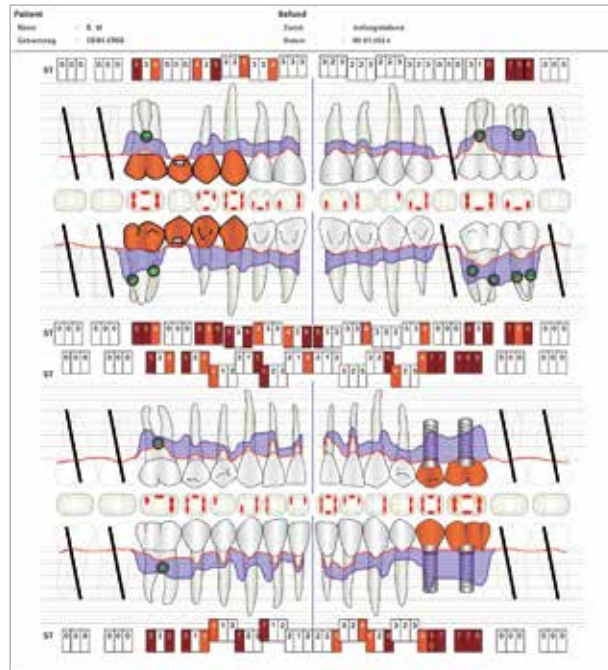
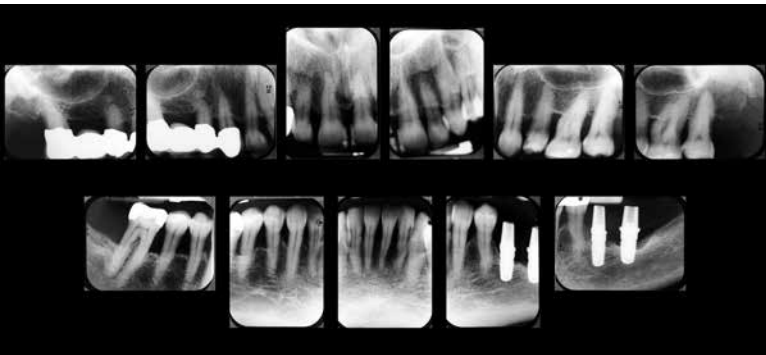


Foto: Dr. Tobias Weller, PD Dr. Karin Jespen (Bonn)

Abb. 4: Patientin, 48, Jahre mit den Diagnosen „Generalisierte Parodontitis im Stadium IV, Grad B“ sowie „Peri-Implantitis“:
a) klinische Ansicht, b) parodontaler Attachmentstatus, c) Röntgenstatus

FACHLICHES



Abb. 5.: Die klinischen Leitfäden und das Trainingsmaterial der EFP mit Entscheidungsbäumen können in deutscher Übersetzung auf der Homepage der DG PARO kostenfrei abgerufen werden. (www.dgparo.de)



Abb. 6: 57-jährige Patientin

► **Klassifizierung zur Diagnosefindung**

(schrittweises Vorgehen nach der im klinischen Leitfaden „Parodontitis: Klinischer Entscheidungsbaum“ beschriebenen Systematik)

Schritt 1:

Neuer Patient

- Die Patientin hat erkennbaren röntgenologischen Knochenabbau (KA)
- Die Patientin hat klinisch interdentalen Attachmentverlust (CAL)

→ Es besteht der Verdacht auf eine Parodontitis.

Schritt 2:

Patient mit Verdacht auf Parodontitis

- Der klinische Attachmentverlust ist nicht nur durch lokale Faktoren (Endo-Paro-Läsionen, vertikale Wurzelfrakturen, Karies, Restauration oder impaktierte dritte Molaren) verursacht.
- Der klinische Attachmentverlust ist an mehr als einem nichtbenachbarten Zahn vorhanden.

→ Es handelt sich um einen Fall von Parodontitis. Wenn Sondierungstiefen (ST) von 4 mm oder mehr vorliegen, sollte nun eine Beurteilung von Stadium und Grad vorgenommen werden.

Schritt 3a:

Der Patient ist ein Fall von Parodontitis, dessen Stadium festgelegt werden muss (Tabelle 2)

Ausmaß

Es handelt sich nach der Beurteilung der Attachmentwerte beziehungsweise des Knochenabbaus um eine generalisierte Form der Erkrankung, da mehr als 30 Prozent der Zähne betroffen sind.

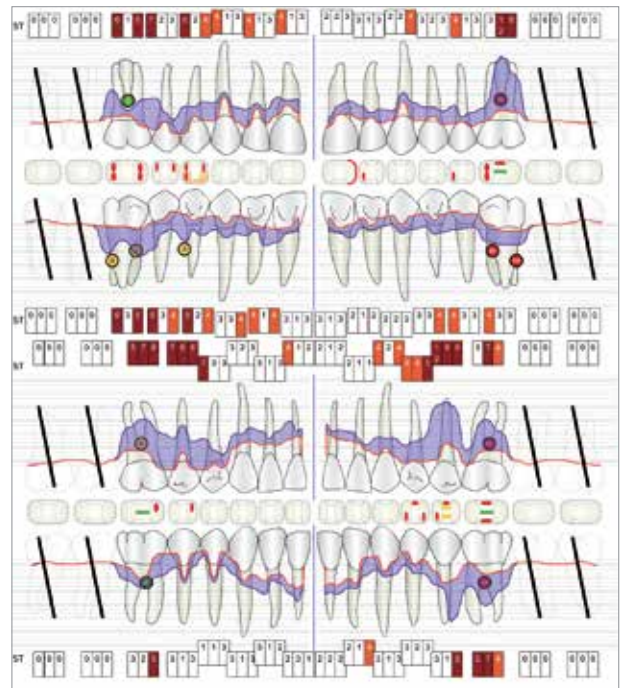


Abb. 7: 57-jährige Patientin, parodontaler Attachmentstatus

Schwere

- Die Patientin hat erkennbaren röntgenologischen Knochenabbau (KA) bis ins mittlere Wurzeldrittel oder darüber hinaus.
- Die Patientin hat interdentalen Attachmentverlust (CAL) von ≥ 5 mm an der Stelle mit dem höchsten Verlust.
- Die Patientin hat einen Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von vier Zähnen.

(Abbildung 8: Röntgenstatus)

Komplexität

- Die Patientin hat Sondierungstiefen (ST) von 6 mm und mehr.
- Die Patientin hat Furkationsbeteiligungen von Grad II und Grad III.
- Die Patientin hat vertikale Defekte (zum Beispiel Zahn 35).

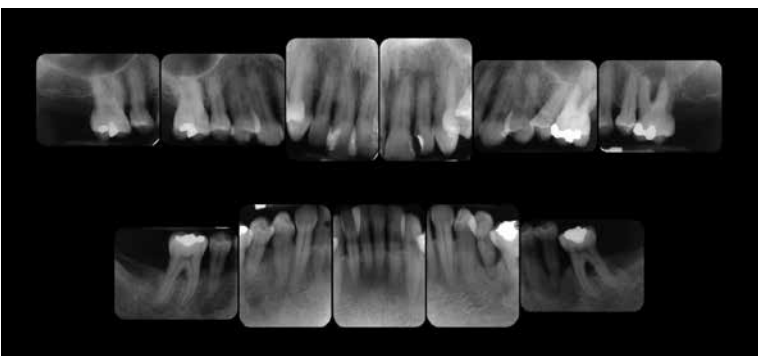


Foto: Z. Lemmer Bunkle, PD, Dr. Kai-Ingo Lippert (Bonn)

Abb. 8: 57-jährige Patientin, Röntgenstatus

**Schritt 3b:
Stadium III und IV versus I und II**

Bei der Patientin liegt aufgrund von Ausmaß, Schwere und Komplexität eine generalisierte Parodontitis im Stadium III oder IV vor (Tabelle 2).

**Schritt 3c:
Stadium III oder IV**

- ▶ Der Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ist nicht größer als 4; es finden sich keine Zahnwanderungen, keine Auffächerungen, kein Bisskollaps, keine schweren Kammdefekte, und es liegen 10 oder mehr okkludierende Zahnpaare vor.

→ Die Patientin hat eine generalisierte Parodontitis im Stadium III.

**Schritt 4a: Grad-Einteilung, wenn keine früheren Patientenunterlagen vorhanden sind (Tabelle 3)
Indirekte Evidenz für Progression**

- ▶ Verhältnis Knochenabbau (in Prozent)/Alter: 80 Prozent/56 >1,00 (Grad C)
- ▶ Fall-Phänotyp: Parodontale Destruktion entspricht dem Biofilm (Grad B).

Risikofaktoren

- ▶ Nichtraucherin, kein Diabetes (Grad A)

→ Da der Grad C nicht modifiziert (herabgestuft) werden kann, liegt bei der Patientin eine „generalisierte Parodontitis im Stadium III, Grad C“ vor.

Systemische Erkrankungen mit Verlust parodontaler Stützgewebe

Die neue Klassifikation parodontaler Erkrankungen beinhaltet auch systemische Erkrankungen und Zustände, die sich auf die parodontale Stützgewebe auswirken [Albandar et al. 2018, Jepsen et al. 2018]. Seltene systemische Erkrankungen wie zum Beispiel das Papillon-Lefèvre-Syndrom führen in der Regel frühzeitig zu einer schweren Parodontitis. Diese Erkrankungen sind in der Gruppe „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ zusammengefasst (siehe Tabelle 1), und ihre Klassifizierung basiert auf

der zugrunde liegenden systemischen Erkrankung. Andere systemische Zustände hingegen, zum Beispiel neoplastische Erkrankungen, können die parodontalen Stützgewebe unabhängig von einer plaqueinduzierten Parodontitis betreffen [Jepsen et al., 2018]. Auch solche klinischen Zustände werden auf Basis der primären systemischen Erkrankung klassifiziert und in der neuen Klassifikation unter „Systemische Erkrankungen oder Zustände mit Auswirkung auf parodontale Stützgewebe“ gruppiert (siehe Tabelle 1). Es gibt aber auch weitaus häufigere systemische Erkrankungen, wie beispielsweise unkontrollierter Diabetes mellitus, mit Auswirkungen auf den Verlauf einer Parodontitis. Auf dem Workshop wurde vereinbart, dass eine diabetesassoziierte Parodontitis keine eigenständige Diagnose mit einzigartiger Pathophysiologie sei, obwohl anerkannt wird, dass unkontrollierter Diabetes ein bedeutender Risikofaktor mit Auswirkung auf Auftreten, Schwere und Therapieantwort der Parodontitis ist. Deshalb erscheint Diabetes in der neuen Klassifikation der Parodontitis (siehe oben) als wichtiger Modifikator im Grading-Prozess [Tonetti et al., 2018].

Entwicklungsbedingte und erworbene parodontale Deformitäten und Zustände

Mukogingivale Zustände

Die neuen Falldefinitionen bezüglich gingivaler Rezessionen basieren auf dem approximalen klinischen Attachmentverlust und beziehen auch eine Beurteilung des Zustands der exponierten Wurzeloberfläche und der Detektion der Schmelzzementgrenze ein [Cortellini & Bissada, 2018]. Der Konsensusbericht stellt eine neue Klassifikation gingivaler Rezessionen vor, die klinische Parameter einschließlich des gingivalen Phänotyps als auch Charakteristika der Wurzeloberfläche beinhaltet. Der Begriff „parodontaler Biotyp“ wurde durch „parodontaler Phänotyp“ ersetzt [Jepsen et al., 2018].

Okklusales Trauma und traumatische okklusale Kräfte

Traumatische okklusale Kräfte, bisher als „exzessive okklusale Kräfte“ bezeichnet, sind Kräfte, welche die adaptativen Möglichkeiten des Parodontiums und/oder der Zähne überschreiten. Traumatische okklusale Kräfte können zu okklusalem Trauma (die histologische Läsion) und fortgeschrittenem Verlust von Zahnhartsubstanz und Zahnfrakturen führen [Jepsen et al., 2018]. Es gibt keine Evidenz aus humanen Studien, welche einen Anteil traumatischer okklusaler Kräfte an der Progression des Attachmentverlusts bei Parodontitis zeigt [Fan & Caton, 2018].

Zahnersatz und zahnbezogene Faktoren

In der neuen Klassifikation wurde der Bereich der zahnersatzbezogenen Faktoren ausgeweitet. Auch wurde der Begriff „Biological width“ durch „Supracrestal attached ▶▶



- tissues“ ersetzt [Jepsen et al., 2018]. Klinische Maßnahmen im Rahmen der Anfertigung indirekter Restaurationen wurden aufgrund neuerer Daten einbezogen, die zeigen, dass diese Maßnahmen Rezessionen und klinische Attachmentverluste verursachen können [Jepsen et al., 2018].

Peri-implantäre Erkrankungen und Zustände

Auf dem Workshop wurde erstmalig auch eine neue Klassifikation für peri-implantäre Gesundheit [Araujo & Lindhe, 2018], peri-implantäre Mukositis [Heitz-Mayfield & Salvi, 2018] und Peri-Implantitis [Schwarz et al., 2018] erarbeitet und verabschiedet. Falldefinitionen sowohl für individuelle Fallsituationen in der Praxis als auch für epidemiologische Studien wurden ebenfalls entwickelt [Berglundh et al., 2018; Renvert et al., 2018].

Peri-implantäre Gesundheit

Peri-implantäre Gesundheit wurde sowohl klinisch als auch histologisch definiert. Klinisch ist peri-implantäre Gesundheit durch die Abwesenheit sichtbarer Entzündungszeichen und Sondierungsblutung gekennzeichnet. Sie kann an Implantaten mit normalem, aber auch mit reduziertem Knochenniveau bestehen. Es ist nicht möglich, einen Bereich von Sondierungstiefen zu definieren, der mit peri-implantärer Gesundheit einhergeht [Araujo & Lindhe, 2018].

Peri-implantäre Mukositis

Eine peri-implantäre Mukositis ist durch Sondierungsblutung und sichtbare Entzündungszeichen charakterisiert. Es liegt kein Knochenabbau vor, der über die initiale Remodellierung hinausgeht. Starke Evidenz besteht dafür, dass eine peri-implantäre Mukositis durch einen Plaque-Biofilm verursacht wird, wohingegen nur sehr begrenzte Evidenz für eine nicht-Plaque-Biofilm-induzierte peri-implantäre Mukositis vorliegt. Die peri-implantäre Mukositis kann durch Maßnahmen der Plaquebeseitigung rückgängig gemacht werden [Heitz-Mayfield & Salvi, 2018].

Peri-Implantitis

Peri-Implantitis wurde als ein Plaque-Biofilm-assoziiertes pathologischer Zustand definiert, der in den Geweben um dentale Implantate auftreten kann und durch Entzündung der peri-implantären Mukosa und anschließenden progressiven Knochenabbau charakterisiert ist. Es wird angenommen, dass eine peri-implantäre Mukositis einer Peri-Implantitis vorausgeht. Eine Peri-Implantitis steht im Zusammenhang mit schlechter Plaquekontrolle und mit einer Vorgeschichte schwerer Parodontitis. Der Beginn der Peri-Implantitis kann bereits frühzeitig nach Implantatinserktion eintreten. Ohne Behandlung scheint die Peri-Implantitis in einem nicht-linearen und akzelerierenden Muster voranzuschreiten [Schwarz et al., 2018]. Die Falldefinition

für eine Peri-Implantitis beinhaltet dementsprechend: Blutung und/oder Pusaustritt nach Sondierung, vergrößerte Sondierungstiefen im Vergleich zu vorangehenden Untersuchungen und Knochenabbau, der über die initiale Knochenremodellierung hinausgeht. Wenn keine früheren Befunde vorliegen, kann die Diagnose einer Peri-Implantitis aufgrund der Kombination von Blutung und/oder Pusaustritt nach Sondierung, Sondierungstiefen ≥ 6 mm und eines Knochenniveaus ≥ 3 mm apikal des am meisten koronal befindlichen intraossären Implantatanteils gestellt werden. Dies wird in den Abbildungen 4a–c illustriert.

Hart- und Weichgewebsdefekte am Implantationsort

Der normale Heilungsverlauf nach Zahnverlust führt zu verringerten Dimensionen des Alveolarkammes mit Weich- und Hartgewebsdefekten. Zu größeren Kammdefekten kann es an Stellen mit schweren parodontalen Schäden, mit Extraktionstrauma, mit endodontischen Infektionen, mit Wurzelfrakturen, mit dünnen bukkalen Knochenwänden, mit ungünstiger Zahnposition sowie mit Verletzungen der Kieferhöhle kommen [Hämmerle & Tarnow, 2018].

Zusammenfassung und Ausblick

Die wichtigsten Veränderungen der neuen im Vergleich zur bisherigen Klassifikation zusammengefasst:

1. eine erstmalige Falldefinition für parodontale Gesundheit, sowohl für ein normales als auch für ein reduziertes Parodont,
2. eine neue Klassifikation und Falldefinition für Parodontitis anhand einer Staging- und Grading-Matrix, welche die bisherige Einteilung in „aggressive“ und „chronische“ Parodontitis ablöst,
3. eine neue Klassifikation mit Falldefinition für mukogingivale Defekte (Rezessionen),
4. eine neue Klassifikation peri-implantärer Gesundheit und Erkrankung mit Falldefinitionen.

Auf der EuroPerio9, dem weltweit größten Kongress zur Parodontologie und Implantatzahnmedizin mit 10.000 Teilnehmern aus aller Welt, wurde die neue Klassifikation Ende Juni 2018 erstmals der weltweiten Fachöffentlichkeit vorgestellt. Die EFP hat danach für ihre nationalen Mitgliedsgesellschaften (darunter als europaweit größte die DG PARO) detailliertes Anschauungsmaterial mit Fallbeispielen für die praktische Anwendung vorbereitet. Dieses ist durch die DG PARO seit Herbst 2019 auch der deutschen Zahnärzteschaft zugänglich gemacht worden. Mittlerweile wird den Studierenden an allen deutschen Universitätsstandorten die Neue Klassifikation im Unterricht vermittelt. ■

_____ Mit freundlicher Genehmigung der KZV Nordrhein.

Quelle: RZB 5-2021, S. 14 ff.

Patientensicherheit muss bei allen Behandlungen Vorrang haben

POSITIONIERUNG VON BZÄK UND KZBV ZU GEWERBLICHEN ALIGNER-ANBIETERN



Anlässlich der Bundestagsanhörung zum Thema „Patientensicherheit bei Aligner-Behandlungen“ sprechen sich Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) für den Vorrang der Patientensicherheit bei ausnahmslos allen Behandlungen aus, also auch dann, wenn Behandlungen durch gewerbliche Anbieter (d. h. juristische Personen) angeboten werden. Dafür müssen gesetzliche Regelungen geschaffen werden. Zahnmedizinische Behandlungen sind zum Schutz von Patientinnen und Patienten und zur Garantie einer hohen Qualität ausschließlich Zahnärztinnen und Zahnärzten vorbehalten. Dies ist im Zahnheilkundengesetz (ZHG) und den Berufsordnungen festgehalten. Gerade bei der sensiblen Behandlung von Zahnfehlstellungen mittels sogenannter Aligner muss die Verantwortung und engmaschige Begleitung durch Zahnärzte oder Kieferorthopäden bei jedem Behandlungsschritt sichergestellt sein. Gewerbliche Anbieter, also juristische Personen können bei von ihnen angebotenen oder erbrachten Behandlungen das ZHG unterlaufen, da sie – anders als Zahnärzte und Kieferorthopäden – nicht der Aufsicht und Überwachung der (Landes-)Zahnärztekammern unterliegen. In den vergangenen Jahren sind verstärkt gewerbliche Anbieter aufgetreten, bei denen eine Aligner-Behandlung

entgegen zahnmedizinischen Standards ausschließlich per Fernbehandlung oder nur mit eingeschränktem Zahnarzt-Patienten-Kontakt erfolgt. Daher befürworten KZBV und BZÄK Bestrebungen, die Tätigkeit gewerblicher Anbieter von zahnärztlichen Leistungen stärker zu regulieren. Oft sind sich Patienten der möglichen Komplikationen, die sich ergeben können, gar nicht bewusst. Ausschließliche Fernbehandlung oder Anleitung zur Selbstbehandlung werden der Komplexität einer Heilbehandlung in keiner Weise gerecht und können die Gesundheit von Patientinnen und Patienten gefährden. Nur die Behandlung bei Zahnärztinnen und Zahnärzten garantiert die Sicherheit einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

Hintergrund: Aligner

Die Aligner-Therapie ist eine kieferorthopädische Behandlungsmethode zur Behandlung von Zahnfehlstellungen mit individuell gefertigten Kunststoffschienen, den so genannten Alignern. Bei einer solchen Behandlung wirken mitunter starke Kräfte dauerhaft auf Zähne und Zahnhalteapparat ein. Daher erfordern kieferorthopädische Behandlungen eine sorgfältige Befundung und Eingangsdiagnostik sowie eine kontinuierliche Verlaufskontrolle.

Hintergrund: Antrag „Patientensicherheit bei Aligner-Behandlungen durchsetzen“

Mit dem Antrag „Patientensicherheit bei Aligner-Behandlungen durchsetzen“ wird die Bundesregierung aufgefordert, gemeinsam mit den Selbstverwaltungsgremien der Zahnärzteschaft Maßnahmen zu ergreifen, damit Aligner-Behandlungen nicht mehr von gewerblichen Unternehmen ohne vollumfängliche zahnheilkundliche Begleitung durch approbierte Kieferorthopäden oder Zahnärzte angeboten werden können.

Die gemeinsame Stellungnahme der Zahnärzteschaft zur heutigen Anhörung kann auf den Websites von BZÄK und KZBV abgerufen werden. ■

_____ KZBV, Pressemitteilung vom 17.05.2021



Foto: © karastock - stockadobe.com

Neue Leistungen zur systematischen Parodontitis-Behandlung einvernehmlich beschlossen

KZBV UND GKV-SPITZENVERBAND BEENDEN VERHANDLUNGEN IM BEWERTUNGS-AUSSCHUSS

KZBV

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) haben sich einvernehmlich auf die Bewertung der neuen Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) geeinigt. Neben der Bewertung wurden auch Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen festgelegt, also die Gebührennummern des Bewertungsmaßstabes zahnärztlicher Leistungen (BEMA) zur Abrechnung der entsprechenden vertragszahnärztlichen Leistungen, die künftig in vertragszahnärztlichen Praxen herangezogen werden können. Die neuen Leistungen sollen Patientinnen und Patienten in vertragszahnärztlichen Praxen damit fristgerecht ab 1. Juli 2021 zur Verfügung stehen.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Mit der aktuellen Richtlinie des G-BA zur systematischen Behandlung der Parodontitis ist der Durchbruch zu modernen wissenschaftlichen Therapieansätzen gelungen. Gleichzeitig wurde durch die Verabschiedung der entsprechenden Behandlungsrichtlinie gerade für vulnerable Bevölkerungsgruppen ein bürokratie- und barrierearmer Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung dieser chronischen Erkrankung geschaffen, die besonders bei älteren Menschen gehäuft in ihrer schweren Ausprägung auftritt. Beide Richtlinien zusammen schaffen für uns Zahnärzte nach langen Jahren des Stillstands die Voraussetzungen, dieser großen Volkskrankheit endlich erfolgreich begegnen und die hohe Parodontitislast in Deutschland nachhaltig senken zu können. Zurzeit leidet jeder Zweite an einer behandlungsbedürftigen Form dieser chronischen Erkrankung. Dass beide Richtlinien, ein umfangreicher Leistungskatalog und die Leistungsbewertungen fristgerecht im Konsens erarbeitet werden konnten, zeigt erneut die hohe Leistungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.“

Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband: „Gesetzlich Versicherte, die an Parodontitis leiden, erhalten zahlreiche neue Kassenleistungen, um diese langwierige Erkrankung nachhaltig in den Griff zu bekommen. Ab dem 1. Juli folgt auf die zahnmedizinische Behandlung eine umfassende Parodontitis-Nachsorge von mindestens zwei Jahren. Nach aktuellem Forschungsstand werden so die besten Heilungsergebnisse erzielt und die Lebensqualität kann durch die Nachsorge deutlich verbessert werden. Wir hoffen, dass diese neuen Leistungen dazu beitragen, erreichte Behandlungsergebnisse stabil zu halten und langfristig sogar die Zahl der Parodontitis-Patienten und -Patientinnen zu senken.“

Besonders freut mich, dass wir als gemeinsame Selbstverwaltung weitere Regelungen einvernehmlich beschlossen haben, die gerade für vulnerable Patientengruppen die Parodontitis-Versorgung deutlich vereinfachen. Zukünftig erhalten Pflegebedürftige oder Menschen mit Beeinträchtigungen eine Parodontitis-Behandlung, ohne ein Antrags- und Genehmigungsverfahren durchlaufen zu müssen. Darin enthalten ist auch die Reinigung aller Zähne einmal im Kalenderhalbjahr über einen Zeitraum von zwei Jahren.“

Auch besonders vulnerable Patientengruppen erhalten künftig einen gleichberechtigten und barrierearmen Zugang zur Parodontitistherapie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Einen entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner heutigen Sitzung gefasst. Damit haben diese Versicherten ab Juli Anspruch auf eine modifizierte und speziell auf die Bedürfnisse dieser Versichertengruppe zugeschnittene Behandlungsstrecke zur Parodontitis-Behandlung ohne Antrags- und Genehmigungsverfahren. Diese niedrigschwellige Option richtet sich vor allem an ältere, pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit einer Beeinträchtigung, bei denen die systematische

Behandlung gemäß PAR-Richtlinie nicht in vollem Umfang durchgeführt werden kann. Dazu zählen etwa Patienten, bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, oder bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist. Der Zugang zu den neuen PAR-Leistungen ist dabei unbürokratisch niedrigschwellig im Rahmen Anzeigepflicht bei den Kassen ausgestaltet.

Hintergrund: Die neuen Leistungen für die systematische Behandlung der Parodontitis

Der G-BA hatte im Dezember 2020 die Richtlinie zur systematischen Parodontitistherapie beschlossen. Vorausgegangen waren jahrelange fachliche Beratungen und intensive Verhandlungen unter maßgeblicher Beteiligung der KZBV. Auf Grundlage der Richtlinie, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand zahnmedizinischer Erkenntnisse berücksichtigt, wird die Volkskrankheit Parodontitis künftig mit einem umfassenden, am Bedarf der Patienten ausgerichteten Maßnahmenprogramm bekämpft. Dazu gehören unter anderem eine patientenindividuelle

Mundhygieneunterweisung sowie ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch im Rahmen der „sprechenden Zahnmedizin“. Diese Maßnahmen dienen dazu, die Mundhygienefähigkeit und Gesundheitskompetenz der Patienten zu erhöhen. Mit der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) können Versicherte künftig zudem zwei Jahre nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase eine strukturierte Nachsorge in Anspruch nehmen, um den Behandlungserfolg zu sichern.

Hintergrund: Parodontale Erkrankungen

Die Parodontitis ist eine chronische Entzündung des Zahnhalteapparates, die wesentlich durch bakterielle Beläge auf Zahnoberflächen und in den Zahnzwischenräumen verursacht wird. Parodontale Erkrankungen sind der Hauptgrund für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen. Nach aktuellen Berechnungen sind in Deutschland fast 12 Millionen Erwachsene von einer schweren parodontalen Erkrankung betroffen. Die Parodontitis steht zudem in Verbindung mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen chronischen Leiden. ■

_____ KZBV, Pressemitteilung vom 06.05.2021

ZKN-REFERAT ZAHNÄRZTLICHE PRAXISFÜHRUNG INFORMIERT:

Wartungsintervallverlängerung bei MELAtherm 10 ab 25. KW möglich

Die Fa. Melag, Berlin, hat Ende Mai mit „Technische Information 01RD21-D“ bekannt gegeben, dass mit Hilfe eines Softwareupdates, das voraussichtlich ab der 25. Kalenderwoche zur Verfügung steht, unter anderem das Wartungsintervall der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte MELAtherm 10 auf das der MELAtherm 10 Evolution vereinheitlicht werden kann.

Eine Wartung soll nach dem Update alle 1.000 Zyklen oder 24 Monate durchgeführt werden, je nachdem welcher Fall zuerst eintritt.

Aus Herstellersicht bestätigt Fa. Melag ausdrücklich, dass mit dem Softwareupdate keine verfahrensrelevanten Änderungen gemäß DGKH-Validierungsleitlinie (Anlage 9, Aufl. 5, 2017) erfolgt sind, was bedeutet, dass keine Erstvalidierung des Aufbereitungsprozesses nötig ist.

Aufgrund der Auswirkung auf das Wartungsintervall wird das Update im Rahmen der regulären Wartung empfohlen.

Diese Wartungsintervallprolongation erleichtert zum einen eine risikobasierte Verlängerung der erneuten Leistungsqualifikation des zugehörigen Aufbereitungsprozesses mit dem RDG (sog. Revalidierung) und kann damit auch helfen, neben Wartungskosten ebenso Validierungskosten sparen zu können.

Diese Wartungsintervallverlängerung geht, wie schon die vorhergehende auf 18 Monate, auf eine Initiative der Arbeitsgemeinschaft Zahnärztlicher Medizinprodukte (AG ZMP) der Zahnärztekammern Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Westfalen-Lippe zurück. ■

_____lr

Update MDR: Neues Modul Praxislabor

Qualitätsmanagement ZQMS & ZQMS ECO

Zwei starke Partner für Ihre Praxis

ZQMS



ZQMS ist ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes Qualitätsmanagementsystem

ZQMS ECO



ZQMS ECO ist ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes Praxisführungsinstrument

Schon - kostenlos - registriert?
www.zqms-eco.de

WEITER AUSGEBAUT ZUM NUTZEN DER ANWENDER:

ZQMS um Modul „Praxislabor“ erweitert

Regelmäßige Nutzer haben es sicherlich selbst schon mitbekommen: Bereits im Februar wurde ein weiteres Update des Zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystems (ZQMS) eingespielt. Hauptsächlich betroffen war das Modul „Notfallmanagement“. Es wurden Fragen, Erläuterungen und Verlinkungen zum Thema „Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“ ergänzt. Außerdem wurde der sogenannte Kompass mit Fokus auf den immer deutlich spürbareren Fachkräftemangel in der „Prozessqualität“ um das Modul „Personalmanagement“ erweitert und in der „Strukturqualität“ das Modul „Arbeitssicherheit“ rund um die Masernimpfpflicht ergänzt.

Jüngstes Update zur MDR-Implementation

Im April wurden dann sowohl die Strukturqualität als auch das Service-Portal jeweils um den Bereich „Praxislabor“ erweitert und mit entsprechenden Inhalten gefüllt. Dabei handelt es sich um Inhalte und Dokumente zur Umsetzungshilfe der neuen Medizinprodukteverordnung der EU (Medical Device Regulation – MDR), aber auch detaillierte Arbeitsanweisungen für das Praxislabor mit Fokus auf die Ergebnisqualität. Diese Arbeitsanweisungen sind noch nicht abschließend integriert, sondern werden in den kommenden Wochen weiter ausgebaut.

Mit der zum 26. Mai verbindlich deutschlandweit in Kraft getretenen MDR wurde das Inverkehrbringen von Medizinprodukten sowie deren anschließende Überwachung neu geregelt und die bisher auch schon geltenden Pflichten für Hersteller wurden deutlich erweitert. Dies betrifft alle Hersteller von Medizinprodukten wie auch deren Anwender und Betreiber, somit also auch Praxis- und Dentallabore als Hersteller von Medizinprodukten. Zahnarztpraxen und Dentallabore bringen jedoch in der Regel keine Medizinprodukte, sondern lediglich „Sonderanfertigungen“ in Verkehr.

Video erläutert mit Bild und Ton die MDR-Relevanz

Anfang Mai wurde den ZQMS-Anwendern ein Video zum Thema MDR, erstellt von der Landes Zahnärztekammer Hessen, zur Verfügung gestellt. Dieses Video kann nach dem Login auf der ZQMS-Website über die Verlinkung zu YouTube im unteren Bereich der ZQMS-Eingangssseite unter



Foto: ©Thinapob - stock.adobe.com

„Hilfreiche Links“ erreicht werden. Zur Umsetzungshilfe der MDR bietet das ZQMS allen Praxen, die ein – großes oder kleines – Eigenlabor betreiben, eine große Unterstützung.

Registrierung jederzeit und kostenlos möglich

Wer sich bislang noch nicht für das ZQMS registriert hat, kann das jederzeit tun. Einen Zugang zum Zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystem (ZQMS) stellt die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) allen ihren Mitgliedern kostenfrei zur Verfügung. Die Teilnahme am ZQMS bzw. dessen Nutzung ist freiwillig. Hinweise zur Registrierung finden Sie unter:

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

Ein unregelmäßig aufgelegter Newsletter speziell für ZQMS-Anwender informiert beispielsweise über neue Updates sowie Schulungsangebote (wie Präsenz- und Online-Seminare sowie auch Tageskurse direkt in der Praxis für das ganze Team).

Fragen rund um das ZQMS beantworten gerne:

Christine Lange-Schönhoff, Tel.: 0511 83391-123

Christian Göhler, Tel.: 0511 83391-315

E-Mail: ZQMS@ZKN.de ■

Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung



Foto: © midlife - stock.adobe.com

Neue einheitliche Empfehlungen: Zähne von Geburt an mit Fluorid schützen

Lange schon forderten Fachkräfte einheitliche Handlungsempfehlungen zur Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Heute wurden die neuen Empfehlungen in einer digitalen Veranstaltung vorgestellt und in der Monatsschrift *Kinderheilkunde* veröffentlicht. Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Fachgesellschaften und -organisationen haben die Empfehlungen gemeinsam entwickelt. Diesen Prozess hat das Netzwerk Gesund ins Leben koordiniert. Das Netzwerk ist im zur Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) gehörenden Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) angesiedelt und eine Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL). Netzwerk-Leiterin Maria Flothkötter freut sich über das gemeinsame Ergebnis: „Das gibt Fachkräften und Eltern Sicherheit.“ Wo lange verschiedene Empfehlungen von Kinder- und Jugendärzten sowie Zahnärzten nebeneinanderstanden, gelten nun gemeinsame für Kinder im Alter von null bis sechs Jahren.

„Das ist ein Meilenstein für die frühkindliche Gesundheitsprävention und hilft allen sehr dabei, die Maßnahmen zur Kariesprävention im individuellen Alltag von Familien mit Babys und kleineren Kindern besser zu verankern. Kinder- und Jugendärzten, Zahnärzten, die Fachkräfte der Gruppenprophylaxe, Hebammen und alle, die junge Familien beraten, sprechen gleiche Empfehlungen aus

und ihre Beratungen ergänzen sich“, so Flothkötter weiter. BLE-Präsident Dr. Hanns-Christoph Eiden fügt hinzu: „Ich bin stolz, dass es unserem Netzwerk Gesund ins Leben gelungen ist, alle Akteure an einen Tisch zu bringen und eine gemeinsame Empfehlung auszusprechen, mit der die verschiedenen Fachkräfte Hand in Hand arbeiten und nun auch mit einer Stimme sprechen.“

Vorteile von kariesfreien Milchzähnen

Die Karieshäufigkeit im Milchgebiss ist seit Mitte der 1990er Jahre bisher nur um etwa 35 Prozent zurückgegangen. Fast die Hälfte der Sechs- bis Siebenjährigen ist von Karies betroffen – besonders häufig Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien. „Kariöse Milchzähne können Schmerzen verursachen, beim Essen Schwierigkeiten machen und so die körperliche Entwicklung des Kindes verlangsamen. Insbesondere die Behandlung kleinerer Kinder kann mit Belastungen für die Familie verbunden sein“, erläutert Zahnarzt Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ) und Mitautor der neuen Empfehlungen. Und: Bleiben die Milchzähne kariesfrei, ist auch das Kariesrisiko bei den bleibenden Zähnen geringer. Sein Kollege aus dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Dr. Burkhard Lawrenz, Kinder- und Jugendarzt, ergänzt: „Wenn Präventionsmaßnahmen schon im frühen Klein-

Kariesprävention mit Fluorid

im Säuglings- und frühen Kindesalter



* Fluoridhaltige Zahnpasta mit 1.000 ppm Fluorid

© BLE 2021/www.gesund-ins-leben.de

bevorzugen. Sie sollten für alle Kinder zwischen null und sechs Jahren 1.000 ppm Fluorid enthalten. Zahnmediziner Schiffner: „Einen Wunsch an die Tuben-Hersteller hätten wir noch: genauere Dosierungsmöglichkeiten!“ Nach dem zweiten Geburtstag werden die Zähne zweimal täglich zu Hause mit einer erbsengroßen Menge Zahnpasta geputzt. Das Kind lernt das Putzen, die Eltern putzen die Kinderzähne sauber. Hinzu kann ergänzend ein drittes Zähneputzen in Kindergarten und Kitas kommen.

kindalter zur Gewohnheit werden und im Alltag verankert sind, bleiben sie im späteren Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter als Routinen etabliert.“

Fluorid spielt eine Schlüsselrolle

Neben der Begrenzung des Verzehrs von Süßigkeiten und süßen Getränken und der regelmäßigen Zahnreinigung spielt die Fluoridanwendung eine wichtige Rolle in der Kariesprävention. Bereits ab der Geburt wird Fluorid empfohlen: zunächst als tägliche Tablette in Kombination mit Vitamin D, bei Bedarf aufgelöst in ein paar Tröpfchen Wasser. Ab Durchbruch des ersten Zahnes bis zum Ende des ersten Lebensjahres wird das Kind behutsam an das Zähneputzen herangeführt. Eltern haben für die Fluoridanwendung zwei Wahlmöglichkeiten, die sie individuell mit Kinder- und Jugendärzten bei einer Vorsorgeuntersuchung besprechen, etwa der U5 (mit ca. sechs Monaten) – und mit Zahnärzten bei der ersten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (ZFU, ab dem sechsten Lebensmonat möglich): Entweder geben sie weiter die Tablette mit Fluorid und Vitamin D und beginnen das erste Zähneputzen ohne Zahnpasta oder mit einer geringen Menge Zahnpasta ohne Fluorid. Alternativ nehmen sie ab dem Zahndurchbruch nur Vitamin D als Tablette und putzen die Zähne mit einer bis zu reiskorngroßen Menge Zahnpasta mit 1.000 ppm Fluorid (parts per million, ppm) bis zu zweimal täglich.

Je nach Alter genau dosiert: Reiskorn oder Erbse

Ab dem ersten Geburtstag gilt dann: Zweimal täglich putzen mit einer reiskorngroßen Menge Zahnpasta mit Fluorid. Es ist wichtig, dass die Eltern die Zahnpasta genau dosieren. Lawrenz: „Die empfohlene Zahnpastamenge darf nicht überschritten werden, um eine zu hohe Fluoridaufnahme zu vermeiden. Denn Säuglinge und Kleinkinder können Zahnpasta noch nicht ausspucken.“ Zahnpasten aus Tuben mit kleinerer Öffnung und solche mit neutraler Farbe und neutralem Geschmack sind zu

Eltern-Beratungen sind elementar

Elementarer Bestandteil der Gesundheitsprävention sei die Beratung und Aufklärung bei den kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und die praktische Schulung der Eltern bei den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, so Flothkötter. Darüber hinaus hätten Familien Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen ab dem sechsten Lebensmonat ihres Kindes.

Behutsam Zähneputzen ohne Widerstand

Lawrenz: „Um Zahnpflege zur Gewohnheit zu machen, ist es wichtig, das Kind behutsam und spielerisch an die Zahnbürste und das Zähneputzen heranzuführen und zu gewöhnen. Dabei soll das natürliche Bedürfnis des Säuglings genutzt werden, Gegenstände mit dem Mund zu erkunden. Keinesfalls darf gegen den Widerstand des Kindes geputzt werden!“ Ein Lied, ein lustiger Reim oder eine Geschichte könnten dabei helfen. ■

_____ Meldung des Netzwerks Gesund ins Leben, 29.4.2021

NEUER BUNDESWEITER FLUORIDKONSENS

Das Netzwerk „Gesund ins Leben“ hat am 29.04.2021 in einer digitalen Pressekonferenz die neuen einheitlichen Handlungsempfehlungen zur Kariesprävention im Säuglings- und Kleinkindalter, die bundesweit gelten, vorgestellt und auch in der Monatsschrift „Kinderheilkunde“ veröffentlicht. Außerdem wurde eine neue, anschauliche Elterninformation erarbeitet.

Lesen Sie dazu im nächsten NZB unter anderem die Bewertungen und Erfahrungen von Dr. Tobias Tetzlaff, Vorsitzender des Ausschusses für Jugendzahnpflege der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN), und Silke Lange, Referentin im ZKN-Vorstand für Jugendzahnpflege. ■

_____ NZB-Redaktion

Einführungsphase der elektronischen Patientenakte

Das Bundesgesundheitsministerium wird auch 2021 die Telematikinfrastruktur als Grundlage für digitale Anwendungen im Gesundheitswesen weiterentwickeln und vorantreiben. Die geplanten IT-Projekte haben direkte Auswirkungen auf die Praxis-IT und erfordern zum Teil Anpassungen und Änderungen von Arbeitsabläufen. Die notwendigen Anpassungen und die damit verbundenen Kosten für das PVS-System wurden in die Grundsatzfinanzierungsvereinbarung (GFinV) aufgenommen. Für allgemeine Informationen zur Telematikinfrastruktur (TI) und den (medizinischen) Anwendungen der TI hat die KZBV speziell auf Zahnarztpraxen ausgerichtete Leitfäden zum Herunterladen zur Verfügung gestellt: www.kzbv.de/ti-das-gesundheitsnetz.1163.de.html

ePA

Gesetzlich Versicherte haben ab dem 1. Januar 2021 ein Anrecht auf die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA). Die ePA ist eine freiwillige Anwendung für gesetzlich Krankenversicherte, auf die seit dem 1. Januar 2021 ein gesetzlicher Anspruch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse besteht. Für privat Krankenversicherte wird

die ePA voraussichtlich ab 2022 zur Verfügung stehen. Die ePA wird den Mitgliedern von den Krankenkassen als App kostenlos bereitgestellt und kann auf mobilen Endgeräten, zum Beispiel Smartphone oder Tablet, installiert werden. Die elektronische Patientenakte ist zunächst in einer Testphase gestartet. Im Sommer sollen bundesweit alle gesetzlich Versicherten die ePA nutzen können. Ziel der ePA ist eine umfassende Vernetzung des Gesundheitswesens zwischen Zahnärzten, Ärzten, Apotheken und Patienten. Bisher analog oder in Papierform ablaufende Arbeitsschritte können durch die ePA digitalisiert und damit vereinfacht werden. Weitere Vorteile: Medizinische Informationen liegen transparent vor und erleichtern die Anamnese. Patienten können jederzeit online auf ihre Daten zugreifen. Zunächst kann die ePA mit Befunden, Diagnosen und Arztbriefen befüllt werden. Viele Befunde werden zunächst aus PDF-Dateien bestehen, also eingescannte Berichte anderer Fachärzte. Zusätzlich werden die Dateiformate DOCX, JPG, TIFF, TXT, RTF, XLSX und HL7 XML unterstützt. In der ersten Ausbaustufe ist die ePA in zwei Kategorien untergliedert: „Medizinische Dokumente“, die von Leistungserbringern in die ePA eingestellt werden, und „vom Versicherten eingestellte Dokumente“. Der Gesetzgeber gibt mit § 341 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) vor, dass an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnarztpraxen gegenüber ihrer zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) bis zum 30. Juni 2021 nachzuweisen haben, dass sie über die für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. Sollten Zahnarztpraxen dieser gesetzlichen Forderung nicht nachkommen, ist die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der zuständigen KZV erbracht ist.

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGEN FRISTEN IN DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR:

- ▶ 30.6.2021: Nachweis der Praxis, dass die Updates für die ePA eingespielt wurden
- ▶ 1.10.2021: Start eAU
- ▶ 1.1.2022: eRezept-Pflicht



Foto: HNFOTO - stock.adobe.com

Digitales Bonusheft ab 2022

Ab 2022 lassen sich auch der Impfausweis, der Mutterpass und Informationen zu Kinderuntersuchungen auf der ePA speichern. Das zahnärztliche Bonusheft kann ab 2022 ebenfalls in der ePA genutzt werden. Dazu haben Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung im Juli 2020 das „Zahnbonusheft“ als sogenanntes Medizinisches Informationsobjekt (MIO) abgestimmt. Dieses standardisierte Datenformat ermöglicht einen Datenaustausch zwischen ePA und Praxisverwaltungssystem.

Behandlungsrelevante Dokumente sektorübergreifend verfügbar

Die ePA in der jetzigen Version 1.1 ermöglicht erstmals eine sektorübergreifende Verfügbarmachung behandlungsrelevanter Dokumente. Die weiteren Entwicklungsstufen ePA 2.0 ab 1.1.2022 und ePA 3.0 ab 1.1.2023 sind in Planung und werden u.a. weitere Nutzerkreise (Pflege, Hebammen ...) einbinden und ein verfeinertes Berechtigungsmanagement bieten.

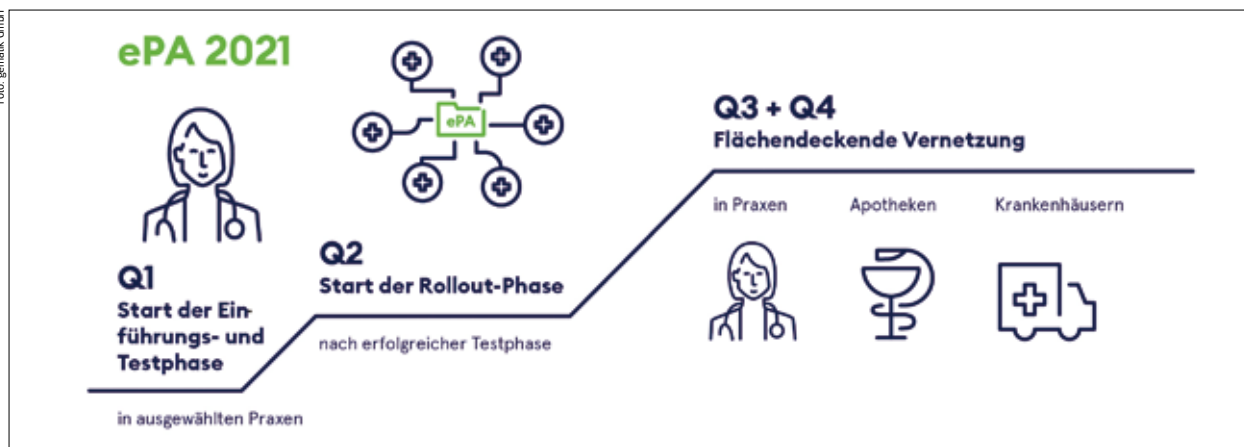
KIM und eAU

Die TI-Anwendung Kommunikation im Medizinwesen (KIM) ist ein sicherer E-Mail-basierter Dienst, bei dem in einem geschlossenen Nutzerkreis Zahnärztinnen und Zahnärzte u.a. untereinander oder mit der KZV Daten austauschen können. Dabei werden die Daten vom Absender zum Empfänger „Ende-zu-Ende“-verschlüsselt. Für Zahnarztpraxen von elementarer Bedeutung wird KIM mit der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sein. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die eAU, die in Zukunft die herkömmliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ablöst, ab dem 1.10.2021 von jeder Zahnarztpraxis

verpflichtend zu unterstützen ist. Im ersten Schritt wird die eAU über den KIM-Dienst an die Krankenkasse digital versendet. ►►

CHECKLISTE FÜR DIE PRAXIS ZUR UNTERSTÜTZUNG DER EPA

- ePA-Konnektor – Notwendig dafür ist ein Konnektorupdate, das im 2. Quartal voraussichtlich zur Verfügung steht. Prüfen Sie mit Ihrem IT-Dienstleister, ab wann Ihr Konnektor mittels Updates (Produkttypversion 4) um die ePA-Funktionalität aktualisiert werden kann.
- Kartenterminal – mindestens ein stationäres eHealth-Kartenterminal
- Elektronischer Praxisausweis (SMC-B) – zur Registrierung und Authentisierung als Zahnarztpraxis gegenüber der TI
- Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) – Die Nutzung der medizinischen Anwendungen über die TI setzt aus rechtlichen Gründen das Vorliegen eines eHBA voraus. Andernfalls darf der elektronische Praxisausweis (SMC-B) nicht zum Auslesen oder Aktualisieren der ePA genutzt werden. In einer Übergangsphase ist diese Pflicht auch durch die ZOD-Karte erfüllt.
- Internetanschluss
- VPN-Zugangsdienst – für den Aufbau der Verbindung zur TI
- Praxisverwaltungssystem (PVS) – Prüfen Sie mit dem Hersteller Ihres PVS, ob Ihre Software bereits ePA-kompatibel ist oder wann dies ggf. möglich ist.



► eHBA

Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur ist ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) notwendig. Der Zugriff auf Notfalldaten, die ePA oder den Medikationsplan darf nur dann erfolgen, wenn mindestens ein Zahnarzt der Praxis über einen eHBA verfügt. Das Versenden und signieren der eAU ist nur mit einem gültigen eHBA möglich.

NFDM/eMP

Das Notfalldatenmanagement (NFDM) ermöglicht es Zahnärztinnen und Zahnärzten, in einem medizinischen Notfall wichtige notfallrelevante Informationen direkt von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abzurufen. Das können zum Beispiel Informationen zu Diagnosen oder Medikationen sein. Mit dem Update auf den E-Health-Konnektor und der Anpassung des Praxisverwaltungssystems, wie von einigen Herstellern bereits angeboten, sind die grundlegenden technischen Voraussetzungen geschaffen. Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist die digitale Weiterentwicklung des bereits im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Der BMP, der für die Versicherten bisher nur auf Papier verfügbar ist, wird als elektronischer Medikationsplan – in der stets aktuellen Version – auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert. Neu ist, dass nun sowohl Haus- als auch Fachärzte den Plan aktualisieren müssen. So dient der Plan der Information aller am Medikationsprozess Beteiligten.

eAU

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll die bisher papiergestützten Prozesse in digitale Anwendungen überführen. Dazu gehört die Digitalisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU). Aufgrund der Vielzahl der Adressaten der AU ist die elektronische Umsetzung in mehreren Schritten geplant. Zunächst ist unter eAU die digitale Information der Krankenkasse über die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten zu verstehen. Die elektronische Übermittlung erfolgt direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus mithilfe eines KIM-Dienstes. Papier- und Blankoformular werden durch

einfache Ausdrücke für Versicherte und Arbeitgeber ersetzt. Diese erstellt der Arzt mithilfe des PVS und gibt sie dem Patienten unterschrieben mit. Die Aufgabe, den Ausdruck an den Arbeitgeber zu senden, bleibt zunächst bei den Versicherten. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte Vertragszahnärztinnen und -ärzte verpflichtet, die Daten der AU ab dem 1. Januar 2021 elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Die dafür notwendige Technik ist jedoch nicht rechtzeitig flächendeckend für alle Praxen und Krankenkassen verfügbar. Die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ist auf den 1.10.2021 verschoben. Neben einem KIM-eMail-Dienst ist der eHBA für die elektronische Signatur erforderlich. Zeitgleich mit der geplanten Einführung der eAU zum 1.10.2021 wird die Kodierung der die AU begründenden Diagnose nach der zurzeit gültigen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modification (ICD-10 GM) auch für Vertragszahnärzte verpflichtend.

eRezept

Mit der Einführung des elektronischen Rezepts wird das bisherige Verfahren mit dem gedruckten Formular ab Mitte 2021 umgestellt. In einer Einführungsphase, beginnend ab 1.7.2021, können Patienten dann Rezepte direkt digital bereitgestellt werden. Ab 1.1.2022 ist die Nutzung des eRezepts bundesweit für gesetzlich Versicherte und apothekenpflichtige Arzneimittel verpflichtend. Das eRezept wird ausschließlich digital erstellt und signiert. Der Zugang dazu über einen QR-Code kann digital z.B. per Smartphone oder per Ausdruck erfolgen. Das eRezept kann bei jeder Apotheke eingelöst werden. Mit der eRezept-App der Gematik erhalten Patienten einen datenschutzkonformen und sicheren Zugang zu den Rezeptdaten. ■

Ulrich Duechting

Abteilung EDV Digitalisierung der KZV Nordrhein

Mit freundlicher Genehmigung der KZV Nordrhein.

Quelle: RZB 3-2021, S. 13 ff.

Elektronische Patientenakte: Zwei neue Flyer für Zahnarztpraxen und Patienten

KZBV

Seit 1. Januar 2021 sind Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten die elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten. Mit der Anwendung, die derzeit noch in einer Testphase in ausgewählten Praxen erprobt wird, sollen wichtige Diagnose- und Behandlungsdaten im Gesundheitswesen interdisziplinär und sektorenübergreifend verfügbar gemacht werden. Dabei handelt es sich um eine für gesetzlich Versicherte freiwillige Anwendung. Ab 1. Juli 2021 müssen nach dem Willen des Gesetzgebers alle Zahnarzt- und Arztpraxen die ePA in der Versorgung unterstützen.

Um Zahnärzteschaft und Patienten über die wichtigsten Eigenschaften der ePA zu informieren, hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) jeweils einen kompakten Infoflyer für Patienten sowie für Praxen erstellt. Die beiden Publikationen stehen auf der Website der KZBV neben weiteren Informationen zu dem Thema – unter <https://www.kzbv.de/epa> zum kostenlosen Download bereit. Die Flyer „Testphase der elektronischen Patientenakte (ePA)“ und „Meine persönliche Patientenakte“ beschreiben Funktionen und Möglichkeiten der ePA, die Verwendung in der Zahnarztpraxis und geben Antworten auf wichtige Fragen, etwa zum Thema Datenschutz in Verbindung mit der ePA.

Hat eine Patientin oder ein Patient eine ePA, so kann sie oder er mittels einer Smartphone-App oder ad-hoc am Kartenterminal der Zahnärztin oder dem Zahnarzt die Berechtigung erteilen, die Dokumente in der ePA einzusehen sowie geeignete Dokumente dort einzustellen. Die Dokumente stehen dann sowohl Patienten als auch der von ihnen ausgewählten zahnärztlichen Praxis zur Verfügung. Dies erleichtert unter anderem den Austausch von Dokumenten zwischen Zahnärzten und Patienten. Für Praxen bietet sich außerdem ein zusätzliches Instrument zur Patientenanamnese und individuellen Behandlungsplanung. Auch das zahnärztliche Bonusheft wird künftig in der ePA gespeichert und aktualisiert. Geplant ist auch ein elektronischer Zahnimplantatpass, der analog zum elektronischen

Bonusheft mit einer Dokumentenstruktur in der ePA realisiert werden soll, sowie die Zahnärztliche Falldokumentation. Weitere Medizinische Informationsobjekte (MIO) sind für den Austausch zwischen Praxis und Pflegeeinrichtung im Rahmen von Kooperationsverträgen geplant. Übrigens: Nicht alle Diagnose- oder Therapiedokumentationen sind für eine spätere zahnmedizinische Behandlung notwendig. Einträge in die ePA sind aber dann sinnvoll, wenn eine weiterbehandelnde Zahnärztin oder ein weiterbehandelnder Zahnarzt Informationen für das noch ausstehende Procedere einer Versorgung fallbasiert entnehmen kann. ■


_____ KZBV, Pressemitteilung vom 23.02.2021



Testphase der elektronischen Patientenakte (ePA)

Was Zahnärztinnen und Zahnärzte ab 2021 wissen müssen

KZBV » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



Meine elektronische Patientenakte

KZBV » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Patienten-Zufriedenheit messbar machen



Foto: ©Maksym Povoziuk - stock.adobe.com

Die meisten Zahnärzte sind überzeugt davon, dass ihre Patienten zufrieden sind. Weil es kaum Reklamationen gibt, schließen sie auf einen hohen Grad der Zufriedenheit. Beschwerdebarrieren führen dazu, dass Patienten nicht den Mut haben, ihre Unzufriedenheit zu kommunizieren. Eine Beschwerde entsteht grundsätzlich als Folge einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen erwarteter und erlebter Leistung des Patienten. Ansprüche entstehen, weil Zahnarztpraxen miteinander verglichen werden und auch die Homepage Erwartungen weckt.

Praxisbewertung durch Patienten

Kritische Äußerungen von Patienten werden in der Zahnarztpraxis gar nicht als Beschwerde angesehen und erfasst. Kritische Patienten sind kostenlose „Qualitätsbeauftragte“ für den Arzt, denn sie liefern Informationen zur Verbesserung und machen die Praxis zukunftsfähig. Um die Meinungen möglichst vieler Stammpatienten zu erfahren, ist eine systematische „Meinungsumfrage“ besser geeignet als der Smiley-Button am Empfang, wo der Patient eine allgemeine Bewertung eingibt.

Die Beurteilung wird in drei Kernbereiche unterteilt: Organisation der Zahnarztpraxis, Betreuung durch das Team und Behandlung durch den Zahnarzt. Zur Organisation zählen: Sprechzeiten und das Warten auf einen Termin. Auch das

Erscheinungsbild der Praxis wird bewertend wahrgenommen: Anmeldung, Garderobe, Toilette, Wartebereich. Es enttäuscht, wenn wartende Patienten Telefonate mithören müssen, weil der Wartebereich bei der Rezeption liegt. Billige und alte Zeitschriften sind für Patienten keine Reklamation, aber es enttäuscht sie, was sie aber nicht zur Sprache bringen (Dunkelziffer). Wenn die Stühle zu dicht stehen, empfinden das wartende Patienten als unangenehm. Ein angenehmes Warten bereitet den sensiblen Patienten mental auf eine unangenehme Behandlung vor. Das Praxisteam qualifiziert sich, wenn es sich freundlich und hilfsbereit verhält. Ältere Patienten legen darauf besonderen Wert. Sie erwarten, dass man auf ihre Fragen und Sorgen individuell eingeht.

Im Fokus der Bewertung steht die medizinische Behandlung. Patienten wollen immer mehr und besser über ihren Zustand und die Behandlungsvarianten informiert werden, auch wenn sie nicht ausdrücklich fragen. Eine ausführliche und zeitintensive medizinische Beratung schafft Zufriedenheit. Behandlungsvarianten werden von den meisten Patienten sehr begrüßt, zumal die Vorinformationen aus dem Internet für viele Patienten verwirrend sind. Der Erfolg der Behandlung wird nicht erst nach Abschluss bewertet, schon die Untersuchung unterliegt einer Patienten-Bewertung. Üblicherweise wird ein standardisierter Bewertungsbogen aber erst nach Abschluss aller Behandlungen geliefert.

Patienten wissen, dass sie negativ kategorisiert werden, wenn sie reklamieren. Sie rechnen mit einer Abwehrhaltung der Praxis und äußern sich deshalb nur bei einer eklatanten Beschwerde. Vielen Patienten ist es lieber, sie äußern sich mit den aus dem Content-Marketing bekannten Likes völlig anonym, damit sie keine „Folgen“ zu befürchten haben. Andererseits kann der Zahnarzt nicht individuell reagieren, wenn der Patient in der Umfrage lieber anonym bleiben möchte. Dabei könnten Argumente des Zahnarztes den Patienten überzeugen, und er könnte seinen Beschwerdeggrund fallen lassen.

Auch eine geringe Responsequote rechtfertigt die Umfrage, denn sie wird auch von Patienten, die nicht aktiv an der Befragung teilnehmen, positiv wahrgenommen. Schon die Tatsache, dass die Praxis an der Meinung und den Erwartungen der Patienten interessiert ist, schafft ein positives Image. Eine kritische Bewertung kann man auch positiv sehen, denn es zeigt das Interesse am Praxisbetrieb.

Die in Beschwerden enthaltenen kritischen Informationen geben jeder Praxis die Chance, Fehler zu analysieren und auszuräumen, d.h. sich ständig zu verbessern und dabei

den Patienten von heute auch morgen an die Praxis zu binden, unberechtigte Beschwerden des Patienten, die aus überzogenen Erwartungen entstehen, ernst zu nehmen. So ungewöhnlich es klingt, aber ein „Danke“ an den Patienten ist die richtige Reaktion auch bei Unzufriedenheit.

Schriftliche Befragung

Nur durch eine detaillierte Befragung kann man den Zufriedenheitsgrad der Patienten genau feststellen. Grundsätzlich sollte der Fragebogen nicht mehr als zehn Fragen enthalten, die auf einer DIN-A-4-Seite Platz finden. Wenn die Antworten nur angekreuzt werden müssen, vereinfacht das die Aktion, denn Patienten möchten nicht viel Zeit aufwenden. Für den Fragebogen hat sich die 5-stufige Skalierung bewährt. Hier hat man die Wahl zwischen Schulnoten oder Punkten. Der höchste Wert steht immer ganz links, bei den Noten die „eins“, bei den Punkten die „fünf“. Eine Variante sind Textangaben „sehr gut“, „gut“, „zufriedenstellend“, „ausreichend“ und „mangelhaft“. Aber auch der Erfüllungsgrad in Prozentzahlen ist möglich: 100, 75, 50, 25, 0 Prozent. Die Skalierung durch „Smiley“ wirkt billig, man sollte darauf verzichten.

Bei der Reihenfolge der Fragen sollten die leichteren zuerst gestellt werden. Stehen bereits am Anfang schwierig zu beantwortende Fragen, entsteht beim Patienten eine Abwehrhaltung. Für die Befragungsaktion plant man einen festen Zeitraum, z.B. jeden 3. Monat. Eine fortlaufende Daueraktion wirkt auf Patienten unverständlich und verunsichert.

Auch bei Erstpatienten hat die Beurteilung Relevanz. Der Fragebogen kann beim Verabschieden überreicht oder per Mail geliefert werden, wobei die Anonymität nicht gewährleistet wird. Patienten sind aber enttäuscht, wenn es bei kritisierten Themen nicht zu einer Verbesserung kommt. Denn eine Umfrage verpflichtet den Zahnarzt und sein Team auch zu Veränderungen, Patienten möchten nicht bei der nächsten Beurteilung den gleichen Punkt wieder kritisieren, sie erwarten eine Verbesserung.

Die erstklassige Behandlung kann schwach beurteilte Punkte der Praxis (z.B. Wartebereich oder der Terminabsprache) kompensieren.

Besonders wichtige Fragen könnten noch mit einer Gewichtung versehen werden: „Welche beiden Fragen sind für Sie die wichtigsten? Bitte markieren Sie diese durch Unterstreichungen.“ Das verkompliziert allerdings die Auswertung der Fragebögen.

Ein Fragebogen schafft aber auch Skepsis im Team, denn auch die Mitarbeiterin unterliegt der kritischen Bewertung durch den Patienten. Das Team sieht in der Beurteilung eine Kontrollaktion und auch Patienten könnten diese Meinung vertreten und das Gefühl haben, dass der Zahnarzt mit der Umfrage sein Team kontrolliert.

Unabhängig von einer systematischen Meinungsabfrage erfährt auch die Mitarbeiterin am Telefon so manche Kritik vom Patienten („Das dauert ewig, bis man bei Ihnen einen Termin erhält“ oder ähnliche Kritik). Auch diese Äußerungen sollten außerhalb des Systems erfasst und geklärt werden. Jede Kritik ist für die Praxis auch eine Standortbestimmung. Entscheidend ist die Wahrnehmung des Patienten, nicht die Rechtfertigung in einem Beschwerdefall. Wer Kritik persönlich nimmt und abwehrt oder gleichgültig ist, irritiert allerdings seine Patienten.

Die meisten Patienten nehmen eine Zufriedenheitsabfrage grundsätzlich positiv wahr, zeigt sie ihnen doch wie sehr ihre Meinung geschätzt wird. Ziel der Abfrage ist die kontinuierliche Verbesserung des Praxismanagements und der Mitarbeiterinnen und damit die Intensivierung der Patientenbindung. Seit einiger Zeit werden auch online Befragungen durchgeführt, die dann nicht mehr anonym sind.

Leistungsbewertung des Patienten

Die Leistungsbeurteilung wird in drei Kernbereiche unterteilt: Muss, Plus, Soll.

„Muss-Faktoren“: Sie lösen bei Nichterreichen der Patientenerwartungen auf jeden Fall Unzufriedenheit aus, erzeugen aber bei einem Erreichen oder Übertreffen der Erwartungen noch keine Zufriedenheit. Das Einhalten des Termins mit einer Toleranzgrenze von ca. 20 Minuten Wartezeit ist ein Muss-Faktor für ihn. Eine Verkürzung der Wartezeit würde zwar Unzufriedenheit abbauen, aber deshalb noch keine signifikante Zufriedenheit hervorrufen.

„Plus-Faktoren“: sind Leistungen, die der Patient nicht automatisch erwartet, weil sie auch in anderen Arztpraxen nicht angeboten werden. Patienten kann man mit besonderen ►►



Foto: magale-picture - stock.adobe.com

BITTE BEACHTEN: ERHÖHUNG DES MINDESTLOHNES

Ab dem 01. Juli steigt der Mindestlohn von 9,50 Euro auf 9,60 Euro. Minijobber müssen daher pro Monat maximal 46,875 Stunden arbeiten ($450,00 : 9,60 = 46,875$). Am 01. Januar 2022 steigt der Mindestlohn erneut auf dann EUR 9,82.



► Dienstleistungen überraschen, verblüffen, begeistern. Wer z.B. Parkplatz für Patienten in unmittelbarer Nähe bietet, wird den Patienten erfreuen, er betrachtet dies als einen Vorteil. Werden diese Leistungen nicht angeboten, kommt es nicht zur ausdrücklichen Unzufriedenheit im Fragebogen. Patienten sind aber nicht bereit, Plus-Faktoren gegen Muss-Faktoren aufzurechnen.

„Soll-Faktoren“: Sie liegen zwischen den Muss- und Plus-Faktoren. Je nachdem, ob sie stark, neutral oder schwach wahrgenommen werden, können sie Zufriedenheit, Indifferenz (Grauzone) oder Unzufriedenheit erzeugen. Indifferenz wird oft fälschlich vom Leistungserbringer als Zufriedenheit gedeutet. Beispiel für Soll-Faktoren ist die Wohlfühlatmosphäre im Wartezimmer, die Begrüßung des Patienten am Empfang und die Aufmerksamkeit und Freundlichkeit des Personals, besonders am Telefon. Sowohl die Ausprägungen dieser Faktoren als auch ihre Wahrnehmung durch den Patienten ist unterschiedlich. Das jüngste Ereignis, z.B. die Modernisierung des Wartebereichs hat einen entscheidenden Einfluss auf die Bewertung aller anderen Faktoren (man spricht vom sog. „Recency-Effekt“), was sich in der Notenvergabe im Fragebogen zeigt. Umfassende Informationen, die der Zahnarzt, auch ohne Aufforderung durch den Patienten erteilt, wirken sich besonders positiv in der Beurteilung aus. ■

phäre im Wartezimmer, die Begrüßung des Patienten am Empfang und die Aufmerksamkeit und Freundlichkeit des Personals, besonders am Telefon. Sowohl die Ausprägungen dieser Faktoren als auch ihre Wahrnehmung durch den Patienten ist unterschiedlich. Das jüngste Ereignis, z.B. die Modernisierung des Wartebereichs hat einen entscheidenden Einfluss auf die Bewertung aller anderen Faktoren (man spricht vom sog. „Recency-Effekt“), was sich in der Notenvergabe im Fragebogen zeigt. Umfassende Informationen, die der Zahnarzt, auch ohne Aufforderung durch den Patienten erteilt, wirken sich besonders positiv in der Beurteilung aus. ■

_____ Dipl. Betriebswirt Rolf Leicher, Heidelberg

BEISPIEL FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten mit diesem Fragebogen erfahren, wie zufrieden Sie mit unserer Leistung sind und wie wir Ihre Bedürfnisse zukünftig noch besser erfüllen können. Wir legen Wert darauf, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und mit der Behandlung zufrieden sind. Sie helfen uns dabei, wenn Sie die nachstehenden Fragen beantworten. Vielen Dank.

Ihr Praxisteam

Wie beurteilen Sie folgende Leistungen (Notenskala von 1 – 5 sehr gut – schlecht)

1. Sprechzeiten unserer Praxis:
2. Wartezeiten auf einen Termin:
3. Rezeption und Patientenempfang:
4. Ausstattung des Wartebereichs:
5. Erläuterung der Behandlungsschritte:
6. Diagnose und Therapie-Vorschläge:
7. Erläuterung der Ursachen:
8. Gesprächsklima und Freundlichkeit:
9. Zeitbudget zur Beantwortung meiner Fragen:
10. Alternative Methoden zur Therapie:

Was gefällt Ihnen an unserer Praxis besonders gut?

Was sollten wir Ihrer Meinung nach verändern oder verbessern?

Würden Sie uns weiter empfehlen? ja nein

Ihr Geschlecht: männlich weiblich

Ihr Alter: bis 20 bis 40 bis 60 bis 80 Jahre über 80 Jahre

Freiwillig: Ihre Kontaktdaten



Foto: © Monster Zstudio - stock.adobe.com

Sie haben **Fragen, Anregungen rund um die GOZ** und deren Anwendung?
Nehmen Sie Kontakt mit Dr. Striebe per E-Mail auf unter: mstriebe@zkn.de

ZKN-Berechnungsempfehlung

Zahlreiche Bestimmungen der GOZ enthalten Konkurrenz- und Ausschlussklauseln zur Nebeneinanderberechnung zahnärztlicher Leistungen. Gemäß der nachgelagerten Abrechnungsbestimmung der professionellen Zahnreinigung nach der Geb.-Nr. 1040 GOZ sind zum Beispiel lokale Fluoridierungsmaßnahmen zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung nach der Geb.-Nr. 1020 GOZ nicht berechnungsfähig.

Der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 2010 GOZ erfolgt jedoch auf Grund eigenständiger Indikation und dient mit der Behandlung überempfindlicher Zahnflächen einem anderen Behandlungsziel.

Die Geb.-Nr. 2010 GOZ kann daher neben der Geb.-Nr. 1040 GOZ, d.h. zahn- und sitzungsgleich, berechnet werden.

Das gilt unabhängig davon, ob zur Leistungserbringung der Geb.-Nr. 2010 GOZ ein Fluoridpräparat oder ein anderes Material / Verfahren Anwendung findet.

Die Geb.-Nr. 2010 GOZ ist je Kiefer, in einer Sitzung also höchstens zweimal berechnungsfähig. ■

Geb.-Nr. 1040 GOZ Professionelle Zahnreinigung
Geb.-Nr. 2010 GOZ Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer

ZKN-RELEVANTE RECHTSPRECHUNG

Die **Leistungspflicht einer Versicherung im Hinblick auf die Kosten für zahntechnische Leistungen** bestimmt sich ausschließlich danach, ob die Kosten tatsächlich entstanden und im Sinne des §9 GOZ angemessen sind, sofern Bestandteil des Versicherungsvertrages kein wirksam vereinbartes versicherungsinternes Verzeichnis zahntechnischer Leistungen ist, das deren Erstattung dem Umfang und der Höhe nach begrenzt („Sachkostenliste“), und dem Versicherungsvertrag auch keine weiteren, diesbezüglichen Einschränkungen zu entnehmen sind.

Auch das für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffene BEL II ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, so das **LG Stuttgart (Az.: 22 O 171/16 vom 2.03.2018)**.

§ 9 Abs.1 GOZ Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, ...

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



Leistungsausschlüsse der PKV wegen Anzeigepflichtverletzung

Wer sich bei einer privaten Krankenversicherung versichert, schließt mit dieser einen privaten Vertrag. Anders als bei der GKV besteht daher grundsätzlich für die PKV keine Pflicht, einen solchen Versicherungsvertrag abzuschließen. Und wie jeder private Mensch will auch die PKV vor Vertragsabschluss wissen, welche Pflichten aus dem Vertrag auf sie zukommen. Deshalb fragt die PKV vor Abschluss nach Vorerkrankungen und Vorschädigungen.

Ggf. schließt sie entsprechende Behandlungen aus dem Versicherungsschutz aus oder lehnt den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages ganz ab. Immer wieder kommt es vor, dass Antragsteller diese Fragen nicht richtig beantworten, also bestehende Vorerkrankungen verschweigen. Dies kommt regelmäßig heraus, wenn aufgrund der Vorerkrankung Behandlungen notwendig werden und sich aus den Mitteilungen des behandelnden Arztes ergibt, dass die Erkrankung schon bei Vertragsschluss bestand.

In solchen Fällen kann die Versicherung nach § 19 WG je nach Verschulden des Versicherungsnehmers vom Krankenversicherungsvertrag zurücktreten oder nachträglich andere Versicherungsbedingungen festsetzen – genauer: Bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Das Oberlandesgericht Frankfurt/Main (OLG) hat nun in einem Urteil eine solche nachträgliche Vertragsänderung für unrechtmäßig gehalten (Az. 7 U 44/20).

Es ging dabei um zwei Fragen im Versicherungsantrag:

1. Bestehen und/oder bestanden in den letzten drei Jahren (...) Anomalien (auch Implantate z.B. Brustimplantate) (...) ?

2. Wurden in den letzten drei Jahren Behandlungen/Untersuchungen (...) durchgeführt und/oder (...) Anomalien festgestellt?

Bei dem zu versichernden Kind war schon vor der Antragstellung bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen ein „Engstand im Molarenbereich“ festgestellt und der Vater des Kindes entsprechend informiert worden. Der Vater gab dieses bei der Antragstellung nicht an. Deshalb erklärte die Versicherung einen Ausschluss aller kieferorthopädischen Leistungen. Dem widersprach das OLG: Die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen seien nicht anzeigepflichtig und bei dem Engstand handele es sich nicht um eine Anomalie. Bei der Auslegung der Fragestellung sei auf einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer abzustellen und der verstehe unter Anomalie eine Missbildung oder eine Behinderung und damit keinen Zahnengstand. Deshalb musste dieser nicht angegeben werden.

Das Urteil passt zu der Tendenz der Rechtsprechung, die Anforderung an die Anzeigepflicht von Vorerkrankungen gering zu halten, der Versicherungsgesellschaft also nachträgliche Kündigungen oder Ausschlüsse zu erschweren. Es kommt jedoch immer auf den Einzelfall an, nämlich auf die genaue Fragestellung und die Bedeutung der Normabweichung. Deshalb sollte man trotz dieser Rechtsprechung lieber jede noch so kleine Vorerkrankung angeben, um jedes Risiko der nachträglichen Einschränkung oder gar des Verlustes des Versicherungsschutzes auszuschließen. Denn in einem solchen Falle findet man regelmäßig keine andere Versicherung und muss die teuren Behandlungen selbst bezahlen. ■

*Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Rechtsanwalt Fachanwalt für Medizinrecht*

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: vorerst ausschließlich online

Fortbildungsreferent: Dr. Arthur Buscot, Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig, Tel.: 0531 49 695, E-Mail: info@buscot.de

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.07.2021, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Online Seminar: Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de „Speichel – Das Gute daran ist das Gute darin“, Referent: Prof. Dr. med. dent. Andreas Filippi, Basel
01.09.2021, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Online Seminar: Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Zahnerhalt durch PA-Therapie macht das heute noch Sinn, Dr. Frederic Kauffmann, Düsseldorf

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: vorerst ausschließlich online

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
30.06.2021 18:00- ca. 19:30 Uhr	Online Seminar: Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Moderne Konzepte in der kieferorthopädischen Frühbehandlung – Vom Hauszahnarzt zum Kieferorthopäden – Wann? Was? Wie? Warum?, Referent: Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty, Göttingen

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: vorerst ausschließlich online

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
28.09./30.09.2021, 19:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Online Seminar: Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Komposit @ i'ts best, Ulf Krueger-Janson, Frankfurt am Main

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstr. 1, 49134 Wallenhorst, Tel.: 05047 895540, E-Mail: info@zahnarzt-witte.de

Ort: Vienna House Remarque Natruper-Tor-Wall 1 49076 Osnabrück

Situationsbedingt begrenzte Teilnehmerzahl. Bitte unbedingt vorher bei Frau Dr. Witte per Mail anmelden!

TERMIN	THEMA/REFERENT
28.07.2021, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Ernährung, Zahn und Organe – von Omni, Veggie bis Vegan. Das besondere Seminar zum Thema Ernährung: Natürlich gesund! Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
01.09.2021, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Mitten ins Herz – Wie Sie mit guter Kommunikation Ihre Gesprächsziele bei Patienten/ Mitarbeitern u. a. effizient erreichen, Dr. Susanne Woitzik, Düsseldorf

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden

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

Situationsbedingt begrenzte Teilnehmerzahl. Bitte unbedingt vorher bei Herrn Magnucki per Mail anmelden!

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.07.2021, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Die Kiefergelenksarthrose. Diagnostik und Therapie, Prof. Dr. Dr. Jan Rustemeyer, Bremen
14.07.2021, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Verschiedene zahnmedizinische Hilfsprojekte: Zahnmedizin in der dritten Welt, Referenten: verschiedene

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

03.09.2021 Z/F 2130 8 Fortbildungspunkte

Konfliktmanagement. Schwierige Situationen souverän meistern.

Elke Overdick, Hamburg

03.09.2021 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 03.07.2021 305,- €, danach 336,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 03.07.2021 310,- €, danach 341,- €

15.09.2021 Z/F 2132 8 Fortbildungspunkte

Grundlagenseminar BEMA I

Seminar für Einsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte

Alma Ott, Hamburg

03.09.2021 von 13:00 bis 19:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 15.07.2021 115,- €, danach 127,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 15.07.2021 120,- €, danach 132,- €

17.09.2021 Z/F 2133 10 Fortbildungspunkte

Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept

Seminar und praktischer Arbeitskurs

Dr. Michael Maak, Lemförde

17.09.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 17.07.2021 310,- €, danach 341,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 17.07.2021 315,- €, danach 346,- €

18.09.2021 Z/F 2135 8 Fortbildungspunkte

Behördliche Begehung – gut vorbereitet

Viola Milde, Hamburg

18.09.2021 von 10:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 18.07.2021 140,- €, danach 154,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 18.07.2021 145,- €, danach 159,- €

„Employer Branding“ darf in Ihrem Unternehmen kein Fremdwort bleiben! Arbeitgebermarkenbildung ist das „New Work“ der Dentalbranche

Theorie und Praxis:

Employer Branding ist in der Dentalbranche oftmals ein unbekannter Begriff und wird bei oberflächlicher Betrachtung häufig falsch verstanden. Arbeitgebermarken sind das entscheidende Werkzeug für eine nachhaltige Personalpolitik. Von Kleinstbetrieben über KMUs bis hin zur Industrie sollte sich jedes Unternehmen mit Personalmarketing, Personalentwicklung und natürlich auch mit der eigenen Arbeitgebermarke beschäftigen. Wer dies verstanden hat, setzt sich von seinen Mitbewerbern ab und muss sich keine Sorgen um Abwerbung des eigenen Personals machen.



Nico Heinrich

Seminarablauf:

1. Begrüßung und Kurzvortrag: „The Employer Brand – eine Erfolgsgeschichte“
2. Vorstellungsrunde und welche Rolle spielen Marken im Leben der Teilnehmer
3. Wahrnehmung der eigenen Branche und des eigenen Unternehmens in der Öffentlichkeit
4. Neue Wege des Recruiting und die Methodik zum richtigen Onboarding
5. Ausbildung und Mentoring
6. Mit KI Freiräume schaffen, weg vom operativen „Allerlei“, hin zu kreativen Strategien in der Personalentwicklung und Weiterbildung.
7. Mitarbeiterbindung durch Mitbestimmung, Fehler- und Feedbackkultur

Referent: Nico Heinrich, Regenstau

Samstag, 18.09.2021 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:
bis zum 18.07.2021 199,- €, danach 219,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:
bis zum 18.07.2021 204,- €, danach 224,- €
Kurs-Nr.: Z/F 2134

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

Emotionales Selbstmanagement. Mit Gelassenheit und Selbstsicherheit zum Erfolg im Beruf.

Die Kritik von Vorgesetzten, das bevorstehende Konfliktgespräch mit der Mitarbeiterin, der „schräge“ Blick eines Kollegen, die „spitze“ Bemerkung einer Patientin oder die bevorstehende Präsentation vor versammelter Mannschaft: Dies sind nur einige Dinge, die zu emotionalen Turbulenzen führen können. Und wenn emotionale Turbulenzen erst einmal da sind, ist das eigene Denk- und Handlungspotenzial deutlich eingeschränkt.



Elke Overdick

Ziele

Das Hauptziel dieses Trainings ist es, die eigene Befindlichkeit unabhängiger von äußeren Einflüssen zu machen, um auch in „schwierigen“ Situationen Ruhe bewahren zu können. Denn wer in sich ruht, schützt seine Gesundheit und kann sich im Alltag leichter, professionell, souverän und seiner Aufgabe entsprechend zielorientiert verhalten.

Inhaltliche Schwerpunkte

- ▶ Wie Gefühle entstehen und verändert oder „beherrscht“ werden können
- ▶ Denkfallen erkennen und vermeiden
- ▶ Maßlose Wut vermeiden
- ▶ Hilfreicher Umgang mit Hemmungen und Ängsten
- ▶ Steigerung des eigenen Muts
- ▶ Die eigene Selbstsicherheit erhöhen
- ▶ Analyse und Überdenken der Anforderungen an sich selbst
- ▶ Konstruktiver Umgang mit Kritik

Methoden

- ▶ Kurze Theorie-Einheiten
- ▶ Austausch und Reflexion
- ▶ Einzel-, Kleingruppen und Plenums-Übungen
- ▶ Mentale Übungen

Referentin: Elke Overdick, Hamburg

Samstag, 04.09.2021 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:

bis zum 04.07.2021 305,- €, danach 336,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:

bis zum 04.07.2021 310,- €, danach 341,- €

Max. 12 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 2131

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

25.06.2021 F 2133

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing

25.06.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €

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

27./28.08.2021 F 2137

Der Einstieg in die professionelle Zahnreinigung

Genoveva Schmid, Berlin

27.08.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr

28.08.2021 von 09:00 bis 16:00

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:

bis zum 27.06.2021 390,- €, danach 430,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:

bis zum 27.06.2021 395,- €, danach 435,- €

04.09.2021 F 2143

Der KLASSIKER praktisch

Learning by doing

Arbeits-Grundkurs „Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch“, Bema-Positionen FU, IP1, IP 2 und IP 4

Sabine Sandvoß, Hannover

04.09.2021 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:

bis zum 04.07.2021 220,- €, danach 242,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:

bis zum 04.07.2021 225,- €, danach 247,- €

08.09.2021 F 2146

Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten

Elisabeth Meyer, Greifswald

08.09.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:

bis zum 08.07.2021 176,- €, danach 194,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:

bis zum 08.07.2021 181,- €, danach 199,- €

10.09.2021 F 2147

Das ORIGINAL praktisch Scaling plus

Sabine Sandvoß, Hannover

10.09.2021 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:

bis zum 10.07.2021 330,- €, danach 363,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:

bis zum 10.07.2021 335,- €, danach 368,- €

Termine

📅 **25./26.06.2021**

34. Oberpfälzer Zahnärztetag 2021

Medizin und Implantologie in der täglichen Praxis

<http://www.zbv-opf.de/zaetag>



WIR GRATULIEREN

Dr. Rainard Scheele herzlich nachträglich zum runden Geburtstag

Kollege Scheele wurde am 24.05.1951 in Höxter geboren und beging („gefeiert“ wurde – wenn überhaupt – dann nur coronaverordnungskonform ...) somit im „Wonnemonat“ Mai seinen 70sten Geburtstag. Damit nicht genug: Rechnet man das Studium der Zahnmedizin (in Hannover) mit hinzu, so rundet Kollege Scheele auch in Hinblick auf seine zahnmedizinische Tätigkeit: Seit nunmehr 50 Jahren ist er zahnmedizinisch „unterwegs“, denn noch heute praktiziert er in Hameln, wo er sich bereits 1979 in eigener Praxis niederließ. Wenn das keine Berufung ist!

Wie sagt es der Jubilar selbst treffend: „Ich bin immer noch begeistert tätig mit Ausbildung, Fortbildung und speziellen CMD-Methoden, die ich den Patientinnen und Patienten zugutekommen lasse oder auch in Seminaren vermittele“.

Einen Rückblick wert ist auch sein ehrenamtliches Engagement für die Zahnärzteschaft in Niedersachsen – sei es in den Gremien von ZKN oder KZVN. Ob der Vielzahl soll und muss allerdings eine komprimierte Fassung dessen reichen.

Kammerversammlung (KV) und Vertreterversammlung (VV) sind die „höchsten“ Gremien der verfassten Zahnärzteschaft in der ZKN bzw. in der KZVN. In beiden Parlamenten setzte sich Kollege Scheele als gewählter Vertreter für die Belange seiner Berufskolleginnen und -kollegen ein (Mitglied der KV von 1993 bis 2010 und VV-Mitglied von 1993 bis 1996). Darüber hinaus war er auch auf regionaler Ebene als langjähriger Vorsitzender der Kreisstelle Hameln-Pyrmont (2002 bis 2015) geschätzter Ansprechpartner für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Von 1993 bis 2010 war er darüber hinaus Mitglied des Honorar- und Vermittlungsausschusses, neun Jahre davon als Vorsitzender. Langjährig auch sein Engagement im GOZ-Ausschuss der ZKN (1994 bis 2005). Auch als Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der ZKN war er von 1997 bis 2001 – wie man so schön sagt – „zur richtigen Zeit am richtigen Ort“.

Last but not least engagierte er sich fast durchgängig seit 1993 im Prothetik-Einigungsausschuss I, dessen Vorsitzender er bis Ende 2018 war. ■

*Wir wünschen weiterhin alles Gute und Gesundheit
Die Vorstände von ZKN und KZVN*

Nach kurzer schwerer Krankheit verstarb einige Tage vor seinem 68. Geburtstag Hubert Schröder

Nach der Prüfung durch die Zahnärztekammer Niedersachsen hat Hubert Schröder sich 1979 als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Cloppenburg niedergelassen. Das damals noch junge Behandlungsgebiet der Multibandapparatur lag ihm besonders am Herzen; mit Zurückhaltung und Beharrlichkeit verfolgte er seine Vorstellungen von einer modernen Praxis. In der Kreisstelle hat er sich seit 1986 als Referent für Jugendzahnpflege im Landkreis Cloppenburg verdient gemacht. Nicht zuletzt wegen seiner fachlichen Qualifikation war er 30 Jahre lang Vertragsgutachter für Kieferorthopädie; neben anderen Funktionen hat er die Geschicke der Zahnärzteschaft in der VW der KZVN mitgestaltet; im Satzungsausschuss der KZVN zeichnete er sich durch seine Kompromissbereitschaft aus, die bei der schwierigen Definition der verschiedenen Interessensgruppen erforderlich war. Sein Augenmerk richtete er auf eine hohe Qualität der kieferorthopädischen Weiterbildung. So war er in der Zahnärztekammer seit 2005 Mitglied in der Ermächtigungskommission für das Fachgebiet Kieferorthopädie. Zum Ende 2019 beendete er seine Tätigkeit in seiner Praxis. ■

_____ Dr. Franz-Josef Höne, Vechna

DIENSTJUBILÄUM IN DER KZVN



10-jähriges Dienstjubiläum

► am 04.04.2021 Bianca Lehmann
(Abt. Datenvereinbarung)

Der Vorstand der KZVN gratuliert herzlich und dankt – auch im Namen der Mitglieder – für die geleistete Mitarbeit in den zurückliegenden Jahren.

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 28.04.2021** Dr. Heinz Grieb (80), Oldenburg
- 29.04.2021** Dr. Ursula Tusch (97), Osnabrück
- 11.05.2021** Dr. Ursula Ahrens (91), Buxtehude
- 16.05.2021** Dr. medic stom./Med. Hochschule Timisoara Lucretia Helene Jakabos (75), Hameln
- 16.05.2021** Dieter Hopp (70), Nordhorn
- 16.05.2021** Dr. Hans-Dieter Lüdje (85), Celle
- 16.05.2021** Reinhard Hagemann (70), Salzhausen
- 18.05.2021** Jürgen Petersen (90), Soltau
- 18.05.2021** Dr. Manfred Ahlers (85), Ganderkesee
- 19.05.2021** Dr. Manfred Schellwald (91), Hannover
- 19.05.2021** Klaus Dieter Hornhardt (85), Bad Essen
- 21.05.2021** Dr. Uwe Scheppach (80), Stadthagen
- 23.05.2021** Dr. Jürgen Tegmeier (86), Stadthagen
- 23.05.2021** Dr. Jürgen Goemann (75), Bad Salzdetfurth
- 23.05.2021** Dr. Dirk Henze (70), Bad Zwischenahn
- 24.05.2021** Dr. Rainhard Scheele (70), Hameln
- 25.05.2021** Dr. Carola Herold (75), Delmenhorst
- 27.05.2021** Dr. med. Wenzel Holy (86), Sarstedt
- 27.05.2021** Dr. Klaus Bitter (70), Wedemark
- 29.05.2021** Dr. Manfred Döpkens (85), Neustadt
- 31.05.2021** Dr. Wolfgang Nordt (91), Salzgitter
- 31.05.2021** Uwe Mader (70), Oldenburg
- 03.06.2021** Joachim Rieche (75), Hannover
- 05.06.2021** Dr. Dieter Rusche (92), Braunschweig

- 06.06.2021** Dr. Walter Hils (97), Hildesheim
- 06.06.2021** Dr. Helmut Lockert (80), Buxtehude
- 07.06.2021** Dr. Dr. Günther Kohlbecker (75), Hemmingen
- 08.06.2021** Dr./Inst. f. Med. u. Pharmazie Corneliu Tianu (80), Hildesheim
- 09.06.2021** Dr. Dr. Christian Vogel (75), Hildesheim
- 10.06.2021** Dr. Peter-Dietrich Haberland (70), Osterode am Harz
- 11.06.2021** Dr. Wolfgang Funk (75), Bad Gandersheim
- 14.06.2021** Dr. Wilhelm Voges (92), Bad Pyrmont



Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen

Dr. Reinhard Grote
geboren am 24.07.1952, verstorben am 04.01.2021

Dr. Renate Cohnert
geboren am 06.04.1938, verstorben am 14.01.2021

Gisela Schipper
geboren am 24.01.1925, verstorben am 12.04.2021

Hubert Paul Josen Schröder
geboren am 30.04.1953, verstorben am 27.04.2021

Toralf Gertzen
geboren am 18.07.1970, verstorben am 11.05.2021

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

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

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

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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



© diego ceno / iStockphoto.com

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	16.06.2021
für die Sitzung am	14.07.2021
Abgabe bis	04.08.2021
für die Sitzung am	01.09.2021
Abgabe bis	06.10.2021
für die Sitzung am	03.11.2021
Abgabe bis	10.11.2021
für die Sitzung am	08.12.2021

Die Sitzungstermine für 2022 werden im September 2021 festgelegt.

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.450 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5% versorgt.

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

_____Stand: 18.05.2021

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Hosni Jamal Sehri..... Nr. 10246 vom 13.05.2020
 Dr. Hermann-Josef Dittert Nr. 5054 vom 12.07.2004
 Franka Maria Piontek..... Nr. 9785 vom 27.02.2019
 Dr. Jens Langlotz Nr. 5600 vom 21.06.2006
 Dr. Sidsel Björndal..... Nr. 4013 vom 09.04.2001
 Anica Hansen..... Nr. 7712 vom 18.12.2012

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

_____ZKN

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Braunschweig Malte Hornbostel

Salzgitter Sebastian Bach

Wittingen Dr. Kristina Gerber

Verwaltungsstelle Hannover

Burgdorf Dr. Matthias Thalemann

Verwaltungsstelle Hildesheim

Sibbesse Dr. Britta Harder

Sibbesse Jana Tönnies

Verwaltungsstelle Lüneburg

Zernien Jovana Saric-Veselinovic

Verwaltungsstelle Oldenburg

Oldenburg Ahmad Alhaddad

Verwaltungsstelle Osnabrück

Bad Bentheim Dr. Moritz Deters

Haren Roshanak Hazrati

Haren Sina Zaeri

Melle Dr. Johannes Köllner M.Sc.

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Norden Dr. Gunnar Meyer

Verwaltungsstelle Stade

Fredenbeck Dr. Bartosch Mayschak

Verwaltungsstelle Verden

Achim Dr. Frederik Schumann

Nienburg Dr. Mohamed Samer Al Hakim

Rotenburg (Wümme) Mhamad Rafel Chakhachiro

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Norden Dr. Juliane Meyer

Medizinische Versorgungszentren

Verwaltungsstelle Hannover

Neustadt doc.böttcher & Kollegen MVZ (GmbH)

Verwaltungsstelle Lüneburg

Buchholz MVZ MKG Nordheide

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



ONLINE
KONFERENZ
ZOOM-MEETING

NEUE EINHEITLICHE EMPFEHLUNGEN VON PÄDIATERN UND ZAHNÄRZTEN ZUR KARIESPRÄVENTION MIT FLUORIDEN IN DEUTSCHLAND

Prof. Dr. Christian Splieth (Zahnarzt), Greifswald
Dr. Burkhard Lawrenz (Facharzt für Kinder-
und Jugendmedizin), Arnshagen

MITTWOCH, 21. JULI 2021
VON 18:30 BIS 20:00 UHR

Anmeldungen möglich
ab sofort unter
zkn.de/Seminare



Das erwartet Sie

Der langjährige Dissens zwischen Pädiatern und Zahnärzten über den Fluorideinsatz im Kleinkindalter ist beigelegt. Die Einigung kam innerhalb des bundesweiten Netzwerks „Gesund ins Leben“ zustande und ist in konsentierten, von allen Netzwerkpartnern getragenen Handlungsempfehlungen niedergelegt.

Ab der 2. Lebenswoche sollen Vitamin-D-Fluorid-Kombipräparate genutzt werden. Ab dem ersten Zahndurchbruch sollen die Zähne durch die Eltern geputzt werden. Spätestens mit dem ersten Geburtstag soll Kinderzahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid die systemische Fluoridgabe ersetzen, ohne dass die Vitamin-D-Gabe vorzeitig beendet wird. Dies steht im Einklang mit den europäischen Empfehlungen.

Im online-Seminar werden die Epidemiologie, die Prävention einschließlich der Fluoridnutzung und die Therapie der frühkindlichen Karies aus pädiatrischer und zahnärztlicher Sicht beleuchtet. Dies kann anschließend im Plenum diskutiert werden.

Pro Teilnehmer/in 30,- €

Die Veranstaltung
wird mit 2 Punkten nach
BZÄK/DGZMK bewertet.

 /diezkn  /diezkn

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

ONLINE
AUS DEN
PEPPERMINT
PARK STUDIOS

TAG DER AKADEMIE

Die neue PAR-Behandlungsstrecke –
praxisnah, vorhersehbar und verlässlich
und ab Montag in jeder Praxis umsetzbar.

SAMSTAG 04.09.2021

Anmeldungen möglich
ab 01.04.2021 unter
event.zkn-kongress.de



Programm

10:00 – 12:30 Uhr

Prof. Dr. Sören Jepsen, Bonn
PD Dr. Karin Jepsen, Bonn
**Staging & Grading –
Die neue PAR Behandlungsstrecke
Die Behandlung
der Stadien 1 – 4 am Patientenfall**

12:45 – 13:45 Uhr

Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, Bern
**Privatzahnärztliche Möglichkeiten
der PAR-Therapie**

14:00 – 15:00 Uhr

Dr. Tim Hörnschemeyer, Osnabrück
**Abrechnung Bema + GOZ zur neuen
PAR-Behandlungsstrecke**

Bis 31.07.2021 **69,- €**
Ab 01.08.2021 **79,- €**

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

 /diezkn  /diezkn

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen