

PSYCHOLOGIE UND PSYCHOSOMATIK IN DER ZAHNMEDIZIN:

Vom Kennen und Erkennen
psychosomatischer
Auffälligkeiten S. 30 ff.



11 Entscheidungen der
KZVen zur COVID-19-
Versorgungsstrukturen-
Schutzverordnung



18 Alles im Griff?
Ein kurzer Abriss der
zahnärztlichen
Funktionsanalyse



38 Bilden Sie aus!



Vorstand		Fax 0511 8405-300
Dr. Thomas Nels	Vorsitzender	Tel. 0511 8405-209
Dr. Jürgen Hadenfeldt	Stellvertretender Vorsitzender	Tel. 0511 8405-209
ZA Christian Neubarth	Mitglied des Vorstandes	Tel. 0511 8405-209
Vorstandssekretariat		Fax 0511 8405-300
Simone Blume/Heike Philipp	Sekretariat	Tel. 0511 8405-209
Verwaltungsleitung		Fax 0511 8405-300
Dr. Michael Hinz	Leiter der Verwaltung	Tel. 0511 8405-335
Recht und Zulassung		Fax 0511 59097030 Fax 0511 59097040
Daniela Schneider	Abteilungsleitung	Tel. 0511 8405-235
Manuela Krieg*	Stellvertretende Abteilungsleitung	Tel. 0511 8405-416
Alexander Nolte	Jur. Sachbearbeiter	Tel. 0511 8405-205
Monika Pagel Marina Kamenz	Sekretariat	Tel. 0511 8405-211 -172
Hotline für Vertragsfragen		Tel. 0511 8405-206
Selime Yalcinkaya Yasmin Kuhl	Prothetismängelverfahren PK	Tel. 0511 8405-225 -333
Stefanie Alcalá Claudia Grosser	Prothetismängelverfahren EK	Tel. 0511 8405-418 -169
Andrea Grotha Salina Bögershausen	Gutachterwesen	Tel. 0511 8405-130 -114
Sisula Franke		Tel. 0511 8405-219
Christine Angermann Carola Werner	Geschäftsstelle Zulassungswesen	Tel. 0511 8405-323 -361
Heide Vowe Anika Phillips		Tel. 0511 8405-214 -236
Tina Sassenberg Arezu Reyher Andreas Gust	Zahnarztregister/Assi-Genehmigungen	Tel. 0511 8405-237 -168
Claudia Pflingsten Carmen Fietz	Kooperationsvertr. nach § 119b SGB V	Tel. 0511 8405-238 -110
Sarah Vorlob	Genehmigung Zweigpraxen/ Wirtschaftlichkeitsprüfung	Tel. 0511 8405-232
Rüdiger Kudlek	Fortbildungsverpflichtung	Tel. 0511 8405-322
Viola Soltysiak	Notfallbereitschaft	Tel. 0511 8405-268
Denise Bonk	Qualitätsbeurteilung/-prüfung	Tel. 0511 8405-171
Öffentlichkeitsarbeit		Fax 0511 59097080
Elke Steenblock-Dralle	Referentin	Tel. 0511 8405-430
Marion Günther	Sachbearbeitung	Tel. 0511 8405-420
Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)		Fax 0511 8405-262
Heike Philipp	Redaktionsbüro NZB	Tel. 0511 8405-207
Fortbildungsorganisation		Fax 0511 837267
Monika Popp	Abteilungsleitung	Tel. 0511 8405-240
Sylvia Johannsen Annette Schubert	Sachbearbeitung	Tel. 0511 8405-212 -233
Honorar		Fax 0511 8405-362
Sabine Eggert	Abteilungsleitung	Tel. 0511 8405-422
Hotline HVM-Fragen		Tel. 0511 8405-440
Hotline Punktwerte		Tel. 0511 8405-460
Hotline Krankenkassenstammdaten		Tel. 0511 8405-470
Abrechnung		Fax 0511 837267
Monika Popp	Abteilungsleitung	Tel. 0511 8405-240
Hotline für Abrechnungsfragen Schwerpunkt Monatsabrechnung		Tel. 0511 8405-390
Schwerpunkt Quartalsabrechnung		Fax 0511 837267
		Tel. 0511 8405-375
		Fax 0511 59097062
Ute Baumgarten (GL)	Berichtigungsanträge/Widersprüche	Tel. 0511 8405-162
Uta Raabe (GL)	Dateneingang/Telematikinfrastruktur	Tel. 0511 8405-295
Hotline Online-Support		Tel. 0511 8405-395
		abrechnung@kzvn.de
Finanzen		Fax 0511 59097050
Ricarda Schluchtmann	Abteilungsleitung	Tel. 0511 8405-310
Mechthild Scheller* Carmen Werhahn	Zahnärzte-Kontokorrent	Tel. 0511 8405-275 -259
Atena Gansauge		Tel. 0511 8405-313
Hotline für Finanzfragen		Tel. 0511 8405-400
Innere Verwaltung		Fax 0511 8405-246
		Bestellung von Formularen + Broschüren
Telefonzentrale		Tel. 0511 8405-0

Corona-Folgen

In dieser Ausgabe können Sie eine erste Bewertung der ZKN zum Konjunkturpaket der Bundesregierung lesen, mit dem die Folgen der Pandemie bekämpft werden sollen. Unter dem Punkt Sozialgarantie 2021 wird dargestellt, dass die Sozialversicherungsbeiträge bei 40% stabilisiert werden sollen, und darüber hinausgehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt jedenfalls bis 2021 gedeckt werden sollen. Hierzu wird festgestellt, dass dies für die Nettoeinkommen von Arbeitnehmern und insbesondere von angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten wichtig sei. Das ist sicher richtig.

Aber die Bedeutung ist noch viel weitreichender: Nach aktueller Gesetzeslage ist die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied das Kriterium für die Beurteilung, ob eine Vergütungsanpassung im Rahmen der Vergütungsverträge die Beitragssatzstabilität gefährdet. Aktuell steht zu befürchten, dass die hohe Zahl von Kurzarbeitern die Veränderungsrate negativ beeinflusst. Wenn aber der Bundeszuschuss die Beiträge gerade stabilisieren soll, dann kann ein Abschluss über der Veränderungsrate diese Stabilität nicht gefährden. Es bedarf also zumindest einer Klarstellung des Gesetzgebers in dieser Hinsicht. Ebenso ist die im Gesetz vorgesehene Berücksichtigung der Morbidität des Vorjahres – gemessen an der abgerechneten Leistungsmenge – im nächsten Jahr evident unsinnig: Wenn der Ordnungsgeber – wie in einigen Bundesländern, so auch in Niedersachsen geschehen – den Besuch des Arztes/Zahnarztes nur in dringend notwendigen Fällen zulässt, dann sinkt deshalb doch nicht die Morbidität der Bevölkerung! Eher ist im Folgejahr mit Nachholeffekten zu rechnen. Und das gerade im zahnärztlichen Bereich, wo eine Karies oder eine Parodontalerkrankung nicht spontan ausheilt, sondern sich durch Abwarten eher verschlimmert! Und schließlich ist die Entwicklung der Praxiskosten in diesem Jahr untauglich als Parameter für die Punktwertanpassung in den Folgejahren.



Foto: NZB-Archiv

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Wenn die Praxen für zwei Monate Kurzarbeitergeld beantragt haben, dann sinken natürlich die Personalkosten als größter Kostenblock. Die gestiegenen Hygienekosten können das nicht kompensieren. Auch hier muss eine Klarstellung erfolgen!

Die KZVN hat deshalb in der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) einen entsprechenden Antrag der Arbeitsgemeinschaft der KZVen (AG KZVen) initiiert, dass sich der KZBV-Vorstand beim Gesetzgeber für eine Klarstellung einsetzt. Zusätzlich hat die AG einen Antrag eingebracht, im Bewertungsausschuss einen Hygienezuschlag für Pandemiesituationen anzustreben. Hoffen wir, dass hier mehr Einsicht gezeigt wird, als bei der Notwendigkeit eines echten Rettungsschirmes auch für uns Zahnärzte! ■

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

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

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 09/20: 11. August 2020
Heft 10/20: 8. September 2020
Heft 11/20: 13. Oktober 2020

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.

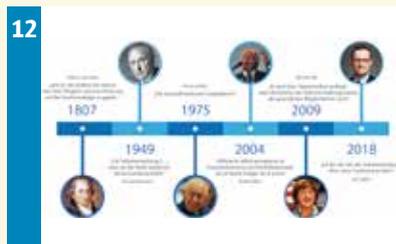


Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>





8



12



16

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels: Corona-Folgen

POLITISCHES

- 4 Ein weiteres Kuckucksei für die GKV: Das Konjunkturpaket und neue „Kosten“ für die Liquiditätsreserve
- 6 Konjunkturpaket der Bundesregierung: „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“
- 8 Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des IFB unter mehr als 2.600 selbstständigen Freiberuflern zu den wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie in den Freien Berufen
- 11 Entscheidungen der KZVen zur COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
- 12 Historischer Abriss des deutschen Gesundheitswesens: Wie die Selbstverwaltung laufen lernte
- 16 Versorgungsfrei ist nicht kariesfrei KZBV und BZÄK zum diesjährigen BARMER-Zahnreport
- 17 Erratum

FACHLICHES

- 18 Alles im Griff? Ein kurzer Abriss der zahnärztlichen Funktionsanalyse
- 29 Neue Wirkstoff-Kombination für bessere Herpes-Behandlung
- 30 Psychologie und Psychosomatik in der ZahnMedizin: Vom Kennen und Erkennen psychosomatischer Auffälligkeiten – Teil 2
- 34 Aktualisierte und neue Leitlinien
- 36 Datenschutz und die Vernichtung von Patientenunterlagen
- 38 Trotz – oder gerade wegen – Corona! Bilden Sie aus!
- 39 Auch in Corona-Zeiten an die Ausbildung denken

TERMINLICHES

- 40 ZAN-Seminarprogramm
- 42 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

PERSÖNLICHES

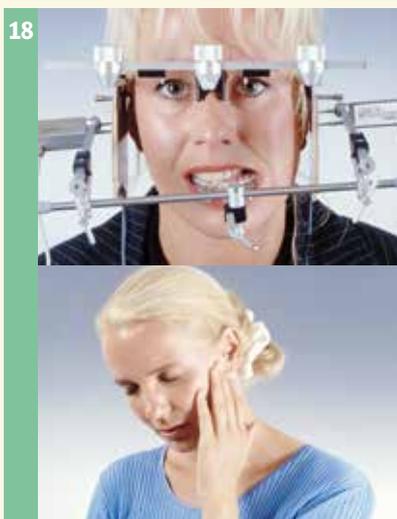
- 43 Dr. Karl-Heinz Stock zum 90.
- 43 Praxisjubiläum
- 44 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 44 Wir trauern um unsere Kollegen

AMTLICHES

- 45 Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020
- 49 Ungültige Zahnarzttausweise
- 50 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 51 Neuzulassungen
- 52 Öffentliche Zustellungen

KLEINANZEIGEN

- 52 Kleinanzeigen



18



30



34

36



Foto: © Oskar - stock.adobe.com

Ein weiteres Kuckucksei für die GKV

DAS KONJUNKTURPAKET UND NEUE „KOSTEN“ FÜR DIE LIQUIDITÄTSRESERVE

In der Nacht zum 3. Juni ist nach 21 Stunden Verhandlungen (mit Unterbrechungen) das 130 Milliarden Euro schwere Hilfspaket zur Anregung der Konjunktur und zur Modernisierung in manchen Bereichen vom Koalitionsausschuss der Großen Koalition zur Abfederung der Corona-Krise verabschiedet worden. „Das Gesundheitswesen stärken und den Schutz vor Pandemien verbessern“ lautet die Überschrift des 9,75 Mrd. Euro Investitionspakets für den Gesundheitssektor, das im Rahmen dieses Konjunkturpakets beschlossen wurde und fünf Punkte umfasst, von denen aber nicht alle vorgesehenen Maßnahmen aus den öffentlichen Haushalten gezahlt werden sollen. Die Bundesregierung, näherhin wahrscheinlich der Bundesgesundheitsminister, hat der Versichertengemeinschaft der GKV nun, neben beispielsweise den Summen für die eigentlich dem Steuerzahler zuzurechnenden Bevölkerungsschutz-Reihentestungen auf Covid-19, ein weiteres „Kuckucksei“ ins Nest des Gesundheitsfonds gelegt. Nun sollen die Krankenhäuser zukunftsfest gemacht werden, die Zahlungen sollen auf dem Strukturfonds aufgesetzt werden, der zur Hälfte oder mehr aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds unterhalten wird.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat schon ihre Freude zum Ausdruck gebracht. Das Paket selbst erscheint auch äußerst sinnvoll (näheres dazu siehe weiter unten). Die gesetzlichen Krankenkassen hingegen, die voraussichtlich über die Liquiditätsreserve bis zu der Hälfte dieser Kosten herangezogen werden (Gesamtsumme 3 Mrd. Euro), ringen wohl noch tapfer mit einer angemessenen Reaktion.

Der BKK Dachverband ist mutig vorangeschritten und fordert nach artiger Gutheißung des Konjunkturpakets, nun müsse auch endlich „der längst überfällige Strukturumbau der Krankenhauslandschaft in Deutschland angegangen werden“. „Die Bundesländer dürften sich nicht länger wegducken, sondern müssen sich aktiv an der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft beteiligen. Im Hinblick auf eine bessere Qualität der Versorgung dürfen Konzentration, Spezialisierung und Umwidmung in MVZ oder Pflegeeinrichtungen dabei nicht länger ein Tabuthema bleiben. Hier muss der Gesetzgeber die Bundesländer stärker in die Pflicht nehmen“, fordert Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands. Knieps versucht wohl schon geschickt die Forderungen der Krankenkassen vor jeder Erstformu-

lierung dieser Neu-Regelung zu platzen. Ein Hoffnungs-schimmer für die gesetzlichen Krankenversicherungen ist die schriftlich niedergelegte Maßgabe im Konjunkturpaket, die Lohnnebenkosten nicht über 40 Prozent steigen zu lassen, dafür sind gemäß dem Papier auch Gelder veranschlagt (für 2020 5,3 Mrd. Euro, für 2021 bleibt die Haushaltslage abzuwarten). Hinsichtlich der versicherungsfremden Leistungen im Rahmen der Corona-Krise erhoffen sich die Krankenkassen die Rückzahlung ihrer entsprechenden „Vorleistungen“ für die Testungen und nun wohl vielleicht auch einen Zuschuss für die nicht erwartete Aufstockung des Strukturfonds.

Die Meinung, die Krankenkassen seien aufgrund von Einsparungen von Leistungen durch die Coronakrise auf Rosen gebettet, dürfte sich aller Voraussicht nach nicht bewahrheiten. Um nur einige wesentliche Faktoren zu nennen: Allein die Gesetzespakete aus dieser Legislaturperiode wie auch die veränderte und sich abzeichnende leider ins Negative wendende Situation am Arbeitsmarkt (Kurzarbeit, Entlassungen) wie auch die (weiterhin zu befürchtenden) Insolvenzen von Soloselbständigen und Unternehmen dürften sich, zwar mit Verzögerung, in den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen böse bemerkbar machen.

Ob der Bundesfinanzminister, um unter der 40-Prozent-Lohnnebenkosten-Zielmarke zu bleiben, beispielsweise ausschließlich die Arbeitslosenversicherung stützt, ist nicht ausgemacht. Es gibt in dem entsprechenden Passus im Konjunkturpaket keine Einzelgarantien, beispielsweise für die Konsolidierung ggfls. unbotmäßig steigender Beiträge gesetzlicher Krankenversicherungen. Betrachtet man einige Stellschrauben im Gesundheitssystem, bis hin zur überraschenden Umbenennung des Bundesversicherungsamtes in Bundesamt für Soziale Sicherung und manche Aussage des Bundesgesundheitsministers bleibt eine tiefe Verunsicherung, ob die Grundzüge dieses Gesundheitssystems am Ende dieser Legislaturperiode noch erhalten sein werden. Wer sich, aus welchem Lager im Gesundheitswesen auch immer, in „wettbewerblicher Hinsicht“ vielleicht darüber freut, sollte die Entwicklung in anderen Bereichen in den vergangenen Jahren in den Blick nehmen, in denen es schon beispiellose Konzentrationsprozesse gegeben hat, die auch der Prosperität in diesen Bereichen wie auch für die Verbraucher und auch die Gesamtgesellschaft in der Gesamtschau nicht unbedingt zuträglich waren. „The winner takes it all“ könnte es am Ende heißen – und zwar nicht nur auf dem Krankenkassensektor. Zumal für diese Redewendung nicht nur ein einziger, aber einige Wenige, und dann vielleicht auch in einem am Ende veränderten und sich schleichend dorthin reformierten anderen System, stehen könnten. Hat nicht schon die Aushöhlung des Systems der Selbstverwaltung längst begonnen? Stand nicht schon die Hausarztzentrierte Versorgung wie auch

die „facharztzentrierte“ Versorgung erst kürzlich vor dann noch abgewendeten Reformen, die sie zugrunde gerichtet hätten? Haben beispielsweise nicht Zahnärzte mit MVZ-Entwicklungen zu kämpfen, die nur sehr halbherzig aufgehalten werden? Und wie steht es um die Apotheken? Sicher gibt es für all diese Sektoren auch notwendige Reformmaßnahmen, doch sollte die Gesamtschau das Bild ergeben, dass die Stabilität während der Konstruktion des deutschen Gesundheitssystems ständig gepflegt und verbessert wird. Ist dieser Eindruck bei Betrachtung der großen Züge der derzeitigen Gesundheitspolitik gerechtfertigt? Auch die vielen Leistungserbringer, insbesondere die von der wirtschaftlichen Größe her „Kleinen“ und „Mittleren“ würden am Ende die Verlierer sein. Ist das allgemeiner Konsens unter den Gesundheitspolitikern?

Zur Erläuterung des Strukturfonds: Bislang stehen den Ländern – die Aufteilung erfolgt nach dem so genannten Königsberger Schlüssel – pro Jahr eine Gesamtsumme von 500 Mio. Euro (unter Vernachlässigung der Feinheiten des Gesetzes) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als so genannter „Strukturfonds“ für die Modernisierung der Krankenhausstruktur zur Verfügung. Zweck des Strukturfonds soll vor allem der Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich sein, die Umwandlung von Krankenhäusern in nichtstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und die Förderung palliativer Versorgungsstrukturen wie auch weitere Fördertatbestände, z.B. Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, Bildung integrierter Notfallstrukturen, Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten und einiges mehr.

Die einzelne Förderung pro Land erfolgt aber nur, wenn das jeweilige Land für die abgerufenen Gelder aus dem Strukturfonds 25 bis 50 Prozent der erhaltenen Summe noch einmal als Investition zusätzlich hinzugibt. Rechnet man die im Konjunkturpaket genannten 3 Mrd. als veranschlagte Gesamtsumme zur Erhöhung des Strukturfonds bis zum Jahr 2022 – denn bis dahin ist der Strukturfonds gesetzlich vorgesehen – würden auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für die geplante Erhöhung des Strukturfonds etwa 800 Mio. Euro bis 1,5 Mrd. Euro bis zum Jahr 2022 insgesamt zurollen (zusätzlich zu den jährlichen 500 Mio. Euro) – je nach Ausgestaltung des Prozentsatzes, den die Länder hinzugeben. Eher unwahrscheinlich, aber nicht gänzlich ausgeschlossen, ist die zweite Variante, dass Jens Spahn 3 Mrd. in den kommenden drei Jahren für den Strukturfonds kassenseitig aus der Liquiditätsreserve entnehmen lassen will und auf diese Summe zusätzliche 25 bis 50 Prozent an Mitteln aus dem jeweiligen Länderhaushalt bei Abruf hinzugegeben werden. ■

_____gid 10, 05.06.2020

„Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“

– erste Analysen zu möglichen Relevanzen für Zahnarztpraxen –

Der Koalitionsausschuss, bestehend aus den Spitzen der Regierungsparteien CDU, CSU und SPD hat sich am 3. Juni 2020 auf ein 130 Milliarden Euro schweres Konjunkturpaket geeinigt, mit dem zum einen die Folgen der Corona-Pandemie bekämpft und Deutschland aus dem konjunkturellen Delta geführt werden soll. Zum anderen muss das Land angesichts der Erfahrungen in der Pandemie und dem Leben mit dem Virus krisensicherer gemacht werden. Dies zumindest ist der Schwerpunkt des letzten Abschnittes, der sich mit Gesundheit beschäftigt.

Das Papier ist abrufbar unter:

https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Konjunkturpaket/2020-06-03-eckpunktepapier.pdf?__blob=publicationFile&v=9
Shortlink: <https://t1p.de/10ap>

Diese Analyse konzentriert sich auf für Zahnärzte/innen sowie zahnärztliche Praxen im überwiegend beruflichen Kontext stehende Beschlüsse. Die Nummerierung richtet sich nach den Ziffern im vorgenannten Beschlussdokument. Wiedergegeben sind die zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses NZB bekannten Eckdaten vorbehaltlich eventueller Änderungen durch den Gesetzgeber:

1. **Senkung der Mehrwertsteuer** vom 01.07.2020 – 31.12.2020 von 19 auf 16 Prozent und von 7 auf 5 Prozent (die dazu relevanten Produktgruppen bleiben gleich).

Dies ist bei Zahnärzten/innen für die Rechnungsstellung bei Material- und Laborleistungen relevant. Über den Mehrwertsteuersatz entscheidet das Leistungsdatum der Zielleistung (Stichtage 1. Juli und 31.12.2020). Umsatzsteuerpflichtige Zahnärzte/innen fragen für ihren individuellen Fall am besten bei ihrer jeweiligen Steuerberatung nach.

Auch für eine Investition können 3 Prozent weniger Mehrwertsteuer relevant zur Planung sein. *Verabschiedet am 29. Juni im 2. Corona-Steuerhilfegesetz. In Kraft seit 1. Juli 2020.*

2. **„Sozialgarantie 2021“: Sozialversicherungsbeiträge** werden bei 40 Prozent stabilisiert. Darüber hinausgehende Finanzbedarfe werden aus dem Bundeshaushalt jedenfalls bis zum Jahr 2021 gedeckt.

Dies garantiert die Nettoeinkommen von Arbeitnehmern und ist insbesondere für angestellte Zahnärzte/innen sowie das angestellte Fachpersonal wichtig.

Umsetzung in Arbeit

6. **Degressive Abschreibung:** Als steuerlicher Investitionsanreiz wird eine degressive Abschreibung für Abnutzung (AfA) mit dem Faktor 2,5 gegenüber der derzeit geltenden AfA und maximal 25 Prozent pro Jahr für bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens in den Steuerjahren 2020 und 2021 eingeführt.

Zahnärzte/innen, die Investitionen in 2020 und/oder 2021 planen, sollten diese Möglichkeit bei ihrer Steuerberatung ansprechen.

Verabschiedet am 29. Juni im 2. Corona-Steuerhilfegesetz. In Kraft seit 1. Juli 2020.

12. **Kurzarbeitergeld:** Die aktuelle Kurzarbeitergeld-Regelung gilt bis Jahresende 2020. Im Herbst wird die Bundesregierung eine Nachfolgeregelung vorstellen.

Viele Zahnarztpraxen haben in den letzten Wochen Kurzarbeit angemeldet. Es ist zu hoffen, dass das Praxisgeschehen sich schnell normalisiert und Kurzarbeit beendet werden kann. Aber da die weitere pandemische Entwicklung offen ist und weitere Wellen möglich bleiben, ist dies eine wichtige Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erhalt von Praxen bei reduzierten Umsätzen. *Umsetzung in Arbeit*

13. **Überbrückungshilfen für KMU** (KMU = Kleine und Mittelgroße Unternehmen, zu denen auch Zahnarztpraxen gehören): Im Anschluss an die Soforthilfen von Bund und Ländern legt die Bundesregierung mit ihrem Konjunkturprogramm ein branchenübergreifendes Programm für Überbrückungshilfen für KMU auf. Es

umfasst max. 25 Milliarden Euro und wird für die Monate Juni bis August gewährt. Antragsberechtigt sind Unternehmen, deren Umsätze coronavirusbedingt im April und Mai 2020 um mindestens 60 Prozent gegenüber April und Mai 2019 rückgängig gewesen sind.

In Niedersachsen erfolgt die Beantragung ausschließlich über Steuerberater, Wirtschaftsprüfer oder vereidigte Buchprüfer bei der NBank. Infos dazu finden sich unter Shortlink t1p.de/tmi0. Inwiefern die Hilfe auch für betroffene Zahnärzte/innen als „Angehörige der Freien Berufe im Haupterwerb“ gewährt wird, war zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht verlässlich feststellbar.

26. **Kinderbonus von 300 Euro** pro kindergeldberechtigtem Kind. Der Bonus wird nicht auf die Grundsicherung angerechnet. Er wird mit dem Kinderfreibetrag verrechnet. Zahnärzte/innen und ihre Angestellten sind oft auch Eltern. Sie trugen in den vergangenen Wochen und Monaten doppelte Last. Dieser Bonusbetrag soll die Elternleistung anerkennen und coronabedingte Ausfälle abmildern. Die Auszahlung erfolgt zu je EUR 150 im September und Oktober 2020. Verabschiedet am 29. Juni im 2. Corona-Steuerhilfegesetz. In Kraft seit 1. Juli 2020.

29. **Entlastungsbeitrag für Alleinerziehende:** Befristet auf zwei Jahre wird der Entlastungsbeitrag für Alleinerziehende von derzeit 1.908 Euro auf 4.000 Euro für die Jahre 2020 und 2021 angehoben und damit mehr als verdoppelt.

Zahnärzte/innen und ihre Angestellten sind oft auch Eltern. Sie trugen in den vergangenen Wochen und Monaten doppelte Last. Dieser Betrag soll die Leistung anerkennen und solche coronabedingten Ausfälle abmildern, die Alleinerziehende besonders betroffen haben.

Verabschiedet am 29. Juni im 2. Corona-Steuerhilfegesetz. In Kraft seit 1. Juli 2020.

30. **Prämien für Ausbildungsbetriebe:** KMU, die in Kurzarbeit gegangen sind oder erhebliche Umsatzeinbrüche zu verzeichnen haben, aber ihr Ausbildungsplatzangebot im Vergleich zu den drei Vorjahren nicht verringern, erhalten (nach Ablauf der Probezeit und Fortbestehen des Ausbildungsverhältnisses) eine einmalige Prämie pro neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag von 2.000 Euro. KMU, die ihre Ausbildungskapazität erhöhen, erhalten pro zusätzlichem Ausbildungsvertrag 3.000 Euro. KMU, die coronabedingt Auszubildende nicht in Kurzarbeit schicken, können Förderung erhalten (in Höhe von 75 Prozent des Bruttogehalts). Auszubildende, deren Ausbildungsvertrag aufgrund der Krise

gekündigt wird, sollen überbrückend versorgt werden, gleiches gilt für Auszubildende, deren Betrieb von Insolvenz betroffen ist. Diese Regelungen werden auf dem Verordnungsweg der Bundesagentur für Arbeit zur Umsetzung übergeben.

Zahnarztpraxen sind Ausbildungsbetriebe für ZFA. Hier werden Zahnärzte/innen, die ausbilden, konkret finanziell entlastet.

Ein eigenes Kapitel widmet sich in dem Konjunkturpaket dem **Gesundheitsbereich**.

Die Regelung ist beim Bundeswirtschaftsministerium als PDF-Datei abrufbar: Shortlink: <https://t1p.de/tqve>

Hier geht es insbesondere um die personelle und finanzielle Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dessen Handlungsfähigkeit sowie um Krankenhäuser und Impfstoffforschung. Im Hinblick auf zahnärztliche Praxen sind folgende Punkte relevant:

52. **Inländische Produktion von Schutzausrüstung und Medikamenten:**

Gewünscht ist seitens der Bundesregierung, dass Deutschland im Bereich von medizinischer Schutzausrüstung, der Herstellung von Wirkstoffen und deren Vorprodukten sowie in der Impfstoffproduktion über größere Kapazitäten und mehr Unabhängigkeit verfügt. Daher wird ein Programm zur Förderung der flexiblen – und im Falle einer Epidemie skalierbaren – inländischen Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte aufgelegt.

54. **Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA):**

Der Mangel an Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln nach der pandemiebedingten Schließung der asiatischen Märkte hat zu starken Engpässen in der Versorgung geführt. Um solche Notlagen zukünftig zu vermeiden, soll eine nationale Reserve angelegt werden. Diese soll dezentral in medizinischen Einrichtungen und beim Katastrophenschutz gelagert werden.

Gerade auch Zahnarztpraxen hatten mit Engpässen bei der Ausstattung mit PSA zu kämpfen. Der Dentalhandel war schnell nicht mehr in der Lage, Nachschub zu liefern. Eine nationale Reserve wird in erster Linie ambulante und stationäre Einrichtungen versorgen, die mit der Behandlung von Erkrankten befasst sind (s. Diskussion um „Systemrelevanz“).

Die zahnärztlichen Körperschaften werden Mittel und Wege suchen, idealerweise im Verbund mit dem Handel oder auch im Alleingang für etwaige Notlagen Regelungen zu treffen, solche Mangellagen künftig geordnet bewältigen zu können. ■

_____ Ihre Zahnärztekammer Niedersachsen

Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des Instituts für Freie Berufe (IFB) unter mehr als 2.600 selbstständigen Freiberuflern zu den wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie in den Freien Berufen



Foto: © Bits and Splits - stock.adobe.com

Prof. Dr. Ewer: „Weiter am Schutzschild schmieden, um keine zweite wirtschaftliche Corona-Welle anbränden zu lassen.“

- ▶ Überlebenskampf in der Corona-Krise dauert an
- ▶ und fordert insbesondere ganz junge und kleine freiberufliche Unternehmen
- ▶ Knapp zwei Drittel der befragten Freiberufler massiv betroffen
- ▶ Mindestens 400.000 Stellen bei den Freien Berufen drohen wegzubrechen
- ▶ Hilfen nachjustieren, um möglichst viele am Markt zu halten und den Gründergeist in Deutschland nicht zu ersticken

„Die Lage ist für viele Freiberufler ausgesprochen ernst, knapp zwei Drittel der befragten Freiberufler sind massiv betroffen. Besonders gefährdet sind gerade junge Unternehmen, die seit 2019 gegründet wurden: Mehr als acht von zehn von ihnen sind stark oder sehr stark belastet. Auch kleine Freiberufler-Einheiten mit bis zu zehn Beschäftigten sind äußerst in Nöten. Das gründet in einem deutlichen Auftragsrückgang von über 50 Prozent, den jeder dritte Freiberufler verzeichnet. Das schlägt auf die Personalplanung durch: Hier blicken die Freien Berufe sehr skeptisch in die Zukunft. Nachdem bereits erste Stellen

abgebaut werden mussten, sind mindestens 400.000 weitere Stellen in Gefahr“, so BFB-Präsident Prof. Dr. Wolfgang Ewer zu den Ergebnissen der Umfrage.

Und führt fort: „Die Bundesregierung hat in mehreren Schritten einen umfangreichen Maßnahmenmix an Instrumenten identifiziert und auf den Weg gebracht. So bitter es auch für jeden einzelnen Betroffenen ist, das Instrument des Kurzarbeitergeldes ist wertvoll. Ebenso hilfreich und logisch sind Stundungen gerade von Steuern. So wird Liquidität in den Unternehmen belassen und eben nicht abgezogen, um sie dann wieder mühsam herzustellen. Kulanz der Finanzämter zahlt sich aus – gerade in der Krise.

Allerdings muss die Bundesregierung angesichts der bereits sichtbaren Einschnitte und drohender Folgen weiter am Corona-Schutzschild schmieden, um möglichst viele Notleidende auch freiberufliche Unternehmen durch die Krise zu bringen.

Das jüngst geschnürte Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket der Koalitionspartner formuliert wichtige Impulse, die zügig umzusetzen sind. Leider existieren hier noch Unwuchten: Statt der ausgelaufenen Soforthilfe des Bundes soll nunmehr die geplante Überbrückungshilfe Liquidität zuschießen. Allerdings setzen sich bei der Überbrückungshilfe gravierende Webfehler der Soforthilfe des Bundes fort. So droht sehr wohl eine zweite Welle der wirtschaftlichen Corona-Folgen gerade für Freiberufler mit nachlaufender Rechnungslegung, dann, wenn bei ihnen Umsätze durch krisenbedingt ausbleibende Aufträge zeitversetzt fehlen. Hier muss nachjustiert werden: Auch Unternehmen, die mit Zeitverzug von zwei, drei Monaten, aber ebenso existenziell getroffen werden, dürfen nicht allein gelassen werden. Bislang sind nur Verluste, die in den Monaten April und Mai verzeichnet wurden und bis in den August fort dauern, Voraussetzung für die Beantragung der Überbrückungshilfe. Berücksichtigt werden sollten aber auch Verluste, die erst im Juni, Juli und August einsetzen, mindestens. Überdies sollte der Lebensunterhalt insbesondere im Bereich der Solo-Selbstständigen miteinbezogen werden, da hier eine starre Abgrenzung lebensfremd ist. Darüber hinaus bleibt beim Kreditangebot weiterhin eine Mittelstandslücke bestehen: Der KfW-Schnellkredit gilt nur für Betriebe ab zehn Beschäftigten. So können Kleinunternehmen nicht auf die zu 100 Prozent staatlich garantierte

Kreditlinie der KfW zurückgreifen. Hier muss noch eine Lösung geschaffen werden.

Unsere Umfrage zeigt zudem, dass das Vertrauen in den digitalen Staat größer sein könnte. Wesentlich ist, dass der Staat handlungsfähig bleibt und seine Dienstleistungsfunktion auf Volllast stellt. Viele Verwaltungsleistungen sind für die Wertschöpfung existenziell. Die Krise ist eine Chance, Online-Lösungen voranzutreiben. Nur mit Hilfe der schnellen, umfassenden Digitalisierung sämtlicher Verwaltungsleistungen können wir Deutschland am Laufen halten, vor allem, wenn der Schutzkorridor sich noch über weitere Zeiträume erstrecken sollte.

Grundsätzlich gibt es keine Zeit zu verlieren. Gerade wer keine üppigen Rücklagen hat, wird nicht noch lange durchhalten können und vom Markt verschwinden. Es geht um eine wertvolle Struktur und wirtschaftliche Kultur, deren Verlust einen fundamentalen Schaden für unseren Standort, der eben mittelständisch geprägt ist, bedeuten würde. Überdies gilt es, die wirtschaftlichen Folgen bestmöglich abzufedern, um die hiesige Gründerkultur nicht nachhaltig zu schädigen.“

ERGEBNISSE

1. Wirtschaftliche Auswirkungen

Jeden vierten Freiberufler (24,5 Prozent) trifft die Krise sehr stark, mehr als jeden Dritten (37,3 Prozent) stark, rund 33,7 Prozent spüren die Krise kaum, 4,5 Prozent kommen bisher ungeschoren davon.

Betrachtet nach den vier Säulen sind die freien Kulturberufe am stärksten betroffen, drei von vier trifft die Krise stark oder sehr stark, gefolgt von den freien Heilberufen, hier sind gut zwei Drittel besonders betroffen, bei den rechts-, steuer- und wirtschaftsberatenden Freiberuflern gilt dies für rund jeden Zweiten und bei den technisch-naturwissenschaftlichen Freiberuflern für knapp jeden Zweiten. Kleine Freiberufler, die bis zu zehn Mitarbeiter beschäftigen, stehen mehr unter Druck als größere Unternehmen. Freiberufler mit bis zu fünf Mitarbeitern sind überdurchschnittlich betroffen, 28,6 Prozent sind sehr stark, 38,1 Prozent stark getroffen. Ähnliche Werte gibt es mit 12,7 beziehungsweise 50,3 Prozent für Freiberufler mit zwischen sechs und zehn Mitarbeitern.

Überdies sind gerade junge Unternehmen, die ab 2019 gegründet wurden, überdurchschnittlich stark betroffen: 71,8 Prozent sind sehr stark und 9,2 Prozent stark betroffen.

2. Existenzbedrohung

- Aktuell

Für fast jeden dritten Freiberufler (29,5 Prozent) ist der bereits entstandene wirtschaftliche Schaden existenzbedrohend, für 70,5 Prozent nicht. Betroffen sind gerade

ganz junge Unternehmen ab dem Gründungsjahr 2019, mehr als jedes Dritte (72,3 Prozent) kämpft um seine Existenz. Massive Sorgen plagen überdies gerade kleine Einheiten (32,2 Prozent) mit bis zu fünf Mitarbeitern.

- Im nächsten Halbjahr

Mehr als jeder Zehnte (11,6 Prozent) befürchtet, die kommenden sechs Monate nicht bestehen zu können, 27,3 Prozent können ihre Überlebenschancen derzeit nicht einschätzen, 61,1 Prozent gehen davon aus, fortzubestehen. Wiederum ganz junge Unternehmen (70,2 Prozent) befürchten, sich binnen des kommenden halben Jahres nicht am Markt halten zu können. Auch kleine Einheiten mit bis zu fünf Mitarbeitern sind überproportional betroffen (13,7 Prozent).

- 2021

Selbst der Zeithorizont ist verdunkelt: Weitere 7,8 Prozent erwarten, das Jahr 2021 nicht überstehen zu können, 34,7 Prozent können dies derzeit nicht abschätzen. Wiederum ganz junge Unternehmen befürchten, sich nicht am Markt halten zu können (36,4 Prozent). Auch kleine Einheiten mit bis zu fünf Mitarbeitern sind überproportional betroffen (9,2 Prozent).

3. Auftragsrückgang

Jeder dritte Freiberufler hat massive Einbußen: Jeder Fünfte (20,4 Prozent) verzeichnet aktuell einen Auftragsrückgang zwischen über 75 und 100 Prozent. Bei 12,4 Prozent der Freiberufler sind zwischen 50 und 75 Prozent weggebrochen. Bei 23,4 Prozent liegen die Rückgänge bei über 25 bis zu 50 Prozent, 27,9 Prozent fehlen über fünf bis zu 25 Prozent. Rückgänge bis zu fünf Prozent geben 15,9 Prozent an.

Hiervon sind gerade ganz junge Unternehmen ab Gründungsjahr 2019 betroffen, 41 Prozent haben über 75 Prozent ihrer Aufträge verloren. Überdurchschnittlich betroffen sind mit 24,7 Prozent auch kleine Einheiten mit bis zu fünf Mitarbeitern.

4. Stellenabbau

- Aktuell

Neun von zehn Freiberuflern waren bisher nicht zu Entlassungen gezwungen (91,3 Prozent). Knapp jeder Zehnte (8,7 Prozent) indes doch. Dies trifft besonders diejenigen Freiberufler, die zwischen zehn und 49 Mitarbeiter beschäftigen, hier sind es mit 15,6 Prozent nahezu doppelt so viele wie insgesamt.

- Perspektivisch

Perspektivisch gehen 82,3 Prozent der Freiberufler davon aus, ihre Teams weiterbeschäftigen zu können, 17,7 Prozent befürchten das Gegenteil. Wenig zuversichtlich ►►

- sind hier Freiberufler mit 50 Beschäftigten und mehr, hier befürchtet jeder Zweite (52,2 Prozent) tiefe Einschnitte.

5. Nutzung der Maßnahmen

Am häufigsten nutzten die Freien Berufe die Soforthilfen der Länder (24 Prozent), gefolgt von der Soforthilfe des Bundes (22,1 Prozent), Steuerstundungen (19,5 Prozent) und dem Kurzarbeitergeld (14,7 Prozent). Der KfW-Unternehmerkredit hingegen wurde kaum nachgefragt (3,2 Prozent), der KfW-Schnellkredit (0,4 Prozent) und der KfW-Kredit für junge Unternehmer (0,4 Prozent) noch seltener.

Abgelehnte Anträge werden im Rahmen der Soforthilfe des Bundes kaum genannt (1,7 Prozent). Bei den Soforthilfen der Länder ist der Wert mit 5,3 Prozent etwas höher.

Die Soforthilfe des Bundes ist gerade für Markteinsteiger wichtig. Jeder dritte Freiberufler, der seit 2019 am Markt ist, hat dies genutzt, (32,9 Prozent).

Das Kurzarbeitergeld wird besonders häufig von Freiberuflern mit fünf bis zehn Mitarbeitern genutzt. Fast jeder Zweite greift darauf zurück.

6. Bewertung der Maßnahmen

Als hilfreich oder sogar sehr hilfreich bewerten die Freiberufler das Kurzarbeitergeld (57,5 Prozent), gefolgt von Steuerstundungen (53,2 Prozent), den Soforthilfen der Länder (50,8 Prozent), der Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen (45,5 Prozent), der Stundung von Darlehen (44,6 Prozent), der Soforthilfe des Bundes (44,5 Prozent) und dem Schadensersatz nach Infektionsschutzgesetz (43,5 Prozent). Weniger gut (30,5 Prozent) kommen die Entschädigung für Verdienstausschlag (ALG II/Grundsicherung), der KfW-Schnellkredit (24,6 Prozent), der KfW-Unternehmerkredit (23,6 Prozent) und der KfW-Kredit für junge Unternehmer (18,8 Prozent) an.

7. Gründe für fehlende Wirksamkeit (Mehrfachnennung möglich)

Bei der Soforthilfe des Bundes wird besonders kritisiert, dass Kosten für den Lebensunterhalt nicht erfasst sind (72 Prozent) und Umsätze/Liquidität erst zeitversetzt wegbriecht (60,6 Prozent). Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Soforthilfen der Länder ab.

Hinsichtlich der Entschädigung für Verdienstausschlag (ALG II/Grundsicherung) bemängeln 26,8 Prozent derjenigen Freiberufler, die sie beanspruchen, eine zu langwierige Bearbeitung und 17,1 Prozent einen zu hohen Aufwand. Mit Blick auf den KfW-Unternehmerkredit wird hauptsächlich eine Neuverschuldung gescheut (79,5 Prozent). Knapp jeder Dritte (29,1 Prozent) identifiziert einen restriktiven Umgang der Hausbanken. Beim KfW-Schnellkredit steht die Sorge vor Verschuldung ebenfalls an erster Stelle (66,5 Prozent), gefolgt vom restriktiven Umgang der Hausbanken

(24,3 Prozent). Beim KfW-Kredit für junge Unternehmer will sich ein Großteil (42,9 Prozent) ebenfalls nicht weiter verschulden, einen restriktiven Umgang nennen hier 27,2 Prozent.

8. Leistung der öffentlichen Verwaltung

Die Leistung der öffentlichen Verwaltung werden differenziert bewertet: Die Erreichbarkeit stuften 12,2 Prozent als sehr schlecht und 16,1 Prozent als schlecht ein. Damit war fast jeder Dritte deutlich unzufrieden. Das Arbeitstempo beurteilten 7,5 Prozent als sehr schlecht und 16,3 Prozent als schlecht. Damit war fast jeder Vierte offensichtlich unzufrieden. Die Bearbeitung bereits vorliegender Verfahren bewerteten 9,2 Prozent als sehr schlecht und 15,5 Prozent als schlecht. Fast jedem Vierten dauerte dies also deutlich zu lange.

Über die Umfrage

Repräsentative Umfrage des Instituts für Freie Berufe (IFB) unter mehr als 2.600 selbstständigen Freiberuflern zu den wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie in den Freien Berufen; erhoben und ausgewertet zwischen Mitte Mai und Mitte Juni 2020. Die Daten wurden im Zeitraum Mitte Mai bis Anfang Juni 2020 erhoben, also zu einem Zeitpunkt, als der deutsche Shutdown bereits in vollem Gange und die Auswirkungen der Pandemie deutlich sichtbar waren. Gleichzeitig zeigte sich der Höhepunkt der Infektionen als bereits überschritten und bundeslandspezifische Lockerungen sowie die Aussicht auf eine wirtschaftliche „Post-Corona-Zeit“ wurden erkennbar.

Der Bundesverband der Freien Berufe e.V. (BFB) vertritt als einziger Spitzenverband der freiberuflichen Kammern und Verbände die Interessen der Freien Berufe, darunter sowohl Selbstständige als auch Angestellte, in Deutschland. Allein die rund 1,43 Millionen selbstständigen Freiberufler steuern rund 327 Milliarden Euro und damit 10,9 Prozent zum Bruttoinlandsprodukt bei. Sie beschäftigen über vier Millionen Mitarbeiter – darunter ca. 125.000 Auszubildende. Die Bedeutung der Freien Berufe für Wirtschaft und Gesellschaft geht jedoch weit über ökonomische Aspekte hinaus: Die Gemeinwohlorientierung ist ein Alleinstellungsmerkmal der Freien Berufe. ■

_____ Pressemitteilung des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB), 16.06.2020



Foto: KZBV/axentis

Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes der KZBV



Entscheidungen der KZVen zur COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung

KZBV

„**N**achdem die Vertragszahnärzte im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz nicht berücksichtigt worden waren und der vom BMG unterstützte Schutzschirm durch ein Veto des SPD-geführten Bundesfinanzministeriums verhindert wurde, wurde den Zahnärzten mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung lediglich eine Liquiditätshilfe in Form eines voll zurückzahlbaren Kredites angeboten. Über die Annahme/Ablehnung dieser Liquiditätshilfe hatten die KZVen bis zum 2. Juni 2020 zu entscheiden. Im Vorfeld konnte die KZBV Klarheit darüber herstellen, dass Zahnärzte grundsätzlich Anspruch auf Kurzarbeitergeld haben und die Schutzverordnung, anders als von diversen Krankenkassen behauptet, eben nicht als Budgetobergrenze zu verstehen ist.

Die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung der Liquiditätshilfe wurde in mehreren KZVen im Rahmen von außerordentlichen Vertreterversammlungen getroffen. Grundlage war in allen KZVen die sorgfältige Prüfung der Wirkung dieser Liquiditätshilfe in Verbindung mit den in den KZVen individuell vereinbarten Vergütungsverträgen. Insbesondere sogenannte „Überstellungsverträge“ gewähr-

leisten für das Jahr 2020 die Auszahlung der für 2020 verhandelten Gesamtvergütungen zu 100%, losgelöst von der tatsächlichen Leistungsmenge, während die Liquiditätshilfe lediglich 90% der im Jahr 2019 gezahlten Gesamtvergütung garantiert.

Im Unterschied zu den „Übersteller-KZVen“ kann es in „Einzelleistungsvergütungs-KZVen“ auf Basis der im BMV-Z vertraglich geregelten Modalitäten der Abschlagszahlungen von Krankenkassen an die jeweilige KZV möglicherweise zu Liquiditätsengpässen vor allem im 3. Quartal bei der Auszahlung der Abschläge seitens der KZV an die Zahnärzte kommen.

In einigen KZVen bestehen mit unterschiedlichen Krankenkassen sowohl Übersteller- wie auch Einzelleistungsverträge. Vor diesem Hintergrund sind die Entscheidungen in den 17 KZVen erwartungsgemäß unterschiedlich ausgefallen, weswegen sich der Vorstand auch von Anfang an vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Vertragssituation für eine Opt-out-Regelung eingesetzt hatte.“ ■

____ Dr. Wolfgang Eßer

Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

Historischer Abriss des deutschen Gesundheitswesens

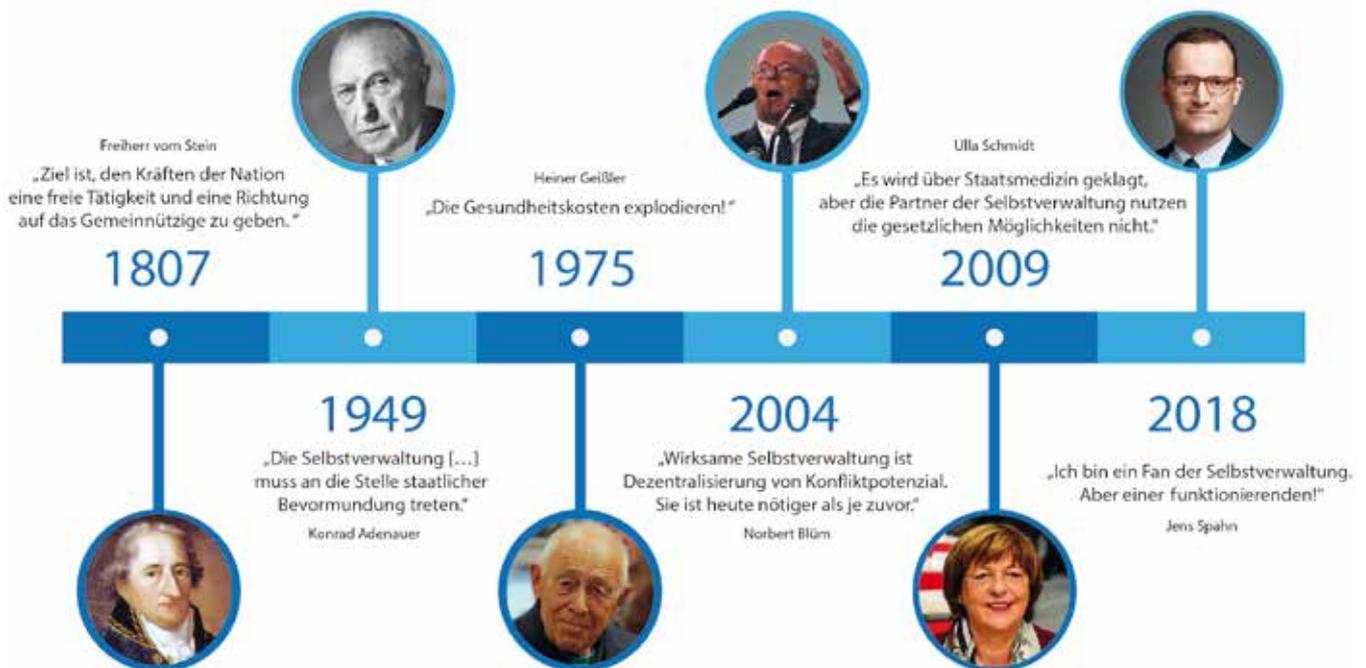
WIE DIE SELBSTVERWALTUNG LAUFEN LERNT

Die Struktur des deutschen Gesundheitssystems ist im internationalen Vergleich einmalig. Dabei geht das heutige Gesundheitswesen historisch gesehen einen Mittelweg: Weder wurde die medizinische Versorgung durch staatliche Behörden vollständig reguliert, noch hatten allein selbstregulierende marktwirtschaftliche Prozesse die Oberhoheit. Gleichzeitig besteht ein Spannungsfeld zwischen Ärzteschaft, Krankenkassen und dem Staat. Dieser Mittelweg wurde immer wieder durch politische Entscheidungen und die Überzeugung von Vertretern in ihrer Zeit neu austariert. Wie lassen sich die Entwicklungen nachverfolgen und wie prägt diese Geschichte die Selbstverwaltung heute?

Vater der Selbstverwaltung

Ideen von eigenständigen Verwaltungen gehen weit zurück. Ein Name fällt im beginnenden 19. Jahrhundert aber besonders häufig: Der des preußischen Beamten, Staats-

mannes und Reformers Heinrich Friedrich Reichsfreiherr vom und zum Stein (1757-1831). Er war bekannt für seine spitze Zunge und seine kompromisslosen und polarisierenden Ansichten, besonders aber für seinen Reformwillen. Seine Beamtenkarriere führte ihn zunächst als Minister zum preußischen Generaldirektorium in Berlin, später wurde er – auf Napoleons Rat beim König – auch Staatsminister. Wichtige Errungenschaften waren beispielsweise das Edikt über die Freiheit der Person und des Grundeigentums (1807), im Besonderen aber das Konzept der kommunalen Selbstverwaltung, die er 1808 mit einer Städteordnung einführte. Seine Nassauer Denkschrift (1807) liest sich wie ein Plädoyer für ein starkes Gegengewicht zum preußischen Staat mit absolutistischer Prägung. Insbesondere durch neue Mitwirkungsmöglichkeiten der Bürger in der kommunalen Verwaltung sollte dies erreicht werden. Stein versprach sich davon einen „Einklang zwischen dem Geist der Nation, ihren Ansichten und Bedürfnissen und



Grafik: ZBW/B. Schweizer/Fotos: BMG; Bundesarchiv, B 145 Bild-F073616-0021/Schaack, L/CC-BY-SA 3.0; Bundesarchiv, B 145 Bild-F078072-0004/Young, K/CC-BY-SA 3.0; H. Huslage-Koch; M. Kosinsky; J. Rinck-lake

denen der Staats-Behörden“. Die Ideen und Reformen wurden prägend für den preußischen Staat und später auch relevant bei der Einführung der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung, auch wenn Stein nie persönlich mit dieser Angelegenheit befasst war.

Kaiserliche Botschaft

An ein Gesundheitswesen war noch lange nicht zu denken – vielmehr waren existenzielle Fragen aufgrund von sozialer Not wie Arbeitslosigkeit oder Krankheit in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts auf der Tagesordnung. Eine Antwort darauf folgte am 17. November 1881: Reichskanzler Otto von Bismarck verlas eine Kaiserliche Botschaft, worin eine erste Idee einer Sozialversicherung entwickelt wurde. Die ersten Sozialversicherungsträger wurden dabei bereits mit dem Selbstverwaltungsprinzip gedacht. Mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Deutschen Reich begann schließlich 1883 das Jahrzehnt der Bismarckschen Sozialgesetzgebung, in dem auch die Errichtung der Unfallversicherung und der Invaliden- und Altersversicherung folgte. Arbeiter in Handwerk und Industrie waren pflichtversichert, Mitglieder eingeschriebener Hilfskassen (später Ersatzkassen) und Beamte dagegen befreit – ein entscheidendes Detail, welches die Unterteilung in gesetzliche und private Krankenkasse später mit sich brachte. Das Krankenkassenwesen entwickelte sich: 1911 waren 18 Prozent der Bevölkerung in rund 22.000 Krankenkassen versichert.

Ärztenschaft setzt sich zur Wehr

Und die Ärzte? Diese wurden zunehmend von den Kassen dominiert. Die steigende Versichertenzahl stärkte die Stellung der Kassen, die ohnehin bereits die Zahl der Kassenärzte frei bestimmen konnten. Interessensgruppen wie der Vereinsbund Deutscher Zahnärzte (1891) oder der Wirtschaftliche Verband Deutscher Zahnärzte (1910) wurden gegründet, um gegenüber Krankenkassen wirksamer auftreten zu können; ein angekündigter Generalstreik für 1914 gerade noch durch das Berliner Abkommen (1913) abgewendet. Waren bislang Einzelverträge üblich gewesen, war nun der Beginn des Kollektivvertragssystems gemacht. Ebenso entschied fortan der zentrale Ausschuss, der spätere Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen, als Selbstverwaltungsorganisation über die Zulassung. Die Zahnärztevertreter waren im Ausschuss allerdings nicht berücksichtigt, da es ihnen nicht gelungen war, Vertragspartner zu werden. Dennoch durchlief die Zahnmedizin eine wichtige Entwicklung: Während durch die Einführung einer neuen Gewerbeordnung im Jahr 1870 die Durchführung von Zahnbehandlungen noch jedem erlaubt war und so neben Zahnärzten ►►

fit 4 Praxis

Kooperationsveranstaltungen von



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Mittwoch 26.08.2020 | 15:00 Uhr | Hannover

➤ Rhetorik nutzen – Körpersprache beachten

Schlüssel erfolgreicher Kommunikation

Freitag 02.10.2020 | 16:00 Uhr | Hannover

➤ Doppelte Vorbereitung – Halbe Durchführung

Machen Sie Ihre Praxis zum Magneten
in Ihrer Region

Mittwoch 28.10.2020 | 15:00 Uhr | Hannover

➤ Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen

Sicherung der unverzichtbaren Liquidität

BZÄK-Punkte > 5

Teilnahmegebühr > 25,00 Euro | pro Person

Weitere Informationen und das Anmeldeformular
erhalten Sie auf telefonische Anforderung
unter 0511 8405-420 oder auf unserer
Website unter www.kzvn.de



- auch Zahntechniker, so genannte Dentisten, aber auch freie Zahnkünstler wie Uhrmacher oder Goldschmiede Leistungen anboten, wurde 1919 die Zahnheilkunde endlich als Spezialfach der Medizin anerkannt und die Promotion als Dr. med. dent. eingeführt.

Geburtsstunde

Ein Notverordnungsgesetz der Weimarer Republik sorgte 1931 für den Zusammenschluss aller Kassenärzte in Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. So wurden die privatrechtlich organisierten Ärzteverbände ersetzt und fortan auf der Ebene der Vereinigungen kollektive Verträge verhandelt. Die damals in Baden und Württemberg praktizierenden 754 Zahnärzte waren hier allerdings noch nicht berücksichtigt. 1933 kam es dann zur Gründung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (KZVD), auch einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und in der Folge alleiniger Mittler zwischen Kassenzahnärzten und Krankenkassen. Aufgabe der Vereinigung war aber nicht nur die Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Vergütungen, sondern auch beispielsweise die Prüfung der zahnärztlichen Leistungen und die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise. Regionale Besonderheiten waren in der KZVD allerdings nicht berücksichtigt und als Instrument der Gleichschaltung war die Institution weniger eine Interessenvertretung als vielmehr eine Einflussmöglichkeit des Staates. Sogar die zahnärztlichen Hochschullehrer waren Reichszahnärztführer Ernst Stuck unterstellt.

Wiederaufbau

Nach dem Krieg mussten neben elementaren Aufgaben wie der Unterbringung von Flüchtlingskollegen und der Versorgung der Praxen mit Material und Instrumenten auch die strukturellen Fragen der Organisation der Zahnärzte geklärt werden. Bis 1955 arbeitete die KZVD zunächst weiter, allerdings mit begrenzter Wirksamkeit, weshalb regionale Organisationseinheiten eingerichtet wurden. Mit der Gründung der Bundesrepublik wurde auch die gesetzliche Krankenversicherung neu geordnet – in Selbstverwaltung. Der damals neu gewählte Bundeskanzler Konrad Adenauer (CDU) sprach in einer Regierungserklärung 1949 davon, dass die Bundesregierung es den Verbänden überlassen wird, „alles das in freier Selbstverwaltung zu tun, was den wirtschaftlichen und sozialen Interessen förderlich ist“. Der Wiederaufbau der ärztlichen Selbstverwaltung hatte fortan zum Ziel, einen endgültigen Interessensausgleich zwischen Kassenärzten und Krankenkassen zu erreichen. Einzelverträge wurden vollends durch den Gesamtvertrag verdrängt und die niedergelassenen Ärzte hatten nun eine gesetzlich fixierte Interessenvertretung. 1954 gründeten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) als Arbeitsgemein-

schaft. Durch das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) 1955 wurden nicht nur die Landes-KZVen Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern die Kassenzahnärzte auch Pflichtmitglieder in den regionalen KZVen. Die Zulassung wurde auf 900 Krankenkassenmitglieder je Zahnarzt begrenzt. Nach der Einführung der Gebührenordnung für Zahnärzte (1965) wurden die Leistungen der Kassenzahnärztlichen Versorgung permanent ausgeweitet.

Ära der Kostendämpfung

Durch die finanziellen Möglichkeiten der Wirtschaftswunderzeit war auch der Versorgungskatalog enorm erweitert worden. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen machte die Runde, innerhalb von fünf Jahren verdoppelten sich die Ausgaben der Krankenkassen – Kostendämpfung stand auf der Tagesordnung. 1977 wurde beispielsweise die Selbstbeteiligung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie eingeführt, insgesamt über die Jahre ein Paradigmenwechsel von der ausgabenorientierten Einnahmepolitik zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik vollzogen. 1988 wurden durch das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) nicht nur die Kariesprophylaxe eingeführt und die Zuzahlung für Zahnersatz angehoben, sondern auch das Primat der Beitragssatzstabilität verankert. Für die Kassenzahnärztliche Selbstverwaltung war diese Zeit geprägt von staatlich reglementierenden Beschränkungen im Vergütungs- und Zulassungswesen, beispielsweise durch die Festlegung von Altersgrenzen der Zulassung. Die Entwicklungen führten zu Tendenzen innerhalb der Zahnärzteschaft, dem als dirigistisch und bürokratisch empfundenen GKV-System den Rücken zu kehren.

Modernisierung

Das GKV-Modernisierungsgesetz (2003) brachte eine neue Institution mit sich: Fortan sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auftreten und die Aufgabe der Konkretisierung des Leistungskatalogs der Krankenkassen erfüllen. ■

_____ *Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
Zahnärzteblatt Baden-Württemberg/Benedikt Schweizer*



Beitragszahlung III. Quartal 2020

Der Kammerbeitrag für das III. Quartal 2020 ist fällig geworden.

Kammerangehörige, die keine Abtretungserklärung unterschrieben haben bzw. nicht am Lastschriftinzugsverfahren teilnehmen, werden gebeten, den Kammerbeitrag einschließlich eventuell noch vorhandener Rückstände zu überweisen.

Hannover, im Juli 2020

ZKN AMTLICH

Bitte
beachten!

Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages

Sicher kennen Sie das auch: Wie schnell vergisst man in der Hektik des Praxisalltags einen Termin oder eine Überweisung. Die Konsequenzen sind zumeist unangenehm. Auch bei den vierteljährlich zu leistenden Kammerbeiträgen kann es passieren, dass die Zahlungsfristen versäumt werden, und dann sieht man sich einem unangenehmen Mahnverfahren gegenüber.

Das muss nicht sein. Wir können Ihnen helfen, damit genau das nicht geschieht.

Ihren Kammerbeitrag, den die Zahnärztekammer Niedersachsen zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Aufrechterhaltung ihres Geschäftsbetriebes aufgrund der Beitragsordnung erhebt, zahlen Sie bisher durch Einzelüberweisung. Einfacher für Sie wäre es, wenn der Beitrag künftig – wie bisher pro Quartal – von der Kammer im Abbuchungsverfahren eingezogen werden könnte.

Hierbei können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

- Entweder erteilen Sie der ZKN die Genehmigung zum Lastschriftverfahren. Das hat für Sie den Vorteil, dass keine Kosten mehr für Einzelüberweisungen anfallen.
- Oder Sie geben uns eine Abtretungserklärung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen. Dann ziehen wir die Mitgliederbeiträge von Ihrem KZVN-Honorarkonto ein, ohne dass Sie sich darum kümmern müssen.

Die Formulare finden Sie auch auf der ZKN-Homepage über dem untenstehenden QR-Code bzw. dem dort hinterlegten Link. Sie können diese selbstverständlich auch telefonisch oder per Fax anfordern. Bitte senden Sie die Formulare unterschrieben an die ZKN zurück – auch per Fax 0511 83391-116 möglich. Ihre Erklärung können Sie jederzeit widerrufen.

Als positiver Nebeneffekt werden die Kosten für den Verwaltungsaufwand bei der ZKN und damit für die gesamte niedersächsische Kollegenschaft minimiert.



Rufen Sie gern an, wenn Sie noch Fragen dazu haben.

Ansprechpartnerin:

Anne Hillmer

Tel.: 0511 83391-193

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Versorgungsfrei ist nicht kariesfrei

KZBV UND BZÄK ZUM DIESJÄHRIGEN BARMER-ZAHNREPORT



Foto: © puhhha - stock.adobe.com

Im am 28.05.2020 veröffentlichten BARMER-Zahnreport zur Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen (12-Jährige) in Deutschland werden Abrechnungsdaten ausschließlich von BARMER-Versicherten genutzt. Dazu stellen Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) fest, dass diese Daten nur eingeschränkt für eine allgemeine oder gar bundesweit repräsentative Beurteilung verwendet werden können.

Die BARMER moniert einen deutlichen Unterschied (67 Prozent gegenüber 81 Prozent Kariesfreiheit bei 12-Jährigen) zu den bevölkerungsweiten und repräsentativen Studien des Instituts Deutscher Zahnärzte (IDZ) und der epidemiologischen Begleituntersuchung für Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Dies liegt naturgemäß in den unterschiedlichen Stichproben: bevölkerungsrepräsentativ versus ausschließlich BARMER-Versicherte.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstands der KZBV: „Gleich mehrere epidemiologische Großstudien kommen völlig unabhängig zu sehr ähnlichen Ergebnissen bei der Karies von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Wie ausgerechnet Abrechnungsdaten der BARMER für eine umschriebene Gruppe Versicherter den – vermeintlich wissenschaftlichen – Schluss zulassen, dass die Schätzung der Karieserfahrung aus diesen Routedaten die Realität besser abbildet, als bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen, bleibt indes schleierhaft.“

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK: „Zudem werden unterschiedliche Erkrankungen erfasst. So wird bei den Untersuchungen von IDZ und DAJ zur Kariesverbreitung die Karieserfahrung gezählt, nicht jedoch andere Erkrankungen bzw. deren Versorgungen wie Zahnverletzungen, entwicklungsbedingte und erworbene Zahnhartsubstanndefekte (z.B. Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) noch Verfahren wie die erweiterte Fissurenversiegelung berücksichtigt. Die Kritik hinsichtlich der zahlenmäßig doch schlechteren Mundgesundheit der 12-Jährigen in Deutschland kann also so nicht bestätigt werden. Geteilt wird allerdings die Auffassung, dass die Präventionsbemühungen nicht nachlassen sollten.“

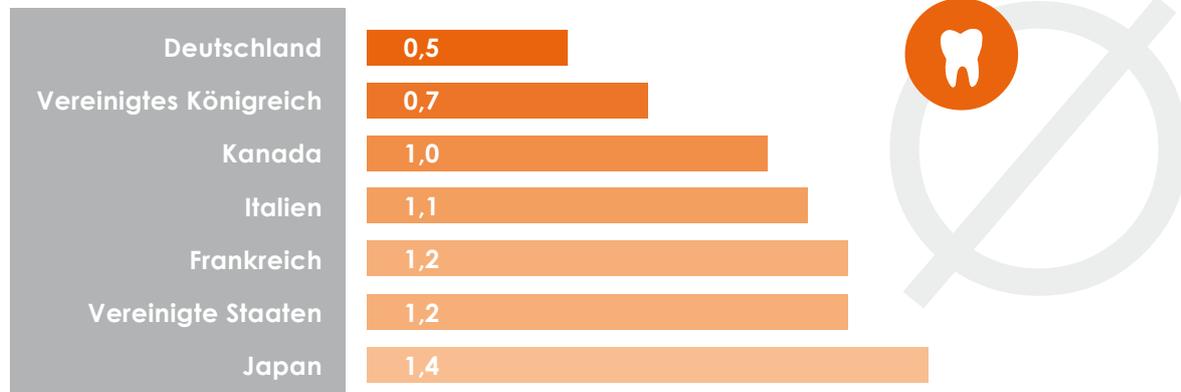
Karies bleibt eine der weltweit häufigsten Erkrankungen und bedarf auch künftig intensiver Präventionsanstrengung. Um jedoch ein objektives Bild zu Erkrankungslasten in der Bevölkerung zu bekommen, bedarf es anerkannter Methoden der epidemiologischen Forschung. Punktuelle Versorgungsdaten bieten Hinweise, haben jedoch ihre Grenzen, die auch klar benannt werden sollten, so das einhellige Fazit von BZÄK und KZBV.

Eine wissenschaftliche Stellungnahme des IDZ zum BARMER-Zahnreport kann abgerufen werden unter <https://t1p.de/zahnreport20> (https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/IDZ-Stellungnahme_Zahnreport_2020.pdf). ■

Gemeinsame Presseinformation der BZÄK und KZBV, 28.05.2020

Kariesbefall bei 12-Jährigen im internationalen Vergleich

Durchschnittliche Anzahl kariöser, gefüllter oder fehlender Zähne im internationalen Vergleich (DMF-T-Index)



Quelle: IDZ/DMS V, 2016 / WHO, CAPP (Country/Area Profile Project), 2014

© Bundeszahnärztekammer

ERRATUM – BITTE BEACHTEN!

Im Fachartikel „Gutes Timing ist alles! Der richtige Zeitpunkt für eine kieferorthopädische Behandlung“, Autorinnen Dr. Lena S. Goetz und Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer, Würzburg, im NZB 6/2020 hat sich leider ein Bildfehler eingeschlichen.

Auf Seite 18 wurden drei Röntgenbilder durch andere Bilder ersetzt. Wir bitten um Entschuldigung und dokumentieren hier die richtige Bebilderung nachfolgend. ■

____ NZB-Redaktion



Alles im Griff?

EIN KURZER ABRISS DER ZAHNÄRZTLICHEN FUNKTIONSANALYSE

Prof. Dr. Ulrich Lotzmann, Marburg



Die Zielsetzung dieses Beitrags besteht nicht in einer detaillierten Beschreibung der einzelnen Diagnostikverfahren. Vielmehr soll eine Übersicht über die wesentlichen in der CMD-Befundung zur Verfügung stehenden klinischen und instrumentellen Verfahren gegeben werden. Diese zum Teil zeit- und finanziell aufwendigen Analysetechniken können und werden allerdings nicht routinemäßig und stereotyp bei jedem CMD-Patienten angewandt. Vielmehr zeichnet sich der erfahrene Diagnostiker dadurch aus, dass er zwar mit der Palette der Diagnoseverfahren vertraut ist und deren diagnostische Aussagekraft kennt, diese diagnostischen Mittel aber gezielt und dosiert einsetzt. Dazu muss er im individuellen Patientenfall abwägen, ob und welche Analyseverfahren über die Anamnese und die klinische Diagnostik hinaus relevante Erkenntnisse für die Diagnosestellung und Therapieplanung erwarten lassen. Unkenntnis, Unerfahrenheit beziehungsweise eine übertriebene wirtschaftliche Motivation können zu einer teilweise absurden Überdiagnostik ohne therapeutischen Vorteil für den Patienten führen.

Ätiopathogenese dysfunktionsbedingter Erkrankungen des Kauorgans

Als charakteristische Anzeichen einer dysfunktionellen Erkrankung des kranio-mandibulären Systems (CMD) gelten:

- ▶ Limitation und Inkoordination der Unterkieferbewegungen,
- ▶ Ermüdung, Steifheit, Druckempfindlichkeit sowie Ruhe- oder Bewegungsschmerz der Kau- und Nackenmuskulatur,
- ▶ Reiben und Knacken, Palpationsempfindlichkeit sowie Ruhe- oder Bewegungsschmerz der Kiefergelenke.

Zudem können als Begleitsymptome Spannungskopfschmerz, Nacken- und Rückenschmerzen, neuralgiforme Attacken im Gesichtsbereich, Geschmacksirritationen, Vertigo, Tinnitus, Hyper-/ Hypoakusis, verminderte Visusleistung, gestörte Speichelsekretion, Schluckbeschwerden, Brennen der Mundschleimhaut und Parästhesien wie Kribbeln und Taubsein beobachtet werden.

Im Mittelpunkt der komplexen, multifaktoriellen Ätiopathogenese dysfunktionsbedingter Erkrankungen des Kauorgans

(Syn.: Myoarthropathie) steht zumeist die muskuläre Hyperfunktion (Hyperaktivität, Hypertonizität), die in Abhängigkeit von Dauer und Stärke zu strukturellen Veränderungen der belasteten Gewebe führt. Funktionseinschränkungen und Schmerz können die Folge sein. Der Ort der Schmerzentstehung (Läsion) muss jedoch nicht zwangsläufig mit dem Ort der Schmerzempfindung (referred pain) identisch sein. Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die eine Hyperfunktion der Kopf- und Nackenmuskulatur auslösen, unterhalten oder verstärken können: Einwirkungen von Stressfaktoren (Kälte, Feuchtigkeit, Wärme, Durst, Hunger, Tod eines Familienangehörigen, Arbeitslosigkeit, Überforderung im Beruf, Einsamkeit), psychische Erkrankungen (Depression), Fehlhaltung und Schäden in der Wirbelsäule, hormonale Faktoren (Schilddrüsendysfunktion), Krankheit, Trauma, propriozeptive Reflexe aus primär erkrankten, über- oder fehlbelasteten Kiefergelenken und okklusale Störungen (Graber). Alle für die Entwicklung einer CMD relevanten Faktoren können als Bündel in beliebiger Kombination auftreten, ein Umstand, der die Diagnostik erschweren und eine kausale Therapie im Einzelfall sogar unmöglich machen kann.

Ob im individuellen Patientenfall eine funktionelle Vorbehandlung erforderlich ist oder welcher gegebenenfalls interdisziplinäre Therapieansatz gewählt werden sollte, kann nur mithilfe der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik geklärt werden. Diese strebt dabei nach der Beantwortung folgender Fragen:

- ▶ Gibt es Hinweise auf eine objektivierbare, die weitere zahnärztliche Planung und Therapie beeinflussende Funktionsstörung?
- ▶ In welchen Gewebestrukturen ist das Bewegungshindernis oder/und die schmerzauslösende Läsion lokalisiert?
- ▶ Welche Kausalfaktoren sind für die Funktionseinschränkung und/oder den Schmerz wahrscheinlich?
- ▶ Ist eine zahnärztliche, gegebenenfalls interdisziplinäre Therapie erfolgversprechend und sinnvoll?

Insbesondere die Ursachenfahndung gehört zu den zentralen Aufgaben der Diagnostik und ist für die Therapiewahl und die prognostische Einschätzung des Therapieverlaufs bedeutsam. Nur in jenen Fällen, in denen die Okklusion

für die Pathogenese der dysfunktionsbedingten Erkrankung bedeutsam ist, kann eine kausale zahnärztliche Therapie – mit Veränderung der Okklusion und der mandibulo-maxillären Relation – sinnvoll eingesetzt werden. Anderenfalls haben okklusale Maßnahmen bestenfalls palliativen Charakter. Die in der Literatur beschriebenen und in der zahnärztlichen Fortbildung propagierten Verfahren der Funktionsdiagnostik sind vielfältig. Grundsätzlich können folgende Diagnostikverfahren unterschieden werden:

- ▶ funktioneller Kurzcheck (Schnellscreening)
- ▶ Anamnese mit klinischer/manueller Funktionsdiagnostik
- ▶ bildgebende Diagnostik
- ▶ instrumentelle Okklusionsanalyse
- ▶ instrumentelle Funktionsanalyse
- ▶ orthopädische Beurteilung
- ▶ andere (z. B. neurologische, internistische, HNO-ärztliche, psychosomatische, schmerztherapeutische Beurteilung)

Bevor der funktionelle Kurzcheck und die klinische Funktionsdiagnostik als das zentrale Element der CMD-Diagnostik näher erläutert werden, sollen zunächst die ergänzenden Analyseverfahren kurz skizziert werden.

Bildgebende Diagnostik

Zur Ursachenfahndung bei Schmerzen und anderen Beschwerden wie Gelenkgeräuschen und einer eingeschränkten Unterkieferbeweglichkeit kann nach klinischer Bewertung der gezielte Einsatz bildgebender Verfahren erforderlich sein. Diese Verfahren können vom Zahnfilm und der Orthopantomografie (OPG) über die Digitale Volumentomografie (DVT), Kernspintomografie (MRT) und Nasennebenhöhlen-sonografie bis zur Kiefergelenkarthroskopie reichen. Im Rahmen der Eingangsdiagnostik wird



Abb. 1: Mithilfe von montierten Sägeschnittmodellen lässt sich abschätzen, ob die Okklusion durch ein selektives Einschleifen der Zähne korrigiert werden kann.

man sich allerdings in der Regel zum Ausschluss einer dentalen/parodontalen Genese der Beschwerden auf die Beurteilung von OPG und/oder Zahnfilmaufnahmen beschränken – und auch dies nur bei Bedarf. Der Einsatz bildgebender Diagnostik ist kein Automatismus und setzt immer eine profunde Anamnese und klinische Untersuchung voraus. Sind bildgebende Verfahren indiziert, ist jene Technik einzusetzen, die bei geringster Invasivität den für den Patienten optimalen diagnostischen Nutzen erwarten lässt.

Instrumentelle Okklusionsanalyse

Die Bewertung der okklusalen Verhältnisse in Statik und Dynamik anhand montierter Modelle oder mithilfe computergestützter Registriermittel (z. B. T-Scan Occlusion Analysis-System, Tekscan) wird als instrumentelle Okklusionsanalyse bezeichnet.

Der Vorteil der Okklusionsanalyse anhand montierter Modelle besteht darin, dass man losgelöst vom Patienten dessen Okklusionsverhältnisse in Statik und Dynamik dokumentieren und beurteilen kann. Dies umfasst die Lage der Okklusionskontakte, die sagittale, transversale und horizontale Ausformung der Zahnbögen sowie die Lage und das Ausmaß von Schliiffacetten. Mithilfe der Splitcast-Technik oder präziser durch Anwendung zusätzlicher Artikulatorhilfsgeräte – wie beim SAM-Artikulator der Mandibular-Positions-Indikator – können die Verlagerungsrichtung und das Verlagerungsausmaß der Kondylen aus der registrierten (zentrischen) und montierten Unterkieferposition in die maximale Okklusion dreidimensional dokumentiert und daraus Schlüsse für den Therapieweg gezogen werden.

Ein weiterer Vorteil montierter Modelle besteht in der Möglichkeit, die nach erfolgreichem Abschluss der Vorbehandlung erforderlichen okklusalen Korrekturen durch ein selektives Probeeinschleifen oder/und durch ein Set- oder Wax-up „durchzuspielen“ und so die definitive Therapie verlässlicher zu planen (Abb. 1).

Die Okklusionsanalyse anhand montierter Modelle setzt aber als *conditio sine qua non* voraus, dass

- a) formgetreue Modelle mit exakter Wiedergabe der okklusionsrelevanten Zahnareale vorliegen,
- b) diese Modelle in ihrer physiologischen (zentrischen) Kieferrelation montiert sind,
- c) die Montageachse zumindest annähernd der Lage der transversalen Scharnierachse beim Anheben des Unterkiefers aus der Ruhelage in die physiologische Position entspricht sowie
- d) die Artikulatorgelenke zumindest mit einem Protrusionscheckbiss individualisiert sind.

Sind vor allem die unter a) und b) aufgestellten Forderungen nicht erfüllt, ist die Darstellung und Bewertung okklusaler Verhältnisse im Artikulator wenig sinnvoll, weil diese nicht ►►

► der Realität entsprechen. Eine auf fehlerhafter Montage beruhende Planung und Ausführung der definitiven Therapie ist fahrlässig.

Die Qualität der instrumentellen Okklusionsanalyse hängt entscheidend von der Qualität der registrierten zentralen Kieferrelation ab. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es bei einem Patienten mit Schmerzen im Kopf-, Gesichts- oder Nackenbereich aufgrund der damit verbundenen muskulären Dysfunktionen auch unter Nutzung computergestützter Registriertechniken in aller Regel nicht gelingt, die physiologische Kieferrelation zu registrieren. Die unter diesen Bedingungen erfasste Kieferrelation stellt im günstigsten Fall die bestmögliche „Tages- oder Momentanzentrik“ dar. Es ist ein wichtiges Ziel der Vorbehandlung, dass sich durch Normalisierung des Muskeltonus eine physiologische, für den Patienten leicht und reproduzierbar einzunehmende Kieferrelation einstellt. Diese muss nach erfolgreichem Abschluss der funktionellen Vorbehandlung sorgfältig registriert und in den realen oder virtuellen Artikulator übertragen werden. Gelingt dies nicht, sind alle okklusalen Artikulatorbefunde und gegebenenfalls die daraus resultierenden Planungen äußerst fragwürdig. Die Beurteilung und Dokumentation der Okklusion sowie die Simulation geplanter okklusaler Veränderungen anhand montierter Modelle sind eine wichtige qualitätssichernde Maßnahme, die bevorzugt nach erfolgreicher Vorbehandlung und somit vor der definitiven Therapie durchgeführt werden sollte.

Aufgrund der Problematik einer unsicheren Kieferrelation hat eine instrumentelle Okklusionsanalyse im Rahmen der Eingangsdiagnostik eher Dokumentationscharakter der pathologischen Ausgangssituation. Auch wenn man in dieser Diagnostikphase auf eine Artikulatormontage verzichten möchte, ist es dennoch sinnvoll, formgetreue Situationsmodelle anzufertigen. Diese dienen zur Dokumentation, Bewertung der Zahnstellung sowie zur Ausformung der Zahnbögen und erleichtern das Erkennen von Abrasionsfacetten und somit das „Lesen in der Okklusion“ erheblich.

Belastet man in der maximalen Interkuspitation aufeinandergesetzte Modelle alternierend im Bereich der 3er und 7er, sollten diese nicht schaukeln. Korrekte Modelle vorausgesetzt, weist ein Schaukeln auf eine instabile Okklusion hin. Stehen die Modelle stabil aufeinander, ist dies allerdings kein zwingender Beweis für eine stabile Okklusion.

Instrumentelle Funktionsanalyse

Unter instrumenteller Funktionsanalyse versteht man jede Form der mechanischen oder elektronischen Registrierung von mandibulären Bewegungen und/oder Kaumuskelaktivitäten und deren Bewertung.

Eine einfache Form der instrumentellen Funktionsanalyse stellen das klassische, rein mechanisch arbeitende Stützstiftregistrat oder dessen elektronische, computergestützte Varianten dar. Das sich unter horizontalen Unterkieferbe-

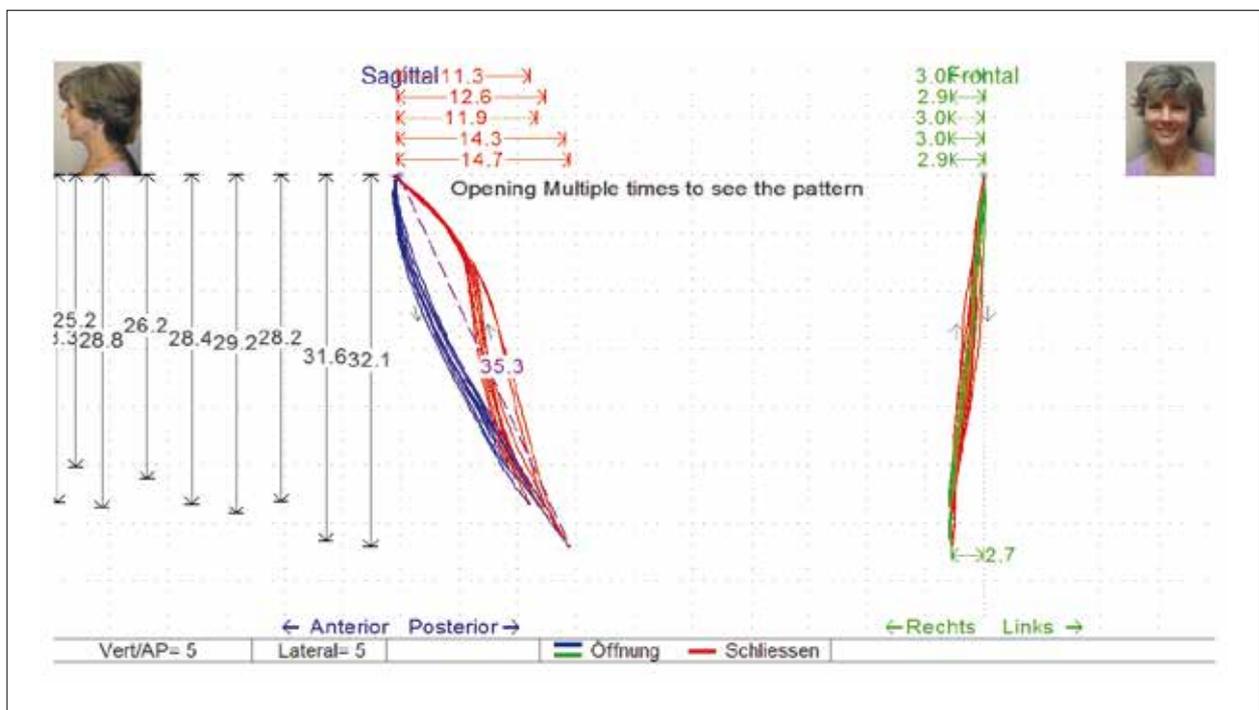


Abb. 2: Beispiel für ein Registrierprotokoll des K7-Systems. Dargestellt sind in der Lateral- und Frontalansicht Öffnungs- und Schließbewegungen des Inzisalpunkts.

wegungen über einen Stützstift auf einer antagonistischen Schreibplatte abzeichnende Bewegungsmuster sowie Lage und Streuung der Adduktionspunkte beim „Klappern“ können zur Festlegung einer zentralen oder therapeutischen Kieferrelation genutzt werden.

Zudem liefert es wertvolle Informationen über die Translationsfähigkeit beider Kondylen sowie über die neuromuskuläre Koordinationsfähigkeit des Patienten. Dient die Stützstiftregistrierung im Praxisalltag primär zur Kieferrelationsbestimmung, werden Verfahren wie die Achsiografie und andere computergestützte Systeme (z. B. Arcusdigma, JMAAnalyzer, Freecorder BlueFox, K7-System) vorwiegend zur Erfassung der Unterkieferbewegungen eingesetzt (Abb. 2). Für ihren Einsatz sind grundsätzlich zwei Indikationen zu unterscheiden:

- a) Erfassen der Unterkieferbewegungen zur individuellen Programmierung der Artikulorgelenke oder eines virtuellen Artikulators (Neigung und Krümmung der Kondylenbahn, Bennett-Winkel und Verlauf der Mediotrusionsspur, Frontzahnführung etc.)
- b) Erfassen der Unterkieferbewegungen (Ausmaß, Spurverlauf, Geschwindigkeit) und bestimmter Unterkieferpositionen zur Kiefergelenkdiagnostik oder zur Dokumentation von Kaumustern.

Sollen auch die zahngeführten Unterkieferbewegungen und -stellungen registriert werden, zwingt dies zur paraokklusalen Fixierung des Registriersystems an den Unterkieferzähnen (Abb. 3). Da hierzu nur die in der maximalen Okklusion nicht abgedeckten labialen und bukkalen Flächen der Unterkieferzähne zur Verfügung stehen, hängt die Qualität der paraokklusalen Fixierung vom Zahnstatus und den frontalen Überbissverhältnissen ab. Paraokklusale Fixierungen, die sich während der Registrierung lockern, aber nicht komplett von den Zähnen lösen, können unbemerkt zu Fehlmessungen führen. Auch sollten vom Anwender Kalibrierung und Messgenauigkeit der einzelnen Registriersysteme kritisch hinterfragt werden. So wäre es auch wünschenswert, wenn Hersteller oder Vertrieber jedes ihrer Registriersysteme mit einem individuellen Messprotokoll ausliefern würden. Korrekt messend und paraokkusal stabil montiert, erlauben die meisten Systeme den diagnostisch interessanten Vergleich von gleichgerichteten Unterkieferbewegungen mit und ohne Zahnführung. Diskrepanzen im Spurverlauf beider Bewegungsarten können auf eine unerwünschte Dominanz der Okklusion gegenüber den Kiefergelenken hinweisen. Auch können mögliche Verlagerungen des Unterkiefers bei Einnahme der maximalen Okklusion oder anderer Unterkieferpositionen dreidimensional erfasst werden. Diese Messungen können bei der Beantwortung der Frage, ob ein ausreichender Bewegungsraum für die Kondylen besteht oder die Gelenkräume pathologisch verändert sind, hilfreich sein.



Abb. 3: Soll die instrumentelle Funktionsanalyse auch zur Positionsdiagnostik der Kiefergelenke eingesetzt werden, erfordert dies eine paraokklusale Montage des am Unterkiefer angebrachten Registrierbogens.

Neben der Registrierung der Unterkiefermobilität erlauben moderne, auf die Belange der Zahnarztpraxis abgestimmte EMG-Systeme die Dokumentation der Muskelaktivität mithilfe der atraumatischen, nichtinvasiven Oberflächen-Elektromyografie. In der Regel beschränkt sich die EMG-Messung auf die Mm. masseteres und die anterioren Anteile der Mm. temporales. Die bei der Muskelfunktion generierten Aktionspotenziale werden erfasst, verstärkt und zur besseren Lesbarkeit weiter elektronisch aufbereitet. Fehlmessungen können allerdings leicht resultieren, wenn die Oberflächenelektroden auf beiden Kopfseiten nicht korrekt angebracht worden sind. Verwertbare Vergleichsmessungen an unterschiedlichen Tagen setzen voraus, dass die Elektroden auf dasselbe Hautareal geklebt werden. Mit der EMG-Diagnostik werden im direkten Seitenvergleich unter anderem Ruhe- sowie maximale Aktivität beim Pressen in unterschiedlichen Unterkieferpositionen wie maximale Okklusion oder maximale Schieneninterkuspidation erfasst. Bei allen instrumentellen Verfahren besteht eine Grundforderung an den Anwender darin, dass er mit der Messmethode vertraut ist und sie regelmäßig anwendet. Er muss sowohl die diagnostischen Möglichkeiten als auch die Grenzen der Technologie kennen. Dies setzt voraus, dass er die aufgezeichneten Messdaten oder Bewegungsspuren interpretieren und Artefakte von den tatsächlichen Daten und Spuren unterscheiden kann.

Orthopädische Beurteilung

Funktionelle Wechselwirkungen von Kopf-/Körperhaltung und okklusalen Kontaktverhältnissen sind offensichtlich und können leicht im Selbstversuch nachvollzogen werden. Ein erstes Screening der Kopf- und Körperhaltung sollte daher bereits im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse erfolgen. Dies dient prinzipiell der Beantwortung der Frage, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass muskuläre Asymmetrien, Verspannung oder Dolenzen im Kopf-Nacken-Hals- ▶▶

Funktioneller Kurzcheck			
Bitte beantworten Sie folgende Fragen:			
Leiden Sie unter Beschwerden im Kopf-, Gesichts- oder Nackenbereich?	Ja	Nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fällt Ihnen das Abbeißen und Kauen schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie beim Kauen vor oder im Ohr Geräusche wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glauben Sie mit Ihren Zähnen zu pressen oder zu knirschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passen Ihre Zähne beim Zubeißen gut aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilitätsprüfung des Unterkiefers jeweils aktiv und passiv weitergeführt:			
	limitiert, hypermobil,	Missempfindung Schmerzen	Gelenkgeräusche
Öffnen und Schliessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protrusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laterotrusion rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laterotrusion links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen in max. Okklusion (max. 10 Sekunden)		<input type="checkbox"/>	
Kopfbeweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 4: Beispiel für einen funktionellen Kurzcheck, wie er an der Abteilung für Orofaziale Prothetik und Funktionslehre der Zahnklinik in Marburg genutzt wird

- Bereich auf Fehlstellungen der Wirbelsäule zurückgeführt werden können oder eine Fehlstatik der Wirbelsäule auch durch eine unphysiologische Okklusion unterhalten wird. Klinisch auffällig ist besonders der mögliche Einfluss einer Malokklusion auf die habituelle Kopfhaltung und die Funktion der Halswirbelsäule (HWS) und umgekehrt. Der stabilisierende oder destabilisierende Einfluss der Okklusion auf die Körperstatik scheint nach kaudal, also in Richtung Brust-, Lendenwirbelsäule und Becken, abzunehmen, kann aber im Einzelfall durchaus relevant sein. Die einfach durchzuführende Untersuchung der aktiven Beweglichkeit der HWS einschließlich Befragung des Patienten klärt, ob eine freie, schmerz- und geräuschlose Rotation und Dorsal-, Ventral-, Lateralflexion des Kopfs möglich ist. Besteht ein Verdacht auf Fehlhaltung und -funktion der Wirbelsäule – zum Beispiel Verkrümmung, Blockaden, Hypermobilität –, sollte bevorzugt ein Spezialist Kopfhaltung, Schulter- und Beckenstand, Beinlängen und Ausformung der Wirbelsäule (Skoliose, Hohlkreuz) beurteilen. Dieser wird dann bei Bedarf eine weitergehende Diagnostik veranlassen, beispielsweise eine computergestützte 3-D- oder 4-D-Wirbelsäulenvermessung oder eine digitale Röntgen-Becken-Übersichtsaufnahme im Stehen zur Diagnostik von realen oder funktionellen Beinlängendifferenzen. Es sollte von der Einschätzung des Spezialisten abhängig gemacht werden, ob orthopädische Aspekte in der Therapieplanung zu berücksichtigen sind.

Funktioneller Kurzcheck

Ein funktioneller Kurzcheck besteht aus Basisfragen zur Funktion des Kauorgans und einer klinischen Bewertung der Unterkiefer- und Kopfbeweglichkeit hinsichtlich Ausmaß, Schmerzfreiheit und Gelenkgeräuschen (Abb. 4). Zudem werden die Muskelfunktion beim willkürlichen Pressen in maximaler Okklusion sowie das Ausmaß der okklusalen Abrasion unter Berücksichtigung des Patientenalters beurteilt. Der zeitliche Aufwand für einen Kurzcheck beträgt für den Geübten nur wenige Minuten. Er sollte prinzipiell im Rahmen der Erstbefundung eines Patienten sowie vor anstehenden definitiven, umfangreich in die Okklusion eingreifenden Therapien (Füllungen, Prothetik oder KFO-Maßnahmen) durchgeführt werden. Zeigt der Kurzcheck (siehe auch CMD-Kurzbefund von dentaConcept) keine Auffälligkeiten, kann der Patient als funktionsgesund oder zumindest angepasst im Sinne einer gut kompensierten Dysfunktion eingeschätzt werden. Aus funktioneller Sicht steht dann einer definitiven, in die Okklusion eingreifenden Therapie nichts im Weg, sofern sichergestellt wird, dass die „neue“ Okklusion hinsichtlich Stabilität und Interferenzfreiheit nicht ungünstiger als die „alte“ Okklusion gestaltet wird. Zeigen sich beim Kurzcheck hingegen Verdachtsmomente für eine ernsthafte Dysfunktion, wird eine weitergehende und damit auch zeitlich und finanziell aufwendigere Diagnostik erforderlich. Erst deren Ergebnis entscheidet, ob und welche funktionelle Vorbehandlung indiziert ist.

Anamnese und klinisch/manuelle Funktionsanalyse

Die Anamnese ist für die Diagnosestellung und Therapieplanung von wesentlicher Bedeutung. Durch die gezielte Befragung des Patienten werden potenziell für seine Krankengeschichte relevante Informationen zusammengetragen. Die Bedeutung der Anamnese zeigt sich bei erfahrenen Diagnostikern auch darin, dass eine allein



Abb. 5: Typische Gestik einer Patientin für einen dumpfen, myogenen Schmerz in der Wangenregion

Merkmal	organisch	nicht organisch
Schmerzlokalisierung	eindeutig, innerhalb anatomischer Grenzen	vage, unklar wechselnd, anatomisch nicht abgrenzbar
Reaktionen des Patienten	durch geschilderten Schmerz erklärbar	nicht passend
Zeitlicher Ablauf	Phasen unterschiedlicher Schmerzqualität	oft permanent, aber auch durch mitmenschliche Probleme modulierbar
Beginn der Beschwerden	Trauma, Infektion, Zahn-, Kieferbehandlung ...	mit Bezug zu biografisch-situativen Ereignissen
Chronologie der Beschwerden	typisch	untypisch
Schmerz durch aktive Bewegung modulierbar	ja	nein
Schmerzschilderung	durch organischen Befund erklärbar	inadäquate, teils dramatische Schilderung, ausgeprägtes Mitteilungsbedürfnis
Patientensprache	einfach, klar, nüchtern, aber im Einzelfall auch verzweifelt	häufig krampfhaft intellektuell, Ärztejargon mit medizinischem Halbwissen
Diagnostik- und Therapiewahl	durch den Behandler	Versuch der Einflussnahme durch den Patienten

Tab. 1: Merkmale im Auftreten und in der Reaktion des Patienten, die eine dominante psychische Ursache für die beklagten Beschwerden vermuten lassen. Beachte: Diese Merkmale sind Hinweise, keine Beweise für eine psychische Störung (modifiziert nach R. H. Adler).

aufgrund der Anamnese gestellte Verdachtsdiagnose in der Mehrzahl der Fälle durch die anschließende Diagnostik nur noch bestätigt wird.

Vom Patienten ausgefüllte Anamnesebögen sollten mit ihm gemeinsam durchgesprochen und bei Bedarf durch eine weitere Befragung ergänzt werden. Suggestivfragen sind zu vermeiden. Zudem sollte der Patient aufgefordert werden, alle Beschwerden, unter denen er derzeit leidet, zu beschreiben und diese, falls möglich, in Haupt- und Nebenbeschwerden zu unterteilen. Er soll die Region, in der er den Schmerz wahrnimmt, und gegebenenfalls Areale, in die der Schmerz ausstrahlt, mit der Hand anzeigen. So ist das breitflächige Auflegen der Finger typisch für einen dumpfen, myogenen, oftmals auch ausstrahlenden Schmerz (Abb. 5). Im Rahmen der Anamnese sollten auch die vom Patienten an eine Therapie und den Behandler gestellten Erwartungen erfragt werden. Da für die Entwicklung einer CMD-Symptomatik oft auch psychosomatische Faktoren ursächlich sein können, sollte insbesondere auf Merkmale geachtet werden, die für eine psychische Ursache der beklagten Beschwerden sprechen (Tab. 1). Dazu können spezielle Fragebögen eingesetzt werden, die darauf abzielen, Stressbelastung/-belastbarkeit, Angst, Depressivität, Persönlichkeitsstruktur oder die psychosoziale Situation des Patienten zu beleuchten. Instrumente dazu sind etwa die Achse-II-Diagnostik des DCTMD, die Depression Anxiety Stress Scale (DASS) oder die Graduierung Chronischer Schmerz (GCS) (siehe auch Konsiliarbögen der Firma dentaConcept). Bei Patienten, die ein Ärzte- oder Zahn-

ärzthopping betreiben, also sehr häufig den Therapeuten wechseln, und bei Patienten, die mit einer klar vorgefassten Meinung hinsichtlich der anzuwendenden Diagnostik und Therapie die Praxis aufsuchen, ist eine vorwiegend zahnmedizinische Vorgehensweise erfahrungsgemäß weniger erfolgreich. Patienten mit einem dysfunktionalen chronischen Schmerz bedürfen der Mitbehandlung durch einen Schmerzpsychotherapeuten.

Klinisch/manuelle Funktionsanalyse

Vor der Erhebung des eigentlichen zahnärztlichen Funktionsstatus werden am stehenden Patienten die habituelle Körper- und Kopfhaltung sowie die Gesichtssymmetrie beurteilt. Gibt es Hinweise auf einen Schulter- oder Beckenschiefstand? Wird der Kopf lateral geneigt oder in einer protrudierten oder einer nach dorsal rotierten Position gehalten? Besteht Verdacht auf ein asymmetrisches Unterkieferwachstum oder eine einseitige Masseterhypertrophie? Ist die Kopfbeweglichkeit eingeschränkt und/oder schmerzhaft?

Aufgrund der funktionellen Abhängigkeit von Kopf-, Körperhaltung und intermaxillärer Relation sollten Befunde, die auf ein orthopädisches Problem hindeuten, von einem Spezialisten weiter abgeklärt werden, dies auch zur Einschätzung, ob und welcher interdisziplinäre Therapieansatz Erfolg verspricht.

Mit dem klinischen Teil des eigentlichen zahnärztlichen Funktionsstatus werden die Untersuchungsbefunde für folgende Teilbereiche des Kauorgans dokumentiert: ►►

- ▶▶ 1. Kiefergelenke hinsichtlich Ruhe- und Bewegungsschmerz, Druckdolenz und/oder Bewegungsgeräuschen
- 2. Kaumuskelatur und Kauhilfsmuskulatur hinsichtlich Ruhe- und Bewegungsschmerz, Druckdolenz, Muskelmasse, Symmetrie
- 3. Unterkiefermobilität hinsichtlich Ausmaß und Verlauf
- 4. Okklusion hinsichtlich Ausformung, Vertikaldimension, Stützzonen, anterioren Überbissverhältnissen, Schliffacetten, Interferenzen bei statischer und dynamischer Okklusion

Kiefergelenke

Zur Untersuchung der Kiefergelenke dienen Palpation, spezielle Manipulationstechniken und bei Bedarf die Auskultation, das heißt das Abhören von Gelenkgeräuschen mithilfe eines membranfreien Stethoskops.

Gelenkschmerz

Die Kiefergelenke werden zunächst mit dem Zeigefinger im Bereich des lateralen Kondylenpols und anschließend von dorsal mit dem kleinen Finger über den äußeren Gehörgang nach ventrokaudal palpirt. Druckdolenz deutet auf eine Irritation der lateralen Gelenkkapsel und/oder der bilaminären Zone hin. Werden bei Unterkieferbewegung Schmerzen unabhängig von der Bewegungsrichtung ausgelöst oder verstärkt, ist vermutlich die gesamte Gelenkkapsel irritiert. Der weitergehenden Diagnostik dienen spezielle Manipulationstechniken, mit denen unter gezielter Druckapplikation auf den Unterkiefer die Gewebestrukturen des Kiefergelenks sukzessive in alle Raumrichtungen (dorsal, kranial, ventrokranial, kaudal, lateral und medial) auf Schmerzfreiheit hin untersucht werden (Abb. 6). Dabei sollten allerdings zum Schutz der Gelenkstrukturen keine exzessiven Kräfte angewandt werden. Wird bei einer bestimmten Belastungsrichtung Schmerz



Abb. 6: Bimanuelle Manipulationstechnik, um beide Kiefergelenke nach kranial oder ventrokranial unter Last zu setzen. Dieser Griff wurde ursprünglich von P. Dawson zur zentrischen „Bissnahme“ beschrieben.



Abb. 7: Provokationstest in exzentrischer Unterkieferstellung

ausgelöst, lässt dies den traumatisierenden Belastungsvektor vermuten. Aus zahnärztlich-therapeutischer Sicht ist es im Weiteren besonders interessant, ob dieser Belastungsvektor mit dem okklusalen Kontakt- und Abrasionsmuster der Zähne korreliert. Besteht der Verdacht, sollte man einen Provokationstest durchführen. Dazu verlagert der Patient seinen Unterkiefer unter Einnahme kongruenter Attritionsflächen in die verdächtige Unterkieferposition (Abb. 7). Das Auslösen oder Verstärken der beklagten Beschwerden ist ein weiterer Hinweis, dass die traumatisierenden Bewegungen unter Zahnkontakt ausgeführt werden.

Gelenkgeräusche

Die relevanten, in der Unterkieferbewegung auftretenden Geräusche sind das Knacken und das Reiben (Krepitus). Ausgeprägte Geräusche können nicht nur auskultiert, sondern auch mit den Fingerkuppen ertastet werden. Die häufigste, aber damit auch nicht die alleinige Ursache für ein Gelenkknacken ist die anteriore Diskusverlagerung mit Reposition. Charakteristisch ist ein Öffnungs- und Schließknacken, das sich unter ventrokranialer Belastung des Gelenks verändert. So wird das Öffnungsknacken unter Belastung lauter und tritt im Bewegungsablauf später auf oder das Knacken bleibt aus und das Öffnen des Unterkiefers ist erschwert.

Spezielle Manipulationstechniken dienen auch dazu, eine partielle anteriore Diskusverlagerung von einer totalen anterioren Verlagerung zu differenzieren und können zudem helfen, die biomechanische Qualität des Diskus, das heißt konkret die Ausformung des posterioren Bands, einzuschätzen.

Reiben in der Unterkieferbewegung, das in ausgeprägter Form sogar ohne Hilfsmittel gehört und mit den Fingern als Vibrieren des Unterkiefers wahrgenommen werden kann, ist der klinische Hinweis auf eine Osteoarthritis. Eine Arthrose geht immer mit Erschöpfung der Gelenkspalten und ventrokranialer Kompression der Gelenkstrukturen einher.



Abb. 8: Palpation der Pars profunda des M. masseter

Kaumuskulatur und Kauhilfsmuskulatur

Die Untersuchung der Kaumuskulatur und der Kauhilfsmuskulatur erfolgt durch Palpation und isometrische Tests. Unter Kauhilfsmuskulatur versteht man die Nacken-, Hals-, Mundboden- und mimische Muskulatur, die die eigentlichen Kaumuskeln in ihrer Funktion unterstützt. Mit der Palpation werden die oberflächlich liegenden Muskeln jeweils beidseits Quadratzentimeter für Quadratzentimeter mit den Fingerkuppen der Mittelfinger unter zirkelnden Bewegungen und steigender Druckapplikation gegen die knöcherne Unterlage auf Dolenzen hin untersucht. Die maximal eingesetzte Kraft sollte dabei 8 N nicht übersteigen. Der Muskelbauch des M. sternocleidomastoideus erfolgt bidigital, das heißt, der Muskel wird mit Mittelfinger und Daumen gefasst und belastet. Der M. pterygoideus lateralis ist einer direkten Palpation nicht ausreichend zugänglich und wird daher bevorzugt mithilfe eines isometrischen Tests untersucht. Dazu legt der Untersucher seinen Handballen flächig an die rechte oder linke Unterkieferseite und fordert den Patienten auf, die Hand mit seinem Unterkiefer zur Seite zu drücken. Dabei bemüht sich der Untersucher, den Unterkiefer in der Ausgangsposition zu halten. Dieses gegenseitige Kräftespiel führt bei dem Patienten zu einer isometrischen Kontraktion des kontralateralen M. lateralis, ohne dass sich der Muskel dabei nennenswert verkürzen kann, daher resultiert die Bezeichnung „isometrischer Test“. Der Untersucher bewertet im Seitenvergleich, ob die getesteten Muskeln schmerzfrei Kraft aufbauen und für Sekunden halten können.

Das Pressen in maximaler Okklusion ist ein isometrischer Test für die Elevatoren, also für alle Kaumuskeln, die beim Anheben des Unterkiefers beteiligt sind (Masseter, Temporalis, Pterygoideus medialis). Mit Einnahme der Okklusion können sich die Elevatoren trotz weiterer Kontraktion nicht weiter verkürzen und erfahren so eine isometrische Kontraktion. Dabei prüft der Untersucher mit gleichzeitigem Betasten beider Masseteren, ob die Kaumuskulatur schmerzfrei bilateral Kraft aufbauen und halten kann.

Nimmt der Patient Missempfindungen oder Schmerzen wahr, soll er mit dem Zeigefinger das entsprechende Areal umschreiben. Das Schmerzareal kann durchaus im Kiefergelenkbereich liegen und spricht dann für eine Gelenkentzündung.

Von besonderer diagnostischer Bedeutung ist die Untersuchung des tiefen Anteils des M. masseter. Circa 2 cm anterior des lateralen Kondylenpols und direkt kaudal des Jochbogens kann man eine kleine Einziehung ertasten (Abb. 8). Unter Druckapplikation kann dort die Pars profunda des Masseter direkt palpieren werden. Dieser Anteil des Masseter ist insbesondere bei der Retrusion des Unterkiefers aus seiner zentralen Position nach dorsal aktiv. Schmerzen in diesem Areal deuten auf eine übermäßige retrusive Aktivität (Parafunktionen, okklusale Zwangsführung) hin. Daraus resultiert auch ein für die Kiefergelenke ungünstiger Belastungsvektor. Schmerzen in der Pars profunda werden oftmals mit arthrogenen Beschwerden verwechselt und das kann zu einem fehlerhaften Therapieansatz führen. Ein weiterer, einfach durchzuführender Test überprüft das Aktivierungsverhalten der Kaumuskulatur beim Schließen in maximaler Okklusion. Dazu steht der Untersucher hinter dem sitzenden Patienten und legt beidseits und drucklos seine Fingerkuppen auf dessen Wangenbereich. Der Patient hebt nun den Unterkiefer nahezu kraftlos bis zum ersten Zahnkontakt an, um dann wiederholt mit langsam steigender Kraft in die maximale Okklusion zu schließen. Dabei achtet der Untersucher darauf, ob beide Mm. masseteres simultan oder zeitversetzt kontrahieren. Ein deutlich mit den Fingerkuppen spürbarer Zeitversatz der Muskelaktivierung deutet auf eine Imbalance von Muskelkontraktion und Okklusion hin.

Unterkiefermobilität

Dokumentiert wird im Front- und Prämolarenbereich ausgehend von der maximalen Okklusion die maximale Rotations- und Translationskapazität des Unterkiefers und damit der Kondylen in den Grundbewegungen „Öffnung, Laterotrusion rechts und links, Protrusion und Retrusion“. Zur Erfassung der maximalen Mundöffnung wird die Distanz von der Inzisalkante eines oberen zentralen Frontzahns zur Inzisalkante des antagonistischen Unterkieferfrontzahns gemessen. Der Abstand bei maximaler Mundöffnung wird als Schneidekantendistanz (SKD) bezeichnet. Um auf die tatsächliche maximale Mundöffnung schließen zu können, muss die SKD um den vertikalen Überbiss in maximaler Okklusion korrigiert werden. Beträgt zum Beispiel die SKD 38 mm bei einem Überbiss von 8 mm, beträgt die reale maximale Öffnungsamplitude 46 mm. Läge hingegen ein offener Biss von 8 mm vor, betrüge die tatsächliche Mundöffnung nur 30 mm. Bei der Erfassung der maximal möglichen Unterkieferbewegung werden grundsätzlich aktive von passiven Bewegungen ►►

► unterschieden. Aktive Bewegungen sind Bewegungen, die der Patient allein, ohne zusätzliche Unterstützung ausführt. Passive oder passiv weitergeführte Bewegungen sind hingegen Bewegungen, die vom Untersucher ausgeführt oder zusätzlich manipuliert werden. Unter physiologischen Bedingungen sollte eine passiv unterstützte maximale Mundöffnung aufgrund der Elastizität der Gewebe 2 bis 3 mm größer als die aktive Mundöffnung ausfallen. Bei der maximalen Laterotrusion wird der Versatz des Inzispunkts zur Mittellinie gemessen. Zur Bestimmung der maximalen Protrusion wird hingegen der Versatz der Labialflächen eines zentralen Unterkieferfrontzahns gegenüber den Labialflächen des antagonistischen Oberkieferfrontzahns bestimmt. Um die tatsächliche Protrusion zu dokumentieren, ist der horizontale Überbiss in maximaler Okklusion zu berücksichtigen. Die retrusive Bewegungskapazität wird im Bereich der ersten Prämolaren ermittelt. Der Übergang von physiologischen zu pathologischen Messwerten ist fließend. Alter, Körpergröße, Bezahnung, Dauer und Entwicklung bestehender Beschwerden sind in die Bewertung einzubeziehen. Problematisch sind Mundöffnungswerte von < 30 mm, Laterotrusions- und Protrusionswerte von < 5 mm sowie Retrusionswerte von 0 mm und > 3 mm. Gerade Patienten mit einem tiefen Biss oder Deckbiss können oftmals keine freien Protrusions- und Laterotrusionsbewegungen ausführen. Dann kann das Schließen gegen einen parallel zur Okklusionsebene gehaltenen Holzspatel helfen. Der Patient ist unter dieser biomechanisch stabilen Abstützung in der Lage, auf dem Spatel frei zu gleiten. Ist die Beweglichkeit eingeschränkt, muss das Hindernis lokalisiert werden. Im günstigsten Fall ist die Limitation neuromuskulär bedingt, das heißt, anatomisch gesehen ist zwar die Voraussetzung für eine normale Mobilität gegeben, aber zum Schutz etwa fehlbelasteter Strukturen

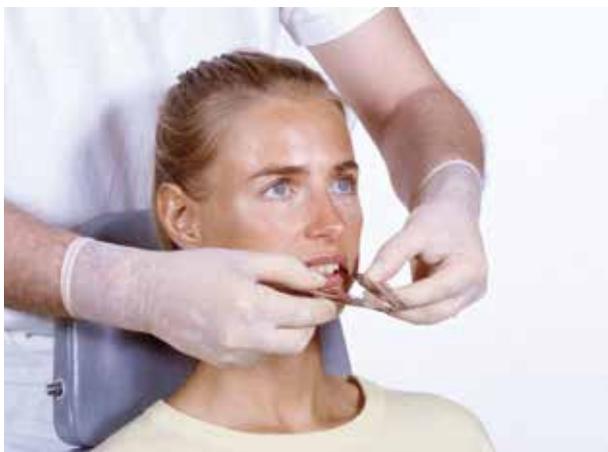


Abb. 9: Feinkontrollen der statischen Okklusion sollten bei aufrechter Körper- und gerader Kopfhaltung simultan für alle Zähne erfolgen.

oder der Zähne werden bestimmte Bewegungen „ausgeblendet“. So können Patienten mit einem Deckbiss oft zum Schutz der Frontzähne willkürlich keine weiten Laterotrusions- oder Protrusionsbewegungen ausführen. Im ungünstigsten, aber seltenen Fall ist es ein raumfordernder Knochentumor, der die Anatomie des Kiefergelenks zerstört.

Bei der Mobilitätstestung geht es nicht nur um das Finden nach möglichen Bewegungshindernissen, sondern auch darum, eine kondyläre Hypermobilität zu erkennen. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass eine oder beide Kondylen in der Endphase der maximalen Mundöffnung weit vor das Tuberculum articulare des Os temporale gleiten. Unter Kontraktion der Elevatoren können dann die Kondylen in dieser Extremstellung fixiert werden (Kieferluxation), was für den Patienten das Schließen des Munds unmöglich macht (Kiefersperre). Auch wenn keine CMD-Symptomatik besteht, sollten bei Patienten mit ein- oder beidseitiger kondylärer Hypermobilität zeitlich ausgedehnte Behandlungen bei weiter Mundöffnung vermieden werden, um einer Kiefersperre vorzubeugen.

Abschließend wird in der frontalen Aufsicht das Bewegungsmuster des Unterkiefers beim Öffnen und Schließen beurteilt. Wahlweise für den oft nicht einsehbaren Inzispunkt kann ein Punkt an der Kinnbasis markiert werden. Auch hilft ein im Approximalbereich der zentralen unteren Frontzähne atraumatisch platzierter Zahnstocher, der als eine Art Referenzmarker über die untere Lippe nach vorne zeigt. Geradlinige, in der Medianebene verlaufende Spuren weisen auf eine gute neuromuskuläre Koordination der Protraktoren hin. In der Mehrzahl der Fälle wird man allerdings S-förmige Bewegungsspuren feststellen. Das Abweichen und anschließende Zurückkehren des Unterkiefers in einer Bewegungsrichtung wird als Deviation bezeichnet. Diese kann allein durch eine beidseits unterschiedliche Kiefergelenkanatomie verursacht sein und ist für sich genommen kein Hinweis auf eine Pathologie. Weicht hingegen der Unterkiefer bei einer eingeschränkten Öffnung eindeutig zu einer Seite ab, handelt es sich um eine Deflexion. Die Ursache dafür liegt auf der Kopfseite, zu der der Unterkiefer abweicht, und sollte in jedem Fall geklärt werden.

Okklusion

Bei der Bewertung der Vertikaldimension in Ruhelage und maximaler Okklusion werden der interokklusale Abstand zwischen beiden Unterkieferpositionen sowie die Entwicklung beziehungsweise Veränderung des Lippen- und Kinnprofils beim Schließen beurteilt.

Mit der klinischen Untersuchung der Zähne soll geklärt werden, ob:

- a) die mit einer CMD einhergehende Hyperaktivität der Kaumuskulatur möglicherweise zu belastungsbedingten Veränderungen an den Zähnen geführt hat.

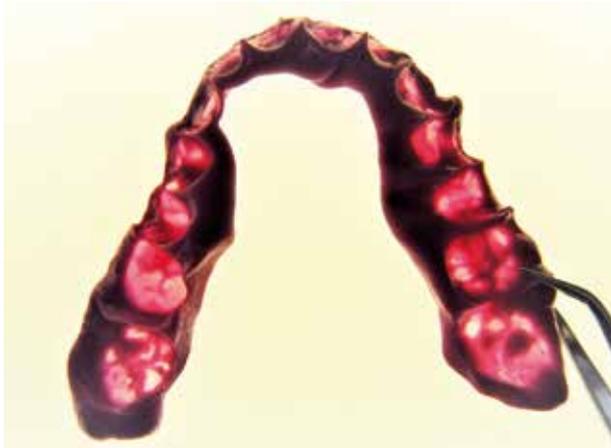


Abb. 10: Okklusogramm aus einem Registrationsmaterial im Gegenlicht. Perforationen und unterschiedliche Transparenzen der Zahnimpressionen vermitteln einen dreidimensionalen Eindruck der okklusalen Relation.



Abb. 11: Mediotrusionsvorkontakt (sogenannte Hyperbalance) auf dem Zahnpaar 17/47. Bei allen okklusionsverändernden Maßnahmen sind Hyperbalancen strikt zu vermeiden.

Zu diesen Veränderungen zählen exzessive, nicht altersentsprechende Attritionen und Abfraktionen sowie Zahnwanderungen und -lockerungen.

- b) diese Veränderungen auf okklusale Parafunktionen und Belastungsvektoren hinweisen, welche die Traumatisierung der schmerzhaften Gewebestrukturen erklären könnten. So lassen etwa Attritionsfacetten auf den Palatinalflächen oberer Frontzähne in Verbindung mit einer zu schwachen okklusalen Abstützung im posterioren Seitenzahnbereich auf eine nach dorsal oder dorsokraniel gerichtete Belastung der Kiefergelenke schließen.

Okklusale Vorkontakte insbesondere im Frontzahnbereich können gerade beim Schmerzpatienten aufgrund der schmerzbedingten Schonhaltung des Unterkiefers die Folge und nicht die Ursache der veränderten Unterkieferposition sein. Verdächtig sind dann insbesondere Vorkontakte, die auf Zahnflächen ohne Schliiffacetten liegen oder wenn sich der Unterkiefer exzentrisch versetzt auf horizontalen Schliiffacetten der Frontzähne abstützt. Die Qualität der okklusalen Abstützung wird mit dünner Okklusions- oder Shimstockfolie in folgenden Unterkieferpositionen überprüft (Abb. 9):

1. Muskuläre Kontaktpositionen (MKP). Dabei handelt es sich um jene okklusale Unterkieferposition, die sich unter gerader Kopfhaltung beim nahezu kraftlosen Anheben des Unterkiefers aus der Ruhelage ergibt.
2. Kraftlos und unter Pressen eingenommene maximale Okklusion.

Hinweise auf eine instabile Okklusion mit Vorkontakten und einem Abgleiten des Unterkiefers gibt der Okklusionsschall, wie er beim schnellen Klappern mit den Zähnen

entsteht. Das mit dem Auftreffen der Zähne entstehende Geräusch ist dann nicht klar und hell, sondern dumpf, langgezogen und kann mehrere Geräuschspitzen aufweisen. Ein klarer, scharfer Okklusionsschall deutet zwar auf eine eindeutige, vom Patienten gut zu reproduzierende Okklusionsstellung hin, ist aber kein Beweis für eine ausreichende posteriore Abstützung der Zähne.

Empfehlenswert ist die Anfertigung von Okklusogrammen in den diagnostisch relevanten Unterkieferpositionen mithilfe eines schnell härtenden Registrationsmaterials (z.B. Regisil, Dentsply Sirona, oder Futar D fast, Kettenbach). Betrachtet und vergleicht man die Registratur im Gegenlicht, vermittelt das einen guten Eindruck der dreidimensionalen positionsabhängigen Verteilung der Kontakte (Abb. 10). Zudem dienen diese Registraturen auch zur Dokumentation und können hilfreich im Patientenaufklärungsgespräch verwendet werden.

Nach der Überprüfung der statischen Okklusion wird der Typ der exzentrischen Okklusionsführung des Patienten bestimmt (Front-, Eckzahnführung, unilaterale Gruppenführung, Mischformen) und nach exzentrischen Störkontakten wie Hyperbalancen gefahndet (Abb. 11).

Von diagnostischem Interesse sind Lage und räumliche Ausrichtung möglicher Schliiffacetten (Abb. 12). Liegen formgetreue Modelle mit feingezeichneter Oberfläche vor, sollte dieser Diagnoseschritt bevorzugt am Modell erfolgen.

Diagnoststellung

Nach Befunderhebung besteht die eigentliche intellektuelle Leistung des Diagnostikers darin, die Symptome und Einzelbefunde zu werten und im Bedarfsfall weitere ergänzende Analyseverfahren einzusetzen, um schließlich eine Verdachtsdiagnose und gegebenenfalls Differenzialdiagnosen zu stellen. Die Diagnoseformulierung sollte ►►



Abb. 12: Schliffacetten werden oftmals erst nach entsprechender Ausleuchtung sichtbar. Formgetreue Modelle erleichtern die Diagnostik von Schliffflächen hinsichtlich Lage und Ausrichtung.

- ▶▶ die wesentlich betroffenen Gewebe berücksichtigen, zum Beispiel anteriore Diskusverlagerung mit instabiler Reposition. Diagnosen wie CMD, Myopathie, Myalgie, Arthropathie oder Arthralgie haben eher einen allgemeinen, überschreibenden Charakter. Soll bevorzugt ein kausaler Therapieansatz gewählt werden, setzt dies voraus, dass es mit der Funktionsdiagnostik zuvor gelungen ist, potenziell für die Entwicklung der CMD relevante Faktoren zu ermitteln. So ist eine okklusale Vorbehandlung nur indiziert, wenn nach der Diagnostik der Verdacht besteht, dass
 - a) okklusale Störungen und/oder eine Fehllage des Unterkiefers für die CMD ätiopathogenetisch bedeutsam sind,
 - b) die Zähne vor einer weiteren Überbelastung geschützt werden müssen.

Funktionsdiagnostik

Computergestützte Funktionsdiagnostik wie CMDfact 4.10, CMDtrace oder Arztbrief-Assistent CMD (alle dentaConcept) führen den Untersucher systematisch durch die einzelnen Anamnese- und Diagnostikschritte. Dies dient auch der Qualitätssicherung und komfortablen Dokumentation der Befunde und erleichtert das Verfassen von Arztbriefen. Allerdings muss der Untersucher auch bei Anwendung dieser digitalen Hilfsmittel weiterhin selbst über die diagnostischen Kompetenzen verfügen. Computergestützte Systeme können bestenfalls Vorschläge für Diagnosen und Therapiewege machen. Letztlich verbleibt auch aus forensischer Sicht die Verantwortung für die Diagnosestellung und Therapie beim jeweiligen Behandler.

Funktionsprophylaxe

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie kranio-mandibulärer Dysfunktionen nicht nur zu einer

erfolgreichen Behandlung von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Kauorgans erforderlich sind, sondern im Praxisalltag auch helfen, dem Entstehen von CMD-Erkrankungen vorzubeugen. Dies geschieht mittels einer hinsichtlich der Funktion präventiven Behandlungsweise und hilft, einen „Titanic-Effekt“ zu verhindern.

Wesentliche funktionsprophylaktische Aspekte sind dann erfüllt, wenn der Patient

- a) bei aufrechter Körper- und gerader Kopfhaltung seinen Unterkiefer unter wiederholtem, nahezu kraftlosem Anheben aus der Ruhelage in eine beidseits stabile, gleitfreie Seitenzahnokklusion schließen kann und
- b) bei kraftvollen zahngeführten Unterkieferbewegungen keine okklusalen Störungen im Seitenzahnbereich, insbesondere auf der Mediotrusionsseite, aufweist. ■

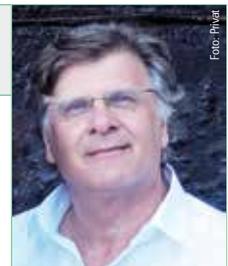
Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Lotzmann
 Direktor der Abteilung für Orofaziale Prothetik
 und Funktionslehre am Medizinischen Zentrum
 für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
 Philipps-Universität Marburg
 Georg-Voigt-Straße 3
 35039 Marburg
 E-Mail: prothetik@med.uni-marburg.de

Literatur beim Verfasser

Quelle: Bayerisches Zahnärzteblatt (BZB) 4/2019

→ Vita



PROF. DR. ULRICH LOTZMANN

- ▶ 1977-1980 Ausbildung zum Zahntechniker
- ▶ 1981-1986 Studium der Zahnheilkunde an der Georg-August-Universität Göttingen
- ▶ 1994 Habilitation für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Göttingen
- ▶ 2002-2010 Geschäftsführender Direktor des Medizinischen Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Philipps-Universität Marburg
- ▶ seit 1997 Direktor der „Abteilung für Orofaziale Prothetik und Funktionslehre“ an der Philipps-Universität Marburg



Foto: © Anna - stock.adobe.com

Neue Wirkstoff-Kombination für bessere Herpes-Behandlung

Eine neue Wirkstoff-Kombination könnte womöglich die Behandlung von Herpes-simplex-Krankheiten wie Lippenbläschen, Genitalherpes und Hornhautentzündung (Keratitis) verbessern. Das haben Wissenschaftler der Goethe-Universität Frankfurt und der University of Kent, Großbritannien, herausgefunden. Die Forscher testeten verschiedene Wirkstoffe in Zellkulturen und entdeckten, dass Omeprazol und andere Protonenpumpen-Inhibitoren die Wirksamkeit des Virostatikums Acyclovir verbessern konnten. Acyclovir wird am häufigsten zur Behandlung von Krankheiten verwendet, die mit Herpes-simplex-Infektionen einhergehen. Lippenbläschen und Genitalherpes können erhebliche Beschwerden verursachen. Hornhautentzündungen, die durch Herpes simplex verursacht werden, gehören zu den häufigsten Ursachen für eine Erblindung in den Industrieländern. Bei Menschen mit einem unterdrückten Immunsystem wie zum Beispiel Organempfänger können Herpes-simplex-Viren lebensbedrohlich sein. Daher besteht ein hoher Bedarf an verbesserten Therapien. Ein internationales Team unter der Leitung von Professor Jindrich Cinatl, Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums Frankfurt, und Professor Martin Michaelis, School of Biosciences, University of Kent, hat verschiedene Protonenpumpen-Inhibitoren in Kombination mit zwei Virostatika getestet, Acyclovir und Ribavirin. Protonenpumpen-Inhibitoren sind die am häufigsten angewandten Wirkstoffe gegen Sodbrennen, weil sie

die Magensäureproduktion stark verringern. Darüber hinaus können Protonenpumpen-Inhibitoren auch die Wirkung bestimmter Krebsmedikamente verstärken, der so genannten Nukleosid-Analoga. Die Virostatika Acyclovir und Ribavirin sind ebenfalls Nukleosid-Analoga, und daher untersuchte das deutsch-britische Forschungsteam, ob Protonenpumpen-Inhibitoren auch die Wirksamkeit der beiden Virostatika erhöhen könnten. Während Protonenpumpen-Inhibitoren zusammen mit Ribavirin nur einen geringen Einfluss auf die Vermehrung des Herpes-simplex-Virus zeigten, minderten sie in Kombination mit Acyclovir die Freisetzung von Viren deutlich. Dabei zeigte Omeprazol unter den untersuchten Protonenpumpen-Inhibitoren den größten Effekt. Professor Jindrich Cinatl, Letztautor der Studie, sagte: „Was unsere Forschung so interessant macht, ist, dass Protonenpumpen-Inhibitoren eingehend charakterisierte und gut verträgliche Wirkstoffe sind. Daher können wir sie jetzt direkt zusammen mit Virostatika in Patienten testen, die an schweren, durch das Herpes-simplex-Virus verursachten Krankheiten leiden. Wenn wir im Menschen denselben Effekt sehen wie in der Zellkultur, werden wir vielen Patienten helfen können, für die wir derzeit nur eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten haben.“ ■

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Quelle: idw-online.de

PSYCHOLOGIE UND PSYCHOSOMATIK IN DER ZAHNMEDIZIN:

Vom Kennen und Erkennen psychosomatischer Auffälligkeiten TEIL 2



Foto: © Evrymmint - stock.adobe.com

In Teil 1 dieser Betrachtung befassten wir uns mit der Historie, den bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen sowie Daten und Fakten. Dieser Teil endete mit einem kurzen Überblick über psychische Krankheiten, welche keinen direkten Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich haben. Im diesem Teil befassen wir uns zunächst mit psychischen Krankheiten mit indirektem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich sowie psychischen Erkrankungen mit direktem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich. Abschließend wird auf Fragen der Anamnese, auf Kommunikation/Gesprächsführung und auf Therapieansätze eingegangen.

Psychische Krankheiten mit indirektem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

Somatoforme Störungen zeigen laut ICD-10 eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Untersucher, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Die Patienten gehen „von einem Arzt zum anderen“ in der Hoffnung, dass der wahre, vermeintlich körperliche Grund der Beschwerden doch noch gefunden und behandelt werden möge.

Depressive Personen zeigen fehlende Initiative und Aktivität, sie streben nach Harmonie und ungetrübter Nähe. Die Suche danach ist aber stets geprägt von einer negativen und depressiven Erwartungshaltung. Aus zahnärztlicher Sicht ist es von Bedeutung, dass psychosomatische Beschwerden im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich durch eine Depression ausgelöst oder aufrechterhalten bzw. verstärkt werden können (beispielsweise Gesichtsschmerz, Zungen- und Schleimhautbrennen, Burning Mouth Syndrom).

Essstörungen mit zahnärztlicher Relevanz sind die Anorexia nervosa (ICD-10: F 50.0) und die Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2). In beiden Fällen zeigen die Patienten eine gestörte Nahrungsaufnahme. Im ersten Fall einhergehend mit selbst induziertem Erbrechen und starkem Gewichtsverlust, im zweiten Fall verbunden mit Essattacken und annähernd gleichbleibendem Gewicht. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte erkennen häufig die charakteristischen Schädigungen der Zahnhartsubstanz, oft in Verbindung mit massivem Untergewicht der betroffenen Patienten.

Somato-psychische Erkrankungen sind dadurch gekennzeichnet, dass schwerkranke Patienten (z.B. Tumorpatienten) erhebliche (psychische) Probleme bei der Krankheitsbewältigung haben. Ein Nicht-Akzeptieren bzw. Verleugnen der Schwere der Erkrankung führt bisweilen zu einer Vermeidung adäquater Behandlung bis hin zu Resignation und Hoffnungslosigkeit. Die psychische Symptomatik ist hier die Folge der somatischen Erkrankung, und es kommt durch die Bewältigungsstörung zu einer Beeinträchtigung bis hin zur gänzlichen Verweigerung ärztlicher Therapie.

Psychische Erkrankungen mit direktem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

Ängstliche Personen sind gekennzeichnet von einem dauernden Gefühl der Anspannung und Besorgtheit, sie sind geprägt von Unsicherheit und mangelndem Selbstwertgefühl. Sie suchen Nähe und Zuneigung, lassen sich aber kaum auf Gefahren und Risiken ein. 60 bis 80% der Bevölkerung geben zu, Angstgefühle vor dem Zahnarztbesuch zu entwickeln, ca. 20% gelten als hochängstlich und (geschätzt) 10% vermeiden den Zahnarztbesuch völlig, da sie unter Zahnbehandlungsphobie (ICD 10: F 40.2) leiden. [15]

Als Ursache der Zahnbehandlungsphobie gelten unter anderem traumatische Erlebnisse in der Kindheit, die sich noch Jahre später zu einer Erwartungsangst manifestieren können. Vor allem ist hier das sozio-ökonomische Umfeld, insbesondere die Familie, an der Entwicklung und Manifestation der Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung entscheidend beteiligt. Die Therapie, d.h. Abstellung oder Verringerung dieser speziellen Phobie, unterliegt zunächst der Forderung, diese Patienten nach denselben zahnärztlichen therapeutischen Grundsätzen zu behandeln wie nicht ängstliche Patienten. In Ergänzung dazu bedarf es der kausalen Therapie der Verhaltensstörung, um dem Patienten einen mittel- bis langfristigen Einstieg in eine dauerhafte zahnärztliche Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Patienten mit chronischem Gesichtsschmerz stellen eines der komplexesten Probleme in der Zahnarztpraxis dar. Je nach der Ätiologie unterscheiden sich die Beschwerden hinsichtlich der Lokalisation, Qualität, Intensität und insbesondere der psychischen Leidensverarbeitung der Betroffenen. Dabei wird die Form des chronischen (= über 6 Monate anhaltenden) Schmerzes ohne erklärenden organischen Befund von neurologischer Seite als atypischer Gesichtsschmerz (ICD-10: G 50.1) und von psychosomatischer Seite als somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) bezeichnet, es dürfte sich aber um dasselbe Krankheitsbild handeln. Eine interdisziplinäre Diagnostik (Neurologie, Hals-, Nasen- und Ohrenarzt, Orthopädie) ist bei chronischen Schmerzen in den meisten Fällen indiziert, um eine Abgrenzung zwischen psychosozialen und somatischen Faktoren vornehmen zu können.

Psychogene Zahnersatzunverträglichkeit ist der psychischen Erkrankung der somatoformen Störungen zuzuordnen (ICD-10: F 45). Es handelt sich dabei in aller Regel, d.h. so gut wie nie, um eine Materialunverträglichkeit, obwohl dies von nahezu allen Patienten angenommen wird. Eher schon sind als Ursachen Adaptationsschwierigkeiten, ungenügende Information über den neuen Zahnersatz, dadurch bedingt negative Akzeptanz seitens des Patienten sowie bisweilen eine gestörte Zahnarzt-Patienten-Beziehung anzunehmen. Dennoch müssen die zweifellos beschriebenen Symptome wie ausstrahlende Schmerzen, Zungen- und Schleimhautbrennen, Geschmacksirritationen, Schluckbeschwerden und Probleme beim Speichelfluss ernst genommen werden. Dabei sollen grundsätzlich bis zur endgültigen fachärztlichen Abklärung der psychosomatischen Störung nur eindeutig zahnärztlich indizierte Maßnahmen bei objektiv nachweisbaren zahnärztlichen Befunden durchgeführt werden.

Patienten mit einer körperdysmorphen Störung beschäftigen sich mit einem vermeintlichen, objektiv nicht vorhandenen Mangel ihrer körperlichen Erscheinung, insbesondere im Bereich des Gesichtes. Diese Patienten sind von der (objektiv nicht vorhandenen) Realität ihres körperlichen Mangels überzeugt und werden in der ICD-10 zu den Patienten mit hypochondrischer Störung (ICD-10: F 45.2) zugeordnet. Eine zahnmedizinische Behandlung ohne objektive Indikation führt hier selten zum Erfolg, weil der Patient nie zufrieden zu stellen sein wird, insbesondere dann, wenn diese Störung noch mit anderen Störungen wie Depression, Schizophrenie oder sozialen Phobien einhergeht.

Abschließend kommen wir zum mit Abstand am häufigsten in unseren zahnärztlichen Praxen vorkommenden Krankheitsbefund, der Myo- bzw. Arthropatie bzw. der **Cranio-mandibulären Dysfunktion (CMD)**, als welche sie heute in der internationalen Diskussion üblicherweise bezeichnet wird (ICD-10: D76).

Dazu wieder ein paar Zahlen: Die Angaben der davon betroffenen Personen, die einer Therapie bedürfen, schwanken zwischen 20 bis 30% [14,16]. Andere Quellen gehen von 15% der Frauen und bis zu 10% der Männer aus. Dabei besteht eine signifikante Häufung bei den 35- bis 45-Jährigen [16].

Nach aktueller Studienlage gelten die folgenden Ergebnisse: 100% aller Patienten mit Kopf- und Gesichtsschmerzen mit Chronifizierungsgrad III haben CMD, 50% aller Patienten mit Rückenschmerzen haben CMD, 85% aller Patienten mit Nackenschmerzen haben CMD, 36% der 7- bis 14-Jährigen und 41% der 15- bis 18-Jährigen haben CMD, 50% der durch Neurologen untersuchten Patienten mit Trigeminusneuralgie hatten Okklusionsstörungen [16,17]. Okklusale Interferenzen von bereits 0,1 mm können zu erhöhter Muskelaktivität, verstärkter Adrenalinausschüttung und Schlafstörungen führen, man denke dabei an das „störende“ Haar im Mund.

Bis heute ist die genaue Pathogenese der CMD nicht zweifelsfrei geklärt. Allgemein besteht jedoch Einigkeit darüber, dass es sich um ein langfristiges multifaktorielles Geschehen handelt. Dabei kommt dem Faktor Stress sicher eine ganz maßgebliche Rolle zu. Als Beispiele für krankheitsauslösende Faktoren werden in der Literatur immer wieder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bis hin zum Verlust desselben genannt sowie familiäre Probleme, beispielsweise die Last der Verantwortung für erkrankte Angehörige, und finanzielle Schwierigkeiten [12,13,14]. Aber nicht jeder Mensch, der an einer Störung der Okklusion oder unter sozialen Schwierigkeiten leidet, erkrankt ►►



- ▶▶ „zwangsläufig“ in der Folge an CMD. Dies bedeutet, dass offenkundig auch die individuelle Konstitution und die Disposition zu erkranken, bei jedem einzelnen Menschen unterschiedlich ausgeprägt ist.

Die vielfältigen Symptome und Beschwerden, von Para-funktionen über Kaubeschwerden, Kiefergelenksbefunden, Schwindelgefühlen, über Tinnitus, Nacken- und Rückenschmerzen, Kopf- und Gesichtsschmerzen bis hin zu Migräne und Schlafstörungen dürfen hier als bekannt vorausgesetzt werden. Die Therapie dieser vielfältigen und vielschichtigen Ursachen und Auswirkungen kann rein symptomatisch oder kausal erfolgen, am besten jedoch in einer Kombination aus beidem. Hierbei spielen nach meinen Erfahrungen die Kenntnis über die multifaktoriellen Geschehnisse und die Patientenanamnese, nicht zuletzt aber auch die Authentizität des Behandlers, eine ganz entscheidende Rolle.

Anamnese und Diagnose

Bereits Anamnese und Diagnose können ein erster Schritt in die „richtige Richtung“ sein, wenn man bestimmte Verhaltensweisen berücksichtigt. Allein schon das manuelle zahnärztliche „Eindringen“ in die Intimzone Mund wird von vielen Patienten von Abwehrreaktionen begleitet. Kein Wunder, denn ob wir essen, kauen, beißen, schmecken, lachen, drohen, schmoren, küssen oder spucken; jede dieser Ausdrucksformen des Mundes ist direkt gekoppelt an endokrine vegetative Prozesse. Um wie viel schwieriger ist es dann erst, in den „Kopf“, die „Seele“ oder gar das „Herz“ eines Patienten vorzudringen. Hierzu bedarf es gründlicher Kenntnisse zum Aufbau einer vertrauensvollen Zahnarzt-Patientenbeziehung, unter anderem der für jeden ZahnMediziner erlernbaren Verhaltensweisen verbaler und nonverbaler Kommunikation.

Die drei zentralen Stichworte sind hier Empathie, Wertschätzung und Authentizität. Die oben genannte ganzheitliche Betrachtung meint also, sich empathisch in die „Welt und Wirklichkeit“ des Patienten „einzufühlen“, dessen Gefühle so „wahr“ zu nehmen, als stünde man selbst an dessen Stelle, sich wertschätzend (und nicht abschätzend) und „aufgeschlossen“ zu zeigen, den Patienten mit seinem gesamten sozioökonomischen Background zu akzeptieren, sich alles in allem authentisch und glaubwürdig zu verhalten. In diesem Zusammenhang benutze ich gerne den Begriff des „Hin“-Hörens, der im Gegensatz zum „Zu“-Hören die innere Einstellung beschreibt und in vielen Fällen schon das erforderliche Sich-Öffnen des Patienten bewirkt.

Wichtig vor allem ist beim psychisch auffälligen Patienten, dass dieser von seinem somatischen Standort „abgeholt“ wird. Dies bedarf, wie oben ausgeführt, gewisser Grundkenntnisse im Bereich der Psychosomatik und einer (bisweilen) zeitaufwändigen sensiblen Gesprächsführung. Das Anamnesegespräch soll dabei im wahren Sinne des Wortes „auf Augenhöhe“ stattfinden und eben nicht „von oben herab“. Der Gesprächsraum sollte frei von äußeren Störungen sein und der Patient wird zunächst mit der offenen Frage begrüßt, was ihn zu mir führe. In dieser Phase wird überwiegend „hin“-gehört und – falls möglich – nicht unterbrochen. Anschließend werden konkrete Fragen zum jetzigen Leiden gestellt (zeitliches Auftreten, Qualität, Intensität, Lokalisation und Ausstrahlung, Begleitzeichen, intensivierende oder lindernde Faktoren, Umstände beim erstmaligen Auftreten, usw.). Erst danach stellen sich die Fragen nach früheren Erkrankungen, Familienanamnese, sozialer Anamnese und, falls möglich, nach psychischen Faktoren wie beispielsweise denkbaren krankheitsauslösenden Belastungen, Traumatisierungen und Verlusterlebnissen.

Die nonverbale Kommunikation spielt nach meiner Erfahrung bei dieser ersten Begegnung eine deutlich größere Rolle als die verbale. Dabei benutze ich gerne die Abkürzung „KGB“, die für „Körperhaltung, Gestik (Mimik) und Blickkontakt“ steht. Gerade die Signale, die unser Gegenüber aufgrund dieser „Einstellung“ empfängt, haben verstärkende oder verhindernde Wirkung auf die verbale Kommunikation. Diese verbalen und nonverbalen „Techniken“ sind den allerwenigsten Menschen gegeben, aber für jeden erlernbar. Vergessen Sie dabei nie: So, wie Ihre „Ein“-Stellung zum Patienten (nicht etwa dem Patienten „gegen“-über), so ist auch Ihre „Aus“-Strahlung. Sind Sie am Ende der Anamnese zu einer Diagnose gelangt, hat der Patient ein Recht darauf, diese auch zu erfahren.

Sollte es im Verlaufe des Gespräches gar gelungen sein, dem Patienten „näher“ zu kommen, vielleicht sogar durch behutsames Handauflegen mit „Fingerspitzengefühl“ auf den Arm des Patienten dessen/deren unsichtbare Intimzone zu betreten, ist der erste Schritt in ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis bereits getan – und der Weg in Richtung Linderung oder Heilung der Beschwerden darf gemeinsam besritten werden.

Hier noch ein einfacher Trick, der verblüffende Erfolge erzielt: Schauen Sie dem Patienten bei wichtigen Mitteilungen nicht in die Augen, sondern kommen Sie „auf den Punkt“: Schauen Sie fokussiert auf den Punkt zwischen den Augen, wenn Sie mit ruhiger und fester Stimme Ihre Botschaften artikulieren. Diese Art der Fremdsuggestion, begleitet von positiven Aussagen, verstärkt die Inhalte einer Ansprache in beeindruckender Weise und löst bisweilen schon den Knoten im Kopf des Patienten. Am besten wird diese Vorgehensweise im Freundes- oder Familienkreis trainiert. In diesem Zusammenhang weise ich darauf hin, dass der gesamte Themenkomplex „Hypnose“ hier durchaus einer Erwähnung bedarf, aber aus Platzgründen nicht im Detail ausgeführt werden kann.

Therapie

Die oben erwähnten vielfältigen Krankheitsbilder und Symptome psychisch gestörter oder psychosomatisch auffälliger Patienten lassen in dieser Betrachtung keinen Raum für detaillierte Anweisungen für eine Therapie, da etliche der verschiedenen Beschwerden bisweilen auch nur interdisziplinär behandelt werden können. Der erste Schritt für eine erfolgreiche Linderung oder gar Heilung der subjektiven Beschwerden muss nach alledem die vertiefte Beschäftigung mit der besprochenen Thematik sein. Dazu gehört es auch, sich im Kollegenkreis darüber auszutauschen und diesbezügliche Qualitätszirkel und Netzwerke zu bilden.

Schlussbetrachtung und Literaturverweise

In besonders schwierigen Fällen gelangt auch der geschulte Zahnarzt an seine Grenzen. Dann müssen Psychologen oder Psychotherapeuten eingeschaltet werden. Die Berliner Zahnärztekammer hat im Jahre 2006 die Patientenberatungsstelle „Seele und Zähne“ ins Leben gerufen, die betroffene Patienten auffangen kann. Diese für die Patienten kostenlose Beratung wird dabei von einer speziell dafür ausgebildeten Zahnärztin sowie einer Psychotherapeutin gleichzeitig durchgeführt und von der Zahnärztekammer Berlin und der Psychotherapeutenkammer Berlin gemeinsam getragen, finanziert und evaluiert. Die regelmäßigen statistischen Auswertungen dieser Beratungsstelle zeigen die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung, die Patienten und Zahnärzten gleichermaßen Hilfestellung gibt. Es wäre mein Wunsch, dass dieses anerkannte Modellprojekt bundesweit Schule macht.

Die Beschäftigung mit dem Thema „Psychosomatik in der Zahnmedizin“ ist allemal lohnenswert. Ein besseres Verständnis für die zunehmende Zahl „problematischer“ Patienten zu gewinnen, dient nicht nur den Patienten selbst, sondern färbt auch positiv auf das Ansehen der zahnärztlichen Praxis – und somit in letzter Konsequenz auf das Wohlbefinden der zahnärztlichen Behandler ab.

Aus der sehr umfangreichen Literatur zum abgehandelten Thema seien an dieser Stelle hervorgehoben der „Leitfaden für Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie das Buch „Psychologie/Psychosomatik in der Zahnheilkunde“, herausgegeben von Professor Hans Sergl im Verlag Urban & Schwarzenberg. Umfangreiche Literaturverweise zur eigenen Vertiefung des Themas können gern beim Verfasser abgerufen werden. Gleiches gilt für die Patienteninformation „Seele und Zähne“.

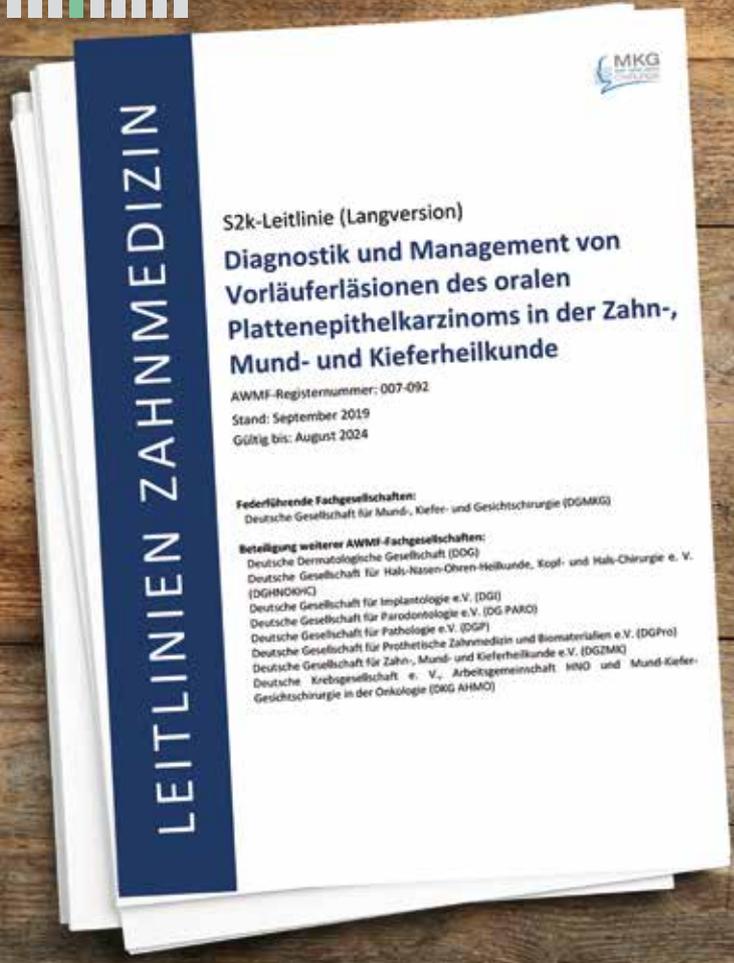
Danksagung

Mein Dank gilt meinen Lehrern und Freunden, Frau Professor Anette Fleischer-Peters (Erlangen), Herrn Professor Hans Sergl (Mainz) sowie Frau Dr. Gabriele Blumenthal-Barby (Berlin), die mein Interesse an Psychologie und Psychosomatik in der ZahnMedizin geweckt und wachgehalten haben. ■

Dr. Wolfgang Schmiedel, Berlin
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
dr.schmiedel@t-online.de

Literatur beim Verfasser.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Spitta Verlages



Aktualisierte und neue Leitlinien

Aktualisierte S2k-Leitlinie „Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“

Die nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) erstellte und jetzt aktualisierte S2k-Leitlinie „Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ hat das Ziel, Unterstützung bei der Abgrenzung entzündlicher und irritationsbedingter von neoplastischen Läsionen zu geben. Federführend durch die DGMKG wurde in Zusammenarbeit mit 15 weiteren Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentiertere Orientierungshilfe zur Vermeidung einer iatrogenen Verzögerung der Diagnose und ggf. spezifischer Therapie bei malignen oder nicht malignen Läsionen entwickelt und überarbeitet. Zur Leitlinie gehört auch ein klinischer Algorithmus. Die Dokumente finden Sie unter <https://t1p.de/leitlinie0>.

Neue S3-Leitlinie „Totaler alloplastischer Kiefergelenkersatz“

Angesichts des wachsenden Interesses für den totalen alloplastischen Kiefergelenkersatz wurde erstmals nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) eine S3-Leitlinie zu diesem Thema entwickelt. Durch die Einführung verbesserter Gelenkprothesen, die zunehmend in früheren Phasen erfassten Kiefergelenkerkrankungen sowie durch die längere Lebenserwartung der Bevölkerung zeigt die Indikation für totalen Kiefergelenkersatz seit mehreren Jahren einen kontinuierlichen Anstieg. Federführend durch die DGMKG wurde in Zusammenarbeit mit zehn weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen ein möglichst standardisiertes und literaturbasiertes Vorgehen zur Indikationsstellung sowie in operativer und postoperativer Therapiephase für Kiefergelenkprothesen aufgezeigt. Die Leitlinie als Langversion und den Methodenreport finden Sie unter <https://t1p.de/leitlinie1>.

Neue S2k-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“

Durch die federführenden Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deut-

sche Gesellschaft für Neurologie (DGN) wurde eine Leitlinie zur Sicherung der Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz in Entscheidungssituationen über medizinische Maßnahmen entwickelt. Die dargelegten Empfehlungen erheben den Anspruch, medizinische, medizin-rechtliche, medizin-ethische, pflegewissenschaftliche und gerontopsychologische Anforderungen zu erfüllen. Zahnmedizinische Expertise wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ), die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ), den Interdisziplinären Arbeitskreis für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA) und den Arbeitskreis Ethik der DGZMK eingebracht. Einen Link zur Leitlinie und weiteren Dokumenten finden Sie unter <https://t1p.de/leitlinie2>.

Neue S3-Leitlinie „Ersatz fehlender Zähne mit Verbundbrücken“

Die Versorgung mit Zahnimplantaten findet als Standard-Verfahren eine breite Anwendung in der kaufunktionellen Rehabilitation der Bevölkerung. Neue Implantatdesigns ermöglichen unterschiedliche prothetisch-implantologische Versorgungskonzepte und minimieren bisherige relative Kontraindikationen. Nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) wurde federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) eine S3-Leitlinie entwickelt, mit dem Ziel, die Therapieform der Verbundbrücke wissenschaftlich systematisch darzulegen und Entscheidungshilfen zur Indikationsstellung im Versorgungsalltag zu geben. Die Leitlinie und den Methodenreport finden Sie unter <https://t1p.de/leitlinie3>.

Aktualisierte S2k-Leitlinie „Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen“

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) wurde die nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) erstellte S2k-Leitlinie zu den häufigen Infektionen im HNO-Bereich erneut überarbeitet. Zahnmedizinische Expertise wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) eingebracht. Vor dem Hintergrund der zu häufigen Verordnung von Antibiotika hat die Leitlinie zum Ziel, die Indikationen zu einer Antibiotikatherapie kritisch darzulegen, diese zu optimieren und damit die Resistenzbildung herabzusetzen. Die Leitlinie finden Sie unter <https://t1p.de/leitlinie4>. ■

_____ DGZMK-Newsletter, 05.06.2020

MANCHER ZAHN WAR NICHT MEHR ZU ERHALTEN, ABER DURCH IHRE SPENDE KÖNNEN WIR UNSER DENTALES ERBE BEWAHREN.



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.





Foto: ZKN

Ass. jur. Sabrina Pfütze
Stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung der ZKN



Datenschutz und die Vernichtung von Patientenunterlagen

§ 630 f Abs. 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), § 12 Abs. 1 der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer und § 12 Abs. 1 der Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) regeln, dass die zahnärztliche Dokumentation nach Abschluss der Behandlung 10 Jahre aufzubewahren ist, soweit nicht durch (gesetzliche) Vorschriften Anderes geregelt ist. Auch der Bundesmantelvertrag für Zahnärzte (BMV-Z) knüpft in § 8 Abs. 3 S. 3 grundsätzlich an die 10-Jahresfrist an, allerdings beginnt die Frist nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde. Auch diese bundesmantelvertragliche Regelung gilt nur insoweit, als keine anderen Fristbestimmungen bestehen.

Dies ist z.B. bei Behandlungsdokumentationen aus dem Röntgen- und Strahlenschutzbereich der Fall. Nach § 85 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) ergibt sich so für Aufzeichnungen, die im Rahmen von Behandlungen erfolgen, eine Aufbewahrungspflicht von 30 Jahren, während für Aufzeichnungen im Falle von Untersuchungen eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren in Bezug auf volljährige Personen, dagegen bei minderjährigen Personen eine Aufbewahrung bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres vorgeschrieben ist.

Könnte es unabhängig davon geboten und erforderlich sein, die Patientenunterlagen über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus aufzubewahren? Bedenkt man beispielsweise die Konstellation, bei der es mit einem

Patienten zu einer Streitigkeit über eine erfolgte Behandlung kommt. Zwar verjähren Ansprüche nach einem etwaigen Behandlungsfehler gemäß § 195 BGB nach drei Jahren, mit der Folge, dass ein Schadens- oder Schmerzensgeldanspruch danach nicht mehr durchgesetzt werden kann. Die Verjährungsfrist beginnt allerdings erst mit dem Schluss des Jahres zu laufen, in dem der Anspruch entstanden ist und der Patient von den den Anspruch begründenden Umständen und der behandelnden Person Kenntnis erlangt hat bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen (§ 199 Abs. 1 BGB). Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) ist für die Prüfung, ob grobe Fahrlässigkeit vorliegt, zugunsten des Patienten zu berücksichtigen, dass dieser nicht ohne Weiteres aus einer Verletzungshandlung, die zu einem Schaden geführt hat, auf einen schuldhaften Behandlungs- oder Aufklärungsfehler schließen kann. Allein der negative Ausgang einer Behandlung führe deshalb nicht dazu, dass der Patient auch den Verdacht von einer fehlerhaften Behandlung haben müsse.¹ Die Verjährungshöchstgrenze beträgt gemäß § 199 Abs. 2 BGB unabhängig von der Kenntnis des Patienten bei Ansprüchen, die wegen einer Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit geltend gemacht werden, 30 Jahre, beginnend mit der Begehung der Handlung, der

¹ Ur. v. BGH v. 10.11.2009 – VI ZR 247/08 Rn. 17.

Pflichtverletzung oder dem sonstigen schadensauslösenden Ereignis. Vor diesem Hintergrund muss im Einzelfall hinterfragt werden, ob eine Patientendokumentation auch über die rechtlich verankerten Aufbewahrungsfristen hinaus aufbewahrt werden sollte.

Hat man sich zur Vernichtung der Patientenunterlagen entschieden, hat diese datenschutzkonform zu erfolgen. Die Prinzipien einer zulässigen Datenverarbeitung, worunter auch die Vernichtung von Daten zu fassen ist², regelt Art. 5 der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Zu diesen gehört u.a., dass personenbezogene Daten nur in einer Weise verarbeitet werden dürfen, die eine angemessene Sicherheit gewährleistet, einschließlich dem Schutz vor unbefugter und unrechtmäßiger Verarbeitung, unbeabsichtigtem Verlust oder unbeabsichtigter Schädigung. Maßgeblich für die ordnungsgemäße Vernichtung personenbezogener Daten ist die DIN-Norm 66399. Nach dieser wird der Schutzbedarf der Daten, wie nachfolgend dargelegt, nach der Art der Daten in drei Schutzklassen eingestuft:

Schutzklassen	Erläuterungen
Schutzklasse 1 Normaler Schutzbedarf für interne Daten	Informationen sind für größere Gruppen bestimmt und zugänglich. Der Schutz der personenbezogenen Daten muss gewährleistet sein. Beispiel: Personalisierte Werbung
Schutzklasse 2 Hoher Schutzbedarf für vertrauliche Daten	Die Informationen müssen auf einen kleinen Personenkreis beschränkt werden. Der Schutz personenbezogener Daten muss hohen Anforderungen genügen. Beispiel: Personaldaten
Schutzklasse 3 Sehr hoher Schutzbedarf für besonders vertrauliche und geheime Daten. (Hierunter ist die Patientendokumentation zu fassen)	Der Zugriff auf Informationen ist auf einen sehr kleinen, namentlich bekannten Personenkreis zu beschränken. Eine unrechtmäßige Weitergabe könnte existenzbedrohende Auswirkung auf das Unternehmen haben und würde gegen das Berufsgeheimnis sowie gegen Verträge und Gesetze verstoßen. Der Schutz personenbezogener Daten muss unbedingt gewährleistet sein. Beispiel: Patientendokumentation

Neben diesen Schutzklassen legt die DIN-Norm 66399 sechs unterschiedliche Datenklassifizierungen im Hinblick auf die Größe der Informationsdarstellung auf den Datenträgern fest:

1. Datenträger in Originalgröße [P] (z.B. Papierdokumente, Filme)
2. Optische Datenträger [O] (z.B. CD, DVD)
3. Magnetische Datenträger [T] (z.B. Disketten, ID-Karten, Magnetbandkassetten)

² Art. 4 Nr. 1 DS-GVO definiert den Begriff der Verarbeitung. Unter diesen ist ausdrücklich auch die Vernichtung gefasst.

4. Elektronische Datenträger [E] (z.B. Speicherstick, Chipkarte, mobile Kommunikationsmittel)
5. Informationen in verkleinerter Form [F] (z.B. Mikrofilm, Folie)
6. Festplatten mit magnetischem Datenträger [H] (Festplatten)

Zusätzlich gibt es sieben Sicherheitsstufen. Die Sicherheitsstufe gibt vor, wie weitreichend eine „Vernichtung“ der Daten zu erfolgen hat. Entscheidendes Kriterium ist hierbei unter Berücksichtigung der Art des Datenträgers, ob überhaupt und wenn ja mit welchem Aufwand die Reproduktion der Daten möglich ist. Je höher die Sicherheitsstufe, desto kleiner müssen die Partikel sein, die nach der Vernichtung übrigbleiben.

1. Allgemeine Daten – Reproduktion mit einfachem Aufwand
2. Besondere Daten – Reproduktion mit besonderem Aufwand
3. Sensible Daten – Reproduktion mit erheblichem Aufwand
4. Besonders sensible Daten – Reproduktion mit außergewöhnlichem Aufwand
5. Geheime Daten – Reproduktion nur mit gewerbeunüblichen Methoden möglich
6. Geheime Hochsicherheitsdaten – Reproduktion ist nach dem Stand der Technik nicht möglich
7. Top-Secret Hochsicherheitsdaten – Reproduktion ausgeschlossen

Daten der Schutzklasse 3 sind den Sicherheitsstufen 4 bis 7 zuzuordnen.

Sollte bei der Aktenvernichtung auf einen externen Dienstleister zurückgegriffen werden, ist mit diesem ein sogenannter Auftragsverarbeitungsvertrag (AV) nach den Voraussetzungen des Art. 28 Abs. 3 DS-GVO abzuschließen. Zu beachten ist jedoch, dass auch nach Abschluss des Vertrages der Praxisinhaber die Verantwortung für die Vernichtung der Unterlagen hat. Nach § 24 DS-GVO hat dieser für die rechtmäßige Verarbeitung der Daten Sorge zu tragen.

Bei analogen Röntgenbildern kommt ein Recycling in Betracht. Spezielle Entsorgungsunternehmen recyceln unter Rückgewinnung des Silberanteils und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften die klassischen Röntgenfilme. Auch hier ist der Abschluss eines AV unumgänglich. ■

____ Ass. jur. Sabrina Pfütze
Stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung der ZKN

Trotz – oder gerade wegen – Corona! Bilden Sie aus!

Das Coronavirus (CoV-2) hat unsere dentale Welt ins Wanken gebracht. Praxen sehen sich mit neuen Problemen und Fragestellungen konfrontiert und müssen erhebliche Einnahmeausfälle und teilweise stark gestiegene Kosten verkraften. Kurzarbeit und Entlassungen waren für viele Praxen leider nicht vermeidbar. Es ist nachvollziehbar, dass diese Probleme andere und ältere Problemfelder überlagern. Dennoch muss der Blick auch nach vorn gerichtet werden, denn es wird eine Zeit nach CoV-2 geben, schon jetzt normalisiert sich der Alltag zunehmend! Der Fachkräftemangel war vor der Krise ein zentrales Thema für die Zahnärzteschaft. Es ist davon auszugehen, dass dies auch künftig wieder und möglicherweise noch stärker der Fall sein wird. Das einzig wirksame Mittel gegen Fachkräftemangel ist bekanntlich die Ausbildung. Aus diesem Grund bitten wir Sie, bilden Sie trotz CoV-2 aus!

Da gegenwärtig viele Unternehmen sehr zögerlich bei der Einstellung von Auszubildenden sind, besteht die Hoffnung, dass das Angebot auf dem Bewerbermarkt momentan besser ist als in den Vorjahren.

Sollte coronabedingt ein starker Rückgang der Auszubildendenzahlen erfolgen, kann dies dazu führen, dass kleinere Berufsschulstandorte künftig die Beschulung von ZFAs einstellen, da sie nicht mehr die Mindestschülerzahl erreichen. Längere Fahrtzeiten für die Anreise zu einem weiter entfernten Schulstandort wären die Folge. Und ist die Beschulung erst einmal eingestellt, wird sie erfahrungsgemäß nicht wieder aufgenommen.

Flyer und Poster, die den Ausbildungsberuf „Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r“ bewerben, können Sie unter ausbildung@zkn.de anfordern.

Bitte geben Sie jungen Menschen eine Chance, einen zukunftsorientierten Ausbildungsberuf zu erlernen und sichern Sie Ihren zukünftigen Fachkräftebedarf. Auch der Gesetzgeber unterstützt Sie finanziell im Rahmen seines geplanten Konjunkturpakets mit einer attraktiven Prämie pro geschaffenen Ausbildungsplatz. 2.000 Euro pro abgeschlossenem Ausbildungsvertrag sollen Betriebe erhalten, die die Zahl ihrer Ausbildungsplätze – verglichen mit den



Foto: © stokkete - stock.adobe.com

vergangenen drei Jahren – nicht verringern. Sogar 3.000 Euro sollen gezahlt werden, wenn die Zahl der Ausbildungsverträge noch aufgestockt wird, pro zusätzlichem Vertrag. Diese Prämien sollen am Ende der Probezeit ausgezahlt werden. Für die Übernahme von Azubis aus Insolvenzunternehmen soll ebenfalls eine Prämie gezahlt werden.

Weitere Informationen zum geplanten Konjunkturpaket hier: <https://t1p.de/analysezkn> (https://zkn.de/fileadmin/user_upload/publikationen/newsletter/Bezirksstellen/2020-06-12_Analyse_Konjunkturpaket_der_Bundesregierung.pdf)

Bitte bilden Sie aus! ■

_____ Ihre Zahnärztekammer Niedersachsen

Auch in Corona-Zeiten an die Ausbildung denken

BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER UND VERBAND MEDIZINISCHER FACHBERUFE ERINNERN AN DIE BEDEUTUNG DER ZAHNMEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN FÜR DIE PRAXIS

Die Corona-Pandemie trifft Wirtschaft und Gesundheitswesen hart – davon sind auch Auszubildende betroffen. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Verband medizinischer Fachberufe rufen dazu auf, die Ausbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) auch in Krisenzeiten zu unterstützen.

Noch sind die Auswirkungen der Krise auf den ZFA-Ausbildungsmarkt nicht abzusehen, aufgrund der deutlich zurückgegangenen Behandlungen und der unsicheren zukünftigen Entwicklung wäre eine Zurückhaltung der Zahnarztpraxen beim Ausbildungsplatzangebot jedoch zu erwarten. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Wirtschaftskrisen oft eine geringere Zahl an Ausbildungsplätzen zur Folge haben.

Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, BZÄK-Vorstandsreferent für ZFA und Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen: „Wenn Praxen wegen der unklaren wirtschaftlichen Lage zögerlicher bei der Ausbildungsplatzvergabe sind, ist das verständlich. Dennoch darf die Corona-Krise nicht zu einer Ausbildungskrise führen. Junge Menschen brauchen eine berufliche Perspektive, zudem liegt die Fachkräftesicherung im eigenen Interesse der Zahnärzte. Denn ZFA leisten einen wertvollen Beitrag im Praxisteam, ohne sie würden Zahnarztpraxen nicht funktionieren. Gleichzeitig würde sich der bestehende Fachkräftemangel noch weiter verstärken. Jeder Ausbildungsplatz ist eine Zukunftsinvestition.“

Hannelore König vom Verband medizinischer Fachberufe e.V. ergänzt: „Wir hoffen, dass die geplante Ausbildungsprämie der Regierung für kleine und mittelständische Unternehmen auch Zahnarztpraxen im Blick hat. Auch in der derzeit schwierigen Situation ist es wichtig, weiterhin Zahnmedizinische Fachangestellte auszubilden. In diesem Sinne appelliere ich an alle Ausbildungsbetriebe sowie an die ausgelernten Kolleginnen und Kollegen in den Zahnarztpraxen, sich für eine gute Qualität der Ausbildung einzusetzen. Unsere Auszubildenden brauchen persönliche kompetente Ansprechpartner/innen, sie brauchen Zeit, Empathie und Wertschätzung. Nur so gelingt es, ZFA gut auszubilden, die ihre Zukunft in diesem Beruf sehen und damit einen wichtigen Beitrag zur zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung leisten.“ ■

Pressemitteilung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., 18.06.2020



Qualitätszirkel QZ:

Moderatorenbasisschulung 2020

Schulung zum Moderator/zur Moderatorin

Thematik: Grundlagen einer Moderatorentätigkeit im Qualitätszirkel!

Samstag, 29. August 2020

Kursdauer: 10:00 bis 16:00 Uhr

**Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN),
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover**

Zielgruppe:

Zahnärzte/-innen, die an einer Moderatorentätigkeit von Qualitätszirkeln interessiert sind.
Bevorzugt werden Zahnärzte/-innen aus dem Bereich der ZKN berücksichtigt.

Die Schulung wird von Regina Thöle-Maracke, Hamburg, durchgeführt. Frau Thöle-Maracke verfügt über langjährige Erfahrung in der Schulung von Moderatoren, so beispielsweise im Bereich der Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Hamburg.

Die Teilnahmegebühren in Höhe von EUR 60,00 beinhalten Getränke und Verpflegung während sowie ein Handout am Ende der Schulung.

Es werden **8 Fortbildungspunkte** nach den Richtlinien der BZÄK/DGZMK/KZBV ausgewiesen.

Bei Interesse nehmen Sie bitte Kontakt auf mit Daniela Schmöe unter dschmoe@zkn.de oder telefonisch 0511 83391-319.

10:00 Uhr

Begrüßung: Dr. Lutz Riefenstahl, Vorstandsmitglied der ZKN

10:15 Uhr

Einleitung: Dr. Tilli Hanßen, langjährig aktive Moderatorin in Jesteburg

10:30 Uhr bis 12:30 Uhr

Regina Thöle-Maracke:
Basiskonzepte für Moderatoren in Qualitätszirkeln!

12:30 Uhr – 13:00 Uhr Pause

Mittagssnack

13:00 Uhr bis 14:45 Uhr

Regina Thöle-Maracke:
Kompetenzerweiterung in der Moderatorentätigkeit!

14:45 Uhr – bis 15:15 Uhr Kaffeepause

15:15 Uhr bis 15:45 Uhr

Regina Thöle-Maracke:
Fallbesprechungen/Rollenspiele/Erfahrungsaustausch!

15:45 Uhr

Dr. Tilli Hanßen, Dr. Lutz Riefenstahl:
Organisatorisches zu QZ

16:00 Uhr

Diskussionsrunde/Ausgabe der Teilnahmezertifikate/Ende

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

04.09.2020 **Z 2040** **9 Fortbildungspunkte**

Das neuromuskuläre Zentrikregistrat – Hands-On-Workshop

PD Dr. Daniel Hellmann, Aalen
04.09.2020 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 380,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 385,- €

05.09.2020 **Z/F 2041** **8 Fortbildungspunkte**

Implantatpatient – „Schraube locker oder was?“

Jahres-Update 2020 – Implantatprophylaxe
Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
05.09.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 193,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 198,- €

11.09.2020 **Z 2043** **8 Fortbildungspunkte**

Frauen führen anders!? – Ein Führungsseminar nur für Zahnärztinnen

Anja Schmitt, Wattenbek
11.09.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

12.09.2020 **Z 2044** **8 Fortbildungspunkte**

„State of the art“ in der Implantatprothetik

Dr. Michael Hopp, Berlin
12.09.2020 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

Regeneration und Erhalt parodontaler und alveolärer Gewebestrukturen durch Replantation und forcierte Extrusion von Wurzelsegmenten

Anwendung des TMC-Konzeptes in der täglichen Praxis!

Die Resorption der Extraktionsalveole ist mit augmentativen Maßnahmen nur bedingt zu vermeiden. Chirurgische Maßnahmen sind oft sehr umfangreich, invasiv und vor allem für ältere Patienten belastend. Hinzu kommt das Problem, dass die Vorhersagbarkeit des operativen Ergebnisses mit der Größe des Defektes abnimmt. Ein neuer evidenzbasierter Ansatz besteht darin, mithilfe biologischer Verfahrenstechniken der Resorption der bukkalen Lamelle entgegenzuwirken. Den Schlüssel dazu bildet das parodontale Ligament.

Mit der Replantation von Wurzelsegmenten kann die Resorption der Extraktionsalveole vollständig verhindert werden. Es kommt zu einem langzeitstabilen Erhalt der alveolären Strukturen. Mit der anschließenden Extrusion dieser Wurzelsegmente wird ein zusätzlicher vertikaler Hart- und Weichgewebsgewinn erreicht. Diese Verfahrenstechnik kann zur Optimierung eines Implantatbettes, zur Verbesserung des Ponticlagers oder auch zum Erhalt einer suffizienten Prothesenbasis eingesetzt werden.

Im Vergleich zu augmentativen Verfahren sind die langzeitstabilen Ergebnisse sehr vorhersagbar, die Behandlungszeit ist kürzer und die Belastung der Patienten geringer. Die forcierte Extrusion von erhaltungswürdigen Zähnen kann auch zur Vermeidung einer resektiven klinischen Kronenverlängerung ebenso wie zur Therapie vertikaler Knochen- einbrüche und auch zur Wiederherstellung einer optimalen rot-weißen Ästhetik angewendet werden.

Umfangreiche chirurgische Eingriffe können in vielen Fällen vermieden werden bei deutlich verbesserten Ergebnissen.

Referentin: Dr. Sabine Hopmann, Lemförde
Mittwoch, 16.09.2020 von 14:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite bis 16.07.2020 320,- €, danach 352,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung bis zum 16.07.2020 325,- €, danach 357,- €
Max. 20 Teilnehmer
Kurs-Nr.: Z 2045
5 Fortbildungspunkte nach BZÄK



Dr. Sabine Hopmann

Foto: Privat

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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



→ Für zahnärztliches Fachpersonal

26.08.2020 Z/F 2039

Grundlagenseminar BEMA I

Seminar für Einsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte

Alma Ott, Hamburg

26.08.2020 von 13:00 bis 19:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 127,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 132,- €

09.09.2020 Z/F 2042

Basic – 2020: Für (Neu)Einsteiger und Profis

Mit einer soliden Grundlage in die zahntechnische Abrechnung

Stefan Sander, Hannover

09.09.2020 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 149,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 154,- €

11./12.09.2020 F 2040

Der Einstieg in die professionelle Zahnreinigung

Genoveva Schmid, Berlin

11.09.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr

12.09.2020 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 430,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 435,- €

23.09.2020 Z/F 2047

Aufbauseminar BEMA II

Seminar für ZFAs, die in die Abrechnung umsteigen, Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte

Alma Ott, Hamburg

23.09.2020 von 13:00 bis 19:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite

bis zum 23.07.2020 115,- €, danach 127,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung

bis zum 23.07.2020 120,- € danach 132,- €

Fissurenversiegelung von kariesfreien Zähnen – IP 5

„Die Fissurenversiegelung wird als präventiver-therapeutischer Verschluss der besonders kariesanfälligen Okklusalfäche mit einem dünnfließenden Kunststoff definiert“ zzq-Koeln Leitlinien.



Foto: Privat

Solveyg Hesse

Aufgrund der Morphologie bilden die Fissuren den idealen Ansiedlungsboden für die Mikroorganismen und damit den Ausgangspunkt für die Entstehung von Karies. Sie bieten den Bakterien geschützte Lebensräume.

Die Kauflächen können nur bis zu den Fissureneingängen von Plaque gereinigt werden. Tiefer gelegene Fissurenbereiche stellen Plaqueretentionsstellen dar. Das höchste Risiko weisen Molaren und tiefe Foramina caeca von Frontzähnen auf.

Nach diesem Kurs sind Sie in der Lage, eine korrekte Fissurenversiegelung in der Praxis durchzuführen.

Inhalte

1. Anatomie der Fissuren und das Erkrankungsrisiko
2. Karies-prophylaktischer Nutzen
3. Versiegelungs-Materialien
4. Praktische Umsetzung der Fissurenversiegelung
5. Kontra- und Indikationen
6. Zusatz-Informationen

Sie üben an mitgebrachten kariesfreien, extrahierten Zähnen.

Bitte mitbringen:

- ▶ 10 kariesfreie eingegipste Zähne (bitte die Zähne vorher nicht mit H₂O₂ reinigen oder darin einlegen!)
- ▶ Explorer – oder ähnliche feine Tastsonde, UV-Lampe, Microbrush, Pinsel, 5 Dappengefäße aus Kunststoff, grünes Winkelstück, Nylonbürste, eigenes Fissurenversiegelungsmaterial zum Erfahrungsaustausch, Pinzette

Referentin: Solveyg Hesse, Selent

Mittwoch, 23.09.2020 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite

bis zum 23.07.2020 220,- €, danach 242,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung

bis zum 23.07.2020 225,- €, danach 247,- €

Max. 16 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 2050



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

Ort: Uni Hildesheim, Hörsaal 2, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim
Fortbildungsreferent: Dr. Ulrich Niemann, Almsstr. 1, 31134 Hildesheim, Tel.: 05121 37676,
E-Mail: zahnarzt@dr-niemann-hildesheim.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
30.09.2020, 16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Kritische Wertung von Füllungsmaterialien in der Zahnerhaltung, <i>Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald</i>

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Carl v. Ossietzky Universität, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 16 71,
E-Mail: Dr.Volker.Schaper@misterdent.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
26.09.2020, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr Achtung: Hörsaal G, Gebäude A7	Die Integration digitaler Prozesse in die Zahnmedizin, <i>Dr. Andreas Kurbad, Viersen</i>
07.11.2020, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Pharmakologie Update 2020, PD. Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

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

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

BEZIRKSSTELLE VERDEN

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
23.09.2020, 18:00 Uhr – ca. 22:00 Uhr	Molaren-Inzisiven-Hypoplasie, <i>Prof. Dr. Norbert Krämer, Gießen</i>
07.10.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	„Staying alive“ – Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa, <i>Prof. Dr. Till Dammaschke, Münster</i>
21.10.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Praxiskommunikation – Gesprächsstrategien für den Zahnmedizinischen Alltag, <i>Cornelia Schubach-Zimmermann, Grumbach</i>
04.11.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Extraktion oder Nonextraktion aus kieferorthopädischer Sicht, <i>Dr. Youssef Cheaib, Bassum</i>

Dr. Karl-Heinz Stock zum 90.

Den „älteren“ Kolleginnen und Kollegen brauche ich den Jubilar nicht vorzustellen, für die jüngeren die Kurzfassung: Dr. Karl-Heinz Stock war die treibende Kraft für die Prophylaxe im öffentlichen Gesundheitsdienst, nicht nur in Niedersachsen, sondern bundesweit. Zu einer Zeit, als es noch Gipsabdrücke gab, Amalgam mit den Fingern angemischt, Steinzemente als Frontzahnfüllungen eingesetzt wurden und Zahnlosigkeit im Alter die Regel, nicht die Ausnahme war.



Geboren in Großbodungen/Thüringen, ab 1950 Studium und 6 Jahre Wissenschaftlicher Assistent bei Prof. Reichenbach in Halle/Saale, Promotion, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, ab 1961 in Hannover, bis 2000 Geschäftsführender Zahnarzt bei der LAGJ.

Äußerst fachkundig, ausdauernd, klar im Ziel, streitbar in der Sache, kompromissbereit in der Umsetzung, das sind die Qualitäten, die es Dr. Stock ermöglichten, die Zahnmedizin und hier vor allem die Prävention im öffentlichen Gesundheitswesen, aber auch im Berufsstand und der studentischen Ausbildung zu verankern. Seiner Zeit voraus zu sein, brachte ihm Widerstände ein, die sich im Rückblick als unbegründet herausgestellt haben. So etwa war die Idee, Prophylaxe-Mitarbeiterinnen auszubilden, wegweisend für den Berufsstand und nicht ihr Untergang.

Lieber Karl-Heinz, für Dein Lebenswerk mit dem Bundesverdienstkreuz und der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft geehrt worden zu sein, ist Dein Verdienst, das 90. Lebensjahr vollenden zu können, ist eine Gnade, die Dir alle von Herzen gönnen, die das Glück hatten, Dich kennenzulernen.

Welch eine Genugtuung muss es für Dich gewesen sein, das Ergebnis der DMS V lesen zu dürfen, „über 80% der

12-jährigen sind in Deutschland kariesfrei“ und zu wissen, dass Du durch Deine Arbeit ein wenig zu diesem Erfolg beigetragen und den Funken der Prophylaxe zu einem Leuchtfeuer entfacht hast. ■

Stellvertretend für alle Kolleginnen und Kollegen überbringe ich die besten Wünsche

_____ Dr. Michael Sereny, Hannover

PRAXISJUBILÄUM

Liebe Frau Bornhöft,

im Juni feierten wir gemeinsam unser 15-jähriges Praxisjubiläum! Sie haben mit mir zusammen – als „Zwei-Damen-Betrieb“ – die Praxis eröffnet. Durch Ihr großes Engagement haben Sie zum erfolgreichen Start und der heutigen hervorragenden Stellung der Praxis maßgeblich beigetragen. Sie sind so verlässlich und gewissenhaft, wie sich das jeder Praxisinhaber wünscht! Danke!

In 15 Jahren haben wir so viel zusammen erlebt. Unser Team hat sich immer wieder einmal verändert, aber Sie sind kontinuierlich dageblieben. Das ist heutzutage nicht selbstverständlich. Und Sie verzweifeln auch nicht daran, dass die Entbürokratisierung sich immer noch in die falsche Richtung entwickelt.

Ich bin Ihnen sehr, sehr dankbar für die geleistete Arbeit, die Treue und Zuverlässigkeit, die Loyalität während dieser langen Zeit. Ich bedanke mich an dieser Stelle sehr herzlich für die hervorragende und vertrauensvolle Zusammenarbeit der letzten Jahre und hoffe, dass Sie noch viele Jahre mit Elan dabei sind und noch viele positive gemeinsame Erlebnisse auf uns warten! ■

Herzlichst Ihre Dr. Constanze Kallmeyer, Kieferorthopädin

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

22.05.2020 Dr. Renate Morich (96), Peine

16.06.2020 Dr. Ulrich Kublun (75), Uelzen

16.06.2020 Manfred Schüller (86), Lüneburg

17.06.2020 Dr. Josef-Bernd Meyer (86), Oldenburg

17.06.2020 Werner Schadlowsky (90), Gifhorn

18.06.2020 Jürgen Hartmann (70), Norden

22.06.2020 Dr. Gisbert Henkel (85), Danndorf

22.06.2020 Dr. Burchard Kneilmann (92), Cloppenburg

22.06.2020 Dr. Dietrich Scholz (80), Grünendeich

23.06.2020 Dr. Erhard Miersch (93), Braunschweig

25.06.2020 Dr. Rudolf Alten (70), Göttingen

25.06.2020 Dr. Klaus-Dieter Rasch (70), Göttingen

26.06.2020 Dr. Ursula Paul (80), Berlin

27.06.2020 Helmut Parulewski (80), Lingen

27.06.2020 Eberhard Hesse (70), Obernkirchen



01.07.2020 Dr. Konstantin Leondarakis (80), Göttingen

01.07.2020 Tilman Bäumer (70), Bremen

03.07.2020 Hans-Joachim Lange (88), Eime

03.07.2020 Heike Voß (75), Osnabrück

04.07.2020 Peter Bornatsch (90), Clausthal-Zellerfeld

05.07.2020 Dr. Volker Jelen (75), Diepholz

06.07.2020 Dr. Heidi Reinke (80), Goslar

06.07.2020 Poul Erik Mark Larsen (70), Obernkirchen

07.07.2020 Dr. Gerd Peters (80), Lüneburg

07.07.2020 Andreas Engelmann (70), Oldenburg

09.07.2020 Dr. Karl-Heinz Stock (90), Hannover

09.07.2020 Dr. Klaus-Peter Lenzen (75), Bad Harzburg

09.07.2020 Dr. Hans-Joachim Tuczinski (70), Achim

12.07.2020 Dr. Hans-Eberhard Stieglitz (75), Hannover

12.07.2020 Dr. Günter Herlemann (70), Quakenbrück

14.07.2020 Dr. Olaf Semper (70), Nörten-Hardenberg

Wir trauern um unsere Kollegen



Dr. Horst-Friedrich Stanneck
geboren am 07.12.1935,
verstorben am 13.04.2020

Dr. Robert Weißer
geboren am 01.02.1941,
verstorben am 29.04.2020

Dr. Jörg Niedersen
geboren am 14.05.1943,
verstorben am 16.05.2020

Dr. Ralf Schwendowius
geboren am 12.09.1945,
verstorben am 24.05.2020

Claude Edouard Spier
geboren am 21.01.1958,
verstorben am 26.05.2020

Dr. Günter Schmidt
geboren am 30.05.1949,
verstorben am 14.06.2020

Wilhelm Eppens
geboren am 15.02.1927,
verstorben am 15.06.2020

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020

Amtliche Mitteilung

Gemäß § 5 der Wahlordnung für die Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der ZKN vom 19.10.2012 gebe ich Folgendes bekannt:

Wahlkreis 1 – Braunschweig

Wahlleiter

Oliver Damme, Rechtsanwalt
Täubchenweg 13,
38110 Braunschweig
Telefon 05307 9392825

Stv. Wahlleiter

Malte Härtel, Rechtsanwalt und Notar
Kattreppe 20,
38100 Braunschweig
Telefon 0531 2436849

Beisitzer

Dr. Bodo Vogel
Maja Rademacher

Stv. Beisitzer

Dr. Volker Weiß
Maike Finger

Wahlkreis 2 – Göttingen

Wahlleiter

Dr. Dieter Hildebrandt,
Rechtsanwalt
Friedländer Weg 20a,
37085 Göttingen
Telefon 0551 37074840

Stv. Wahlleiter

Jens Grundei, Rechtsanwalt
Friedländer Weg 20a,
37085 Göttingen
Telefon 0551 547060

Beisitzer

Dr. Dr. Lars Kühne
Dr. Kirsten Betke

Stv. Beisitzer

Dr. Martin Kanzow
Antje Schönbach

Wahlkreis 3 – Hannover

Wahlleiter

Dr. Dennis B. Bertog,
Rechtsanwalt und Notar
Berliner Allee 40,
30175 Hannover
Telefon 0511 30495-0

Stv. Wahlleiter

Jörg-Friedrich Onnasch,
Rechtsanwalt
Berliner Allee 40,
30175 Hannover
Telefon 0511 30495-0

Beisitzer

Dr. Stefan Künnecke
Dr. Annette Vietinghoff-Sereny

Stv. Beisitzer

Friedrich-W. Galle
Dr. Hans-Joachim Hofschulte

Wahlkreis 4 – Hildesheim

Wahlleiter

Uwe Biendarra,
Rechtsanwalt und Notar
Osterstr. 7-9, 31134 Hildesheim
Telefon 05121 28929-0

Stv. Wahlleiter

Welf Spörlein, Rechtsanwalt
Osterstr. 7-9, 31134 Hildesheim
Telefon 05121 28929-0

Beisitzer

Dr. Ulf Labsch
Dr. Mehran Maghsudi-Hamann

Stv. Beisitzer

Dr. Ekkehard Hubertus Kampf
Dr. Frank Pohl

Wahlkreis 5 – Lüneburg

Wahlleiter

Christoph Diederich,
Rechtsanwalt und Notar
Breite Straße 9, 21244 Buchholz
Telefon 04181 5033

Stv. Wahlleiter

Christian Müller, Rechtsanwalt und Notar
Breite Straße 9, 21244 Buchholz
Telefon 04181 5033

Beisitzer

Meike Magath
Dr. Reiner Stamm

Stv. Beisitzer

Dr. Oswald von Hake-Schierz
Dr. Karl-Heinz Lubbers ▶▶

» Wahlkreis 6 – Oldenburg

Wahlleiter

Dirk Theermann,
Rechtsanwalt und Notar
Bahnhofstraße 8,
26122 Oldenburg
Telefon 0441 9228030

Stv. Wahlleiter

Sebastian Schlüter,
Rechtsanwalt
Bahnhofstraße 8,
26122 Oldenburg
Telefon 0441 9228049

Beisitzer

Peter Massau
Dr. Jost Wollstein

Stv. Beisitzer

Dr. Hans-Jürgen Schröder
Dr. Gerd-Uwe Hillers

Wahlkreis 7 – Osnabrück

Wahlleiter

Fritz Graf,
Rechtsanwalt und Notar
Rolandsmauer 13-15,
49074 Osnabrück
Telefon 0541 33870-0

Stv. Wahlleiter

Thomas Klekamp,
Rechtsanwalt
Rolandsmauer 13-15,
49074 Osnabrück
Telefon 0541 33870-0

Beisitzer

Dr. Ralph Schmidtchen
Dr. Udo Goedecke

Stv. Beisitzer

Dr. Ansgar Voßkühler
Dr. Hans-Tilman Rahne

Wahlkreis 8 – Ostfriesland

Wahlleiter

Lukas Wübbolt,
Rechtsanwalt und Notar
Hauptstraße 38a,
26897 Esterwegen
Telefon 05955 1781

Stv. Wahlleiter

Ingo Wübbolt,
Rechtsanwalt und Notar
Hauptstraße 38a,
26897 Esterwegen
Telefon 05955 1781

Beisitzer

Eike Vöhrs
Dr. Horst Rabe

Stv. Beisitzer

Gerhard Meschter
Katharina Schmees

Wahlkreis 9 – Stade

Wahlleiter

Egmont Bilzhaue,
Rechtsanwalt und Notar
Holzstr. 30, 21682 Stade
Telefon 04141 2181

Stv. Wahlleiterin

Katrin Marei Rohde,
Rechtsanwältin
Holzstr. 30, 21682 Stade
Telefon 04141 2181

Beisitzer

Stefanie Paap
Dr. Friedrich-Wilhelm Frese

Stv. Beisitzer

Dr. Christopher Hinck
Tom-Whei Sakals

Wahlkreis 10 – Verden

Wahlleiter

Timm Voss, Rechtsanwalt
Moorstr. 43, 29664 Walsrode
Telefon 05161 911525

Stv. Wahlleiter

Stephan Schade, Rechtsanwalt
Worth 12, 29664 Walsrode
Telefon 05161 2041

Beisitzer

Dr. Julius Beischer
Gabriel Magnucki

Stv. Beisitzer

Dr. Hans Willenbockel
Oliver Liszka

Wahlkreis 11 – Wilhelmshaven

Wahlleiter

David Osterloh, Rechtsanwalt
Virchowstraße 56,
26382 Wilhelmshaven
Telefon 04421 26666

Stv. Wahlleiter

Christoph Klatt, Rechtsanwalt
Virchowstraße 56,
26382 Wilhelmshaven
Telefon 04421 26666

Beisitzer

Dr. Jürgen Reinstrom
Dr. Britta Wiesinger

Stv. Beisitzer

Dr. Jens Taschke
Dr. Stefan Scheinert

_____ Hannover, 15.07.2020



Der Präsident der
Zahnärztekammer Niedersachsen

Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020

Amtliche Mitteilung

Die Wahlleiter der Wahlausschüsse für die Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen geben Folgendes bekannt:

Bekanntmachung über die Auslegung der Wählerverzeichnisse

Gemäß § 6 Abs. 2 der Wahlordnung für die Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen (WO-Bezirksstellen) vom 19.10.2012, wird hiermit bekannt gemacht, dass die Wählerverzeichnisse für jeden Wahlkreis zur Einsicht für die Kammerangehörigen an fünf aufeinanderfolgenden Werktagen ab dem 27. Juli 2020 bis 31. Juli 2020 einschließlich wie folgt ausliegen:

Für den Wahlkreis 01 – Braunschweig

Bezirksstelle Braunschweig,
Dr. Jörg Thomas (Bezirksstellenvorsitzender)
Münzstraße 9, 38100 Braunschweig
Montag bis Freitag, 08:00 bis 12:00 Uhr

Für den Wahlkreis 02 – Göttingen

Bezirksstelle Göttingen,
Büro Rechtsanwalt Dr. Dieter Hildebrandt (Wahlleiter)
Friedländer Weg 20a, 37085 Göttingen
Montag bis Freitag, 08:00 bis 13:00 Uhr

Für den Wahlkreis 03 – Hannover

Bezirksstelle Hannover,
Dr. Kai Petrik Worch, M.S. (USA) (Bezirksstellenvorsitzender)
Zeißstr. 11b, 30519 Hannover,
Montag bis Freitag, 08:00 bis 12:30 Uhr

Für den Wahlkreis 04 – Hildesheim

Bezirksstelle Hildesheim,
Praxis Dr. Sebastian Vogel (Stv. Bezirksstellenvorsitzender)
Phoenixstraße 7-9, 31137 Hildesheim,
Montag bis Freitag, 08:00 bis 13:00 Uhr

Für den Wahlkreis 05 – Lüneburg

Bezirksstelle Lüneburg,
Praxis Dr. Tilli Hanßen (Bezirksstellenvorsitzende)
Hauptstraße 8, 21266 Jesteburg
Montag und Donnerstag, 08:00 bis 13:00 Uhr
Dienstag 13:00 bis 19:00, Mittwoch und
Freitag, 15:00 bis 18:00 Uhr

Für den Wahlkreis 06 – Oldenburg

Bezirksstelle Oldenburg,
Praxis Dr. Uwe Herz (Bezirksstellenvorsitzender)
Donnerschweerstr. 296, 26123 Oldenburg
Montag, Dienstag, Donnerstag, 10:00 bis 18:00 Uhr,
Mittwoch und Freitag, 10:00 bis 13:00 Uhr

Für den Wahlkreis 07 – Osnabrück

Bezirksstelle Osnabrück,
Büro Rechtsanwalt und Notar Fritz Graf (Wahlleiter)
Rolandsmauer 13-15, 49074 Osnabrück
Montag bis Freitag, 08:00 bis 13:00 Uhr und
14:00 bis 17:00 Uhr

Für den Wahlkreis 08 – Ostfriesland

Bezirksstelle Ostfriesland,
Büro Rechtsanwalt und Notar Lukas Wübbolt (Wahlleiter)
Hauptstraße 38a, 26897 Esterwegen,
Montag bis Donnerstag, 09:00 bis 13:00 Uhr und
14:00 bis 18:00 Uhr
Freitag 09:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 17:00 Uhr

Für den Wahlkreis 09 – Stade

Bezirksstelle Stade,
Büro Rechtsanwalt und Notar Egmont Bilzhaue
Holzstr. 30, 21682 Stade,
Montag bis Donnerstag, 09:00 bis 17:00 Uhr
Freitag, 09:00 bis 13:00 Uhr ►►

» Für den Wahlkreis 10 – Verden

Bezirksstelle Verden,
Dr. Eckhard Jung (Bezirksstellenvorsitzender)
Große Heide 22, 29683 Bad Fallingbostel
Montag bis Freitag, 10:00 bis 12:00 Uhr

Für den Wahlkreis 11 – Wilhelmshaven

Bezirksstelle Wilhelmshaven,
Praxis Dr. Hartmut Bleß (Bezirksstellenvorsitzender)
Friedrich-August-Str. 34, 26316 Varel,
Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag,
08:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 18:00 Uhr,
Mittwoch, 08:00 bis 12:00 Uhr

Wählen kann nur der Wahlberechtigte, der in ein Wählerverzeichnis eingetragen ist und nur in dem Wahlkreis, in dessen Wählerverzeichnis er geführt wird, § 1 WO-Bezirksstellen i.V.m. § 1 der Wahlordnung der ZKN für die Wahl zur Kammerversammlung (WO-ZKN). Gemäß § 17 Abs. 2 Nummer 1 und 2 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 8.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27.03.2019 (Nds. GVBl. S. 70), ist nicht wahlberechtigt,

1. wer infolge Richterspruchs kein allgemeines Wahlrecht besitzt,
2. wer infolge berufsgerichtlicher Entscheidung nicht wahlberechtigt ist.

Ein Kammerangehöriger, der das Wählerverzeichnis für unrichtig oder unvollständig hält, kann dies durch Einspruch gemäß § 6 und § 1 WO-Bezirksstellen i.V.m. § 12 WO-ZKN geltend machen. Der Einspruch ist bis zum Ablauf einer Woche (bis zum Ablauf des 7. August 2020) nach dem Ende der Auslegungsfrist bei dem zuständigen Wahlleiter schriftlich einzulegen und unter Beibringung von Beweismitteln zu begründen. Über Einsprüche entscheidet der zuständige Wahlausschuss, zu dessen Verhandlung die Beteiligten geladen werden. Erscheinen die Beteiligten nicht, so kann nach Aktenlage entschieden werden.

Nach Ablauf der Auslegungsfrist können Wahlberechtigte nur noch unter den Voraussetzungen des § 13 WO-ZKN in das Wählerverzeichnis aufgenommen werden, § 1 WO-Bezirksstellen.

Bekanntmachung über Beginn und Ende der Wahlzeit

Gemäß § 8 der WO-Bezirksstellen beginnt die Wahlzeit mit der Absendung der Wahlunterlagen an die Wahlberechtigten durch die Zahnärztekammer Niedersachsen. Die Wahl (Wahlzeit) findet in der Zeit vom 25.09.2020 bis 05.10.2020 statt.

Bekanntmachung über die Neuwahl

Gemäß §§ 7 und 1 WO-Bezirksstellen i.V.m. § 15 WO-ZKN, müssen der 1. Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende gewählt werden.

Wahlvorschläge müssen zwei Bewerber enthalten und zwar einen Bewerber für das Amt des 1. Vorsitzenden und einen Bewerber für das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden. Wahlvorschläge müssen spätestens 14 Tage vor Beginn der Wahlzeit (bis zum 10.09.2020) bei dem zuständigen Wahlleiter eingegangen sein und von zehn im Wahlkreis wahlberechtigten Zahnärzten unter Angabe der Anschriften unterschrieben sein; neben der Unterschrift sind Familienname, Vorname und Anschrift anzugeben. Der erste Unterzeichner gilt als Vertrauensperson dieses Wahlvorschlages, der zweite als deren Stellvertreter. Ein Wahlberechtigter darf nicht Vertrauensperson für mehrere Wahlvorschläge sein. Hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig.

Mit dem Wahlvorschlag ist eine Bewerbererklärung jedes Vorgeschlagenen einzureichen.

Die Formulare Wahlvorschlag und Bewerbererklärung sind in den Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen zu erhalten.

Wahlvorschläge können eine Kurzbezeichnung (Kennwort) enthalten, die bis zu fünf Wörter umfassen darf.

Wählbar ist grundsätzlich jeder Bezirksstellenangehörige.

Gemäß § 21 Abs. 1 HKG ist nicht wählbar, wer

1. nicht wahlberechtigt ist (§ 17 Abs. 2 HKG)
2. infolge Richterspruchs die Fähigkeit, öffentliche Ämter zu bekleiden oder Rechte aus öffentlichen Wahlen zu erlangen, nicht besitzt,
3. infolge berufsgerichtlicher Entscheidung nicht wählbar ist,
4. bei der Kammer oder einer Behörde, die Aufsichtsbe-fugnisse gegenüber der Kammer hat, hauptberuflich tätig ist.

Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. In einen Wahlvorschlag kann nur aufgenommen werden, wer in dem Wahlkreis, für den der Wahlvorschlag eingereicht wird, wahlberechtigt ist und schriftlich seine Zustimmung erteilt hat.

Im Wahlvorschlag müssen die Bewerber in erkennbarer Reihenfolge unter Angabe ihres Familiennamens, Vornamens und ihrer Anschrift sowie der Art der Berufsausübung und einer Bezeichnung nach § 34 HKG sowie Ort der Berufsausübung und Geburtsjahr genannt sein.

Wahlvorschläge, die zu spät eingereicht sind oder die den Erfordernissen nicht entsprechen, werden nicht zugelassen. Über die Zulassung der Wahlvorschläge entscheidet der Wahlausschuss. Die Reihenfolge wird durch Los entschieden.

Bekanntmachung über die Durchführung der Wahl

Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt. Die Bestimmungen über die Stimmabgabe (§ 10 WO-Bezirksstellen) lauten:

„§ 10

(1) Jeder Wähler darf bei der Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden nur einen Wahlvorschlag einmal ankreuzen. Es ist nicht zulässig, weitere Vermerke neben dem Stimmabgabevermerk einzutragen. Werden mehrere Wahlvorschläge mit Stimmabgabevermerken versehen, so ist die Stimmabgabe ungültig. Der Wähler legt den mit seinem Stimmabgabevermerk versehenen Stimmzettel in den inneren Briefumschlag und verschließt diesen. Der Briefumschlag darf keine Kennzeichen haben, die auf die Person des Wählers schließen lassen. Der Wähler unterschreibt die Erklärung auf dem Wahlausweis unter Angabe des Ortes und des Datums mit seinem Vor- und Zunamen. Der Wähler legt den verschlossenen inneren Briefumschlag und den unterschriebenen Wahlausweis in den äußeren Briefumschlag, verschließt diesen, versieht ihn auf der Rückseite mit den Absenderangaben und übersendet diesen Brief (Wahlbrief) auf Kosten der Zahnärztekammer Niedersachsen dem Wahlleiter.

(2) Der Wahlbrief muss spätestens an dem Tag, mit dessen Ablauf die Wahlzeit endet, dem Wahlleiter zugegangen sein. Als rechtzeitig zugegangen gelten auch die auf dem Postwege beim Wahlleiter bis zum Tage nach Ablauf der Wahlzeit, 15:00 Uhr, eingegangenen Wahlbriefe. Geht der Wahlbrief erst nach diesem Zeitpunkt und vor Feststellung des Wahlergebnisses beim Wahlleiter ein, so gilt er auch dann als rechtzeitig zugegangen, wenn er nach dem aufgedruckten Poststempel spätestens einen Tag vor Ablauf der Wahlzeit abgesandt worden ist.

(3) Ein Abdruck dieses Paragraphen ist mit den Wahlunterlagen an die Wahlberechtigten zu übersenden.“

_____ Die Wahlleiter der Wahlausschüsse

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Martin Weigel	Nr. 2955	vom 22.01.1993
Karen Nikutowski-Bork	Nr. 2999	vom 27.04.1993
Valentina Hrasky	Nr. 6596	vom 31.07.2009
Martin Volmer	Nr. 5661	vom 20.07.2006
Dr. Alena Schmidt	Nr. 9387	vom 23.10.2017
Julia Stolfig	Nr. 10024	vom 28.10.2019
Dr. Rolf Blase MSc MSc	Nr. 7680	vom 14.11.2012

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

_____ ZKN

BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?
Wir helfen Ihnen gern!

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

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



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





© diego cervo / iStockphoto.com

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen

Geschäftsstelle

Zeißstraße 11

30519 Hannover

Tel.: 0511 8405-323/361

E-Mail: zulassung@kzvn.de

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u. a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

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

Die Sitzungstermine für 2021 werden im September 2020 festgelegt.

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- ▶ Planungsbereich Landkreis Holzminden:
Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.779 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

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

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

_____Stand: 12.06.2020

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover Jan Paul

Verwaltungsstelle Oldenburg

Oldenburg Dr. Andre Siemer

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

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Beschluss des Zulassungsausschusses Niedersachsen vom 22. April 2020 für

Zahnarzt Thomas Horch
29223 Celle, Lüneburger Heerstraße 8

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

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

Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 20.07.2020 bis zum 03.08.2020**, bei Frau Schneider (Abt. Zulassung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 Satz 6 VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

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

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur Festsetzung der Verwaltungskostenbeiträge für das Quartal IV/2019 vom 25.03.2020 und der Jahreshonorar- und Degressionsbescheid für 2019 vom 25.03.2020 für

Zahnarzt Thomas Horch
29223 Celle, Lüneburger Heerstraße 8

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

Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZV Niedersachsen öffentlich zugestellt.

Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 20.07.2020 bis zum 03.08.2020**, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 Satz 6 VwZG gelten die Bescheide als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

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

VERKAUF

Südrand Hamburg

Nachfolger/in gesucht für langjährige Praxis aus Altersgründen. Ausstattung entspricht Hygienerichtlinien
Tel.: 0151 20578907

BBG-Schaumburg

3 BHZ, TI, QM, 150 qm, eigene Immobilie, Parkplätze, großer Patientenstamm. Alle Schulen vor Ort. Praxis in 2020/21 abzugeben.
praxisschaumburg@gmx.de

Doppelpraxis im Speckgürtel

von Hannover, zentrale Praxis im Ort, langjähr. etabliert, 3 Beh.-Zimmer, 4. mögl., hell u. barrierefrei, RKI-Konformität d. Begehung bestät./Hoher Gewinnanteil/zahn007@gmx.net

HANNOVER, westl. Region

3 BHZ + 4 Zi. vorinstall. + Praxislabor, ergonom. Aufteilung, eig. Parkpl. + Bushaltest. vor der Tür, S-Bahn o.K., 150 qm, klimatisiert, OPG, Melatherm, flexible Übernahme,
Tel.: 017647796707

Rinteln-Schaumburg Kernstadt

3 BHZ + Praxislabor, Dig. Röntgen, OPG + Sensor im Ärztehaus abzugeben.
doktore@directbox.com

STELLENMARKT

Engagiertes zuverlässiges Praxisteam

sucht Nachfolger für ihren in die Jahre gekommenen Chef. Tel.: 05151 3789

VERSCHIEDENES

Ehemalige Zahnarztpraxisräume

in einem bestehendem Ärztehaus in Wietze zu vermieten, ca. 180 m², inkl. Rezeption, Labor, Steriraum und Personalraum mit Küche. Alle Anschlüsse vorhanden.
Tel.: 0163 660001

WICHTIGE INFORMATION FÜR DAS KLEINANZEIGEN-ANGEBOT:

Mit dieser Ausgabe werden zum letzten Mal Kleinanzeigen im NZB veröffentlicht. Kleinanzeigen von KZVN-/ZKN-Mitgliedern können weiterhin kostenfrei im Onlineportal der ZKN (www.zkn.de unter „Jobs/Kleinanzeigen“) veröffentlicht werden.

Einreichungs- und Zahlungstermine

2020

Juli / August / Sept. / Okt.

JULI		AUGUST		SEPTEMBER		OKTOBER	
01 MI		01 SA		01 DI		01 DO	
02 DO		02 SO		02 MI		02 FR	
03 FR		03 MO	32	03 DO		03 SA <small>Tag der Deutschen Einheit</small>	
04 SA		04 DI		04 FR		04 SO	
05 SO		05 MI		05 SA		05 MO	41
06 MO	28	06 DO		06 SO		06 DI	
07 DI		07 FR		07 MO	37	07 MI	
08 MI		08 SA		08 DI		08 DO	
09 DO		09 SO		09 MI		09 FR	
10 FR		10 MO	33	10 DO		10 SA	
11 SA		11 DI		11 FR		11 SO	
12 SO		12 MI		12 SA		12 MO	42
13 MO	29	13 DO		13 SO		13 DI	
14 DI		14 FR		14 MO	38	14 MI	
15 MI		15 SA		15 DI		15 DO	
16 DO		16 SO		16 MI		16 FR	
17 FR		17 MO	34	17 DO		17 SA	
18 SA		18 DI		18 FR		18 SO	
19 SO		19 MI		19 SA		19 MO	43
20 MO	30	20 DO		20 SO		20 DI	
21 DI		21 FR		21 MO	39	21 MI	
22 MI		22 SA		22 DI		22 DO	
23 DO		23 SO		23 MI		23 FR	
24 FR		24 MO	35	24 DO		24 SA	
25 SA		25 DI		25 FR		25 SO	
26 SO		26 MI		26 SA		26 MO	44
27 MO	31	27 DO		27 SO		27 DI	
28 DI		28 FR		28 MO	40	28 MI	
29 MI		29 SA		29 DI		29 DO	
30 DO		30 SO		30 MI		30 FR	
31 FR		31 MO	36			31 SA <small>Reformationstag</small>	

Die Einreichungs- und Zahlungstermine der KZVN stellen wir Ihnen als iCalendar-Datei im ICS-Format für Ihren digitalen Kalender zur Verfügung. Diese Datei ist im Mitgliederportal (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt „Termine“ zum Download eingestellt. Weitere Infos siehe NZB, 06/2020, S. 35.



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

SAZ* ZE
Abschlagszahlungen
KCH, KBR, PAR, KFO, ZE

SAZ* KCH, KBR, PAR, KFO

Ferien Niedersachsen

Online-Einreichung KCH, KFO

Online-Einreichung ZE, KBR, PAR

Papier- und Datenträgereinreichung ZE, KBR, PAR
Stichtag für letztmögliche Einreichung

Papier- und Datenträgereinreichung KFO
Datenträgereinreichung KCH
Stichtag für letztmögliche Einreichung

**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.



ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

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