

Systemwechsel? S. 8 f.



Nur mit machtvollen und intelligenten
Protest-Aktionen ist man erfolgreich s. 4 f.

Rheumatische Erkrankungen und parodontale Gesundheit:
Bedeutung in der zahnmedizinischen Betreuung s. 12 ff.



KZVN-Servicehotlines

› Sie fragen – wir antworten

» Abrechnung

Sprechzeiten Mo. bis Do.: 08:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 17:00 Uhr | Fr.: 08:00 bis 15:00 Uhr

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

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

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

» Honorar

Sprechzeiten Mo. bis Do.: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | Fr.: 09:00 bis 15:00 Uhr

HVM-Fragen Tel.: 0511 8405-440 | Fax: 8405-362

Punktwerte Tel.: 0511 8405-460 | Fax: 8405-362

Krankenkassenstammdaten Tel.: 0511 8405-470 | Fax: 8405-362

» Finanzen

Sprechzeiten Mo. bis Fr.: 09:00 bis 12:00 Uhr

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

» Mitgliederportal/Telematik

Sprechzeiten Mo. bis Do.: 08:00 bis 17:00 Uhr | Fr.: 08:00 bis 15:00 Uhr

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

» Vertragsfragen

Sprechzeiten Mo. bis Do.: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | Fr.: 09:00 bis 12:00 Uhr

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

» Geschäftsstelle Zulassungswesen

Sprechzeiten Mo. bis Do.: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 15:00 Uhr | Fr.: 09:00 bis 12:00 Uhr

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

„Es muss endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im Oktober 2009 kämpfte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) mit den Tränen. Es waren nicht etwa Tränen der Rührung, weil sie nach fast neun Jahren Abschied nehmen musste von ihrem Mitarbeiterstab. Es waren eher Tränen der Enttäuschung, weil sie ihr Amt an ihren Nachfolger Philipp Rösler (FDP) abgeben musste und Tränen darüber, dass ihre Visionen einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens auf der Strecke geblieben waren, nicht vollendet werden konnten. Ihr Zitat „Es muss endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“ hat nun, 14 Jahre später, durch ihren Zögling, Genossen und „Corona-Gewinner“ Karl Lauterbach wieder erschreckend an Aktualität gewonnen. Es scheint, dass Ulla Schmidts Doktrin nun Realität werden könnte. Gesundheitskioske mit einer verpflichteten Mitfinanzierung durch die PKVen, Budgetierungen, Förderung kommunaler MVZs, Errichtung von Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionsverträge, verbindliche Einflussnahme der Länder in den Zulassungsausschüssen, Aufsicht über die K(Z)Ven durch den Bundesrechnungshof sind nur einige Schlaglichter des aktuellen Referentenentwurfes aus dem Bundesgesundheitsministerium.

In der Aussprache zum Haushalt am 01.02.2024 vor dem Deutschen Bundestag tönte Lauterbach: „Es ist unstrittig, dass Deutschland im Gesundheitssystem ein Entwicklungsland ist“. Ist der Gesundheitsökonom der Retter des Gesundheitssystems? Da dürften erhebliche Zweifel aufkommen. So war er bei der Einführung des Fallpauschalensystems maßgeblich beteiligt. Um dieses jüngst dann wieder einzukassieren aber ebenso. Seinen Vorgängern im Amt somit eine erratische Politik vorzuwerfen, ist daher geradezu grotesk.

Zu erwarten ist, dass das geplante Gesetzesvorhaben im Eiltempo durch den Bundestag und möglichst ohne Zustimmungspflicht des Bundesrats gebracht werden soll. Wichtige Anliegen der Ärzte und Zahnärzte, wie eine Regulierung von iMVZs und Abbau der Bürokratisierung sucht man im Gesetzesentwurf dagegen vergebens. Die strikte Budgetierung für 2023 und 2024 war nur ein kleiner Vorgeschmack auf das, was noch zu erwarten ist. Und wahrscheinlich kommt die Bürgerversicherung auch wieder auf das Tapet.



Foto: NZB-Archiv

Dr. Carsten Vollmer
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Unsere gemeinsame Aufgabe wird es sein, die Bevölkerung, den Wähler, die Patienten über diesen beabsichtigten Systemwechsel aufzuklären und auf die Konsequenzen aufmerksam zu machen. Frei nach dem Motto: „Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt und Apotheker“. Ein gut informierter Bürger wird dann bei Wahlen entscheiden können, ob er diesen Weg mitgehen will oder eben nicht. Die Erfahrungen, auch aus anderen Ländern wie beispielsweise dem britischen NHS, haben gezeigt, dass dirigistisch gelenkte Systeme die Versorgungssicherheit, die Qualität und den Fortschritt behindern. Das hohe Gut Gesundheit darf nicht auf dem Altar von Ideologen geopfert werden. Deswegen ist es richtig und wichtig, dass die niedersächsische Zahnärzteschaft, die standespolitischen Verbände und die zahnärztlichen Körperschaften auf die aktuellen Missstände und Vorhaben mit ihren Aktionen weiterhin aufmerksam machen und vor Fehlentwicklungen warnen. Die verbreitete Missachtung und mangelnde Wertschätzung seitens der Politik gegenüber den Heilberuflern muss überwunden werden und in einen konstruktiven Dialog münden.

Die ständigen Lippenbekenntnisse von politischen Entscheidungsträgern, wie gut die zahnärztliche Prophylaxe in den letzten Jahrzehnten gewirkt hat, wie wichtig die Bekämpfung der Volkskrankheit Parodontitis ist, sind vor dem Hintergrund der aktuellen Gesundheitspolitik nur schwer zu ertragen. Erdrückt von Regulierungswahnsinn, Bürokratie und Budgetierung wird die Zahnärzteschaft dennoch, zu meiner festen Überzeugung, weiter „Zähne zeigen“ und im Sinne der Patienten für unsere Freiberuflichkeit kämpfen.

Denn Freiberuflichkeit ist eben keine Ideologie, sondern unter den richtigen Rahmenbedingungen der Garant für eine effiziente und ethisch verantwortungsvolle Medizin. ■

Ihr

Dr. Carsten Vollmer
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

59. Jahrgang

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

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur
Schierholzstraße 27, 30655 Hannover
Tel.: 0511 9569945; E-Mail: info@mqdesign-werbeagentur.de
Internet: www.mqdesign-werbeagentur.de

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche
Vereinigung Niedersachsen

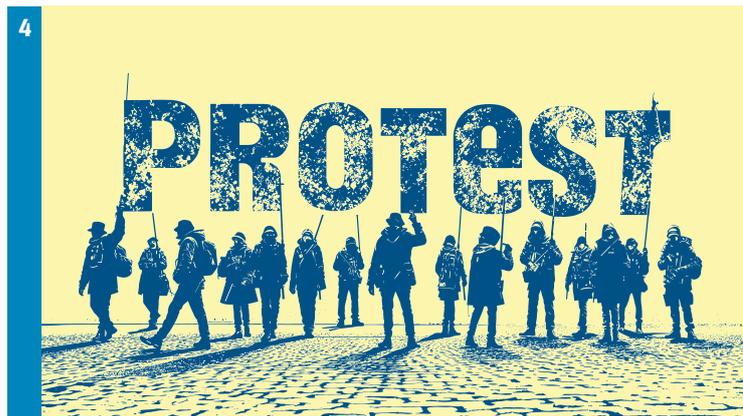
REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 04/24: 12. März 2024

Heft 05/24: 16. April 2024

Heft 06/24: 7. Mai 2024

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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



10



10



33

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Carsten Vollmer:
„Es muss endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“

POLITISCHES

- 4 Nur mit machtvollen und intelligenten Protest-Aktionen ist man erfolgreich
- 5 Halbzeitbilanz: CDU-Sorge stellt Lauterbach mieses Zeugnis aus
- 8 Systemwechsel:
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) – Kommentar –
- 9 Presseinformation der KZVN:
Budgetierung führt zum Behandlungsdefizit
- 10 12. Studiengang der AS Akademie erfolgreich abgeschlossen



12

Parodontitis

potenziell pathogene Bakterien
Disbalance
Risikofaktoren (Rauchen,
schubweiser Verlauf
multifaktorielle
genetische Prädisposition
Chronizität
Assoziation mit S
Gewebestruktion durch autoagg



20

FACHLICHES

- 12 Rheumatische Erkrankungen und parodontale Gesundheit – Bedeutung in der zahnmedizinischen Betreuung
- 20 Senioren haben wir doch schon immer behandelt!
- 23 Prothetische Herausforderungen bei der Versorgung von Senioren
- 28 Konflikte in der Zahnarztpraxis – Mediation als effizientes Verfahren zur Lösung von Streitigkeiten zwischen niedergelassenen Zahnärztinnen bzw. Zahnärzten
- 32 Nebenwirkungsmeldungen: „Letztlich zum Wohl der Patienten“
- 33 Examenfeier für Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner der Medizinischen Fakultät
- 34 Zwischenprüfung vs. Gestreckte Abschlussprüfung Teil 1 (GAP 1) – ein potentiell fataler Fehler in der Wahrnehmung
- 35 Fokus Personalführung – Booster-Tipp für Führungsqualitäten
- 36 Rechtstipp:
Reform im Personengesellschaftsrecht (MoPeG): Informationen für Zahnarztpraxen zum neuen Personengesellschaftsrecht
- 38 GOZ:
ZKN-Relevante Rechtsprechung
ZKN-Berechnungsempfehlung

TERMINLICHES

- 39 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 40 ZAN-Seminarprogramm
- 41 Termine

PERSÖNLICHES

- 42 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 42 30-jähriges Dienstjubiläum mit Praxisjubiläum
- 42 Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

AMTLICHES

- 43 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 44 Neuzulassungen
- 44 Öffentliche Zustellung
- 44 Ungültige Zahnarzttausweise
- 45 Aktualisierungshinweise Vertragsmappe 01/2024
- 45 Mitteilung des AVW



23



Nur mit machtvollen und intelligenten Protest-Aktionen ist man erfolgreich



Grafik: MQ Design Werbeagentur/generiert mit KI

Die so genannte „Ampel“-Koalition ist erst knapp 25 Monate im Amt. Aber die fast tägliche Produktion von „politischen Scherben“ hat ihr Renommee gefährlich sinken lassen. Angesichts der anhaltenden Inflation hält sich die Bevölkerung beim Konsum zurück. Während Gewerkschaften und die Angehörigen von Selbständigen und Freien Berufen vermehrt auf die Straße gehen. Gehen müssen, denn nur ein heftiger wie lautstarker, öffentlicher Protest dürfte im Jahr 2024 dazu führen, dass im Berliner Bundeskanzleramt (BKAm) überhaupt noch wegweisende Entscheidungen gefällt werden. Ob sich dann alle finanziellen und strukturellen Hoffnungen erfüllen werden, das bleibt abzuwarten. Denn eigentlich verfügt die Berliner Politik aktuell über keinerlei finanziellen Spielraum mehr. Künftige „Zückerle“ muss man sich nun erkämpfen.

Zum öffentlich ausgetragenen „Kampf“ um eine Verbesserung der „Zustände“ im Gesundheitswesen kann man die führenden Akteure auch nur nachhaltig auffordern. Anders kann man dem „Ankündigungsminister“ aus der SPD namens Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (60) wohl auch nicht mehr kommen. Es war schon wohltuend, dass er seit Mitte Dezember 2023 fast keine Wortspenden mehr von sich gab. Und auch seine ab und an unsäglich wirkende Twitterei sich in Grenzen hielt. Ihm und seinen

Versprechungen glauben ja viele Entscheidungsträger kaum noch. Zu viele unter ihnen – ob Krankenhausemissäre, Länderkollegen, Pflegekräfte wie die Angehörigen der zu Pflegenden wie auch die vielen freiberuflich tätigen Therapeuten – hat er schon „verladen“. Und auch, wenn sich der Gesundheitsökonom bemüht, die Buchstaben bzw. Vorgaben des Ampel-Koalitionsvertrages umzusetzen, oft genug landeten seine Bemühungen im Chaos. Erinnert sei dabei nur an eines seiner ersten „Oeuvres“, dem Gesetz zur Neugestaltung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD). Weitere Niederlagen und Rückrunderaktionen folgten. Von seiner frühzeitig wie vollmundig angekündigten „Revolution“ im Krankenhausbereich ganz zu schweigen. Von den 17 Bundesgesundheitsministerinnen und -ministern, die Deutschland seit 1961 bisher erleben oder auch „ertragen“ musste, dürfte er wohl als derjenige Ressortchef in die Annalen eingehen, der angesichts seiner verbalen Versprechungen kaum etwas „auf die Reihe“ kriegte und als politischer Bettvorleger endete. Die ihm vom gesundheitspolitischen CDU-Oppositionssprecher Tino Sorge MdB (48) attestierte negative „Halbzeitbilanz“ spricht Bände, weil sie einen großen Teil der Versäumnisse auflistet.

Das merkten am 9. Januar 2024 die Haus- und Facharztrepräsentanten, als sie bei ihm zum „Krisengipfel“ aufliefen. Den Medizinern geht es vornehmlich ums Geld, denn auch sie wollen endlich einen Inflationsausgleich sehen. Und nicht nur die Hausärzte dürften eine nachhaltige „Entbudgetierung“ ihrer Honorare anmahnen. Ein Blick in den Koalitionsvertrag dürfte sie unterstützen. Aber Lauterbach sind finanziell weitgehend die Hände gebunden. Er hat nichts mehr zu verteilen. Daher dürfte er zum Thing mit den Ärzten auch die „Eisprinzessin“ der Kassen, die Vorsitzende des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Stefanie Stoff-Ahnis (47), mit eingeladen haben. Quasi als „Bündnispartnerin“ von Seiten der Kassen, die ihm wortreich zur Seite springen darf um zu erklären, dass es nichts zu verteilen gibt. Bis zum Redaktionsschluss dieser dfg-Ausgabe stand das Ergebnis der „Beratungen“ noch nicht fest. Man dürfte aber mit Fug und Recht davon ausgehen, dass die Medizinerriege zum Schluss relativ enttäuscht von ihren Stühlen in der Berliner Mauerstraße aufstehen wird. Alles andere wäre auch erstaunlich. Und vielleicht ein Kennzeichen dafür, dass der Minister einmal wieder in seinen politischen Ansichten eine Volte hingelegt hätte.

Was bleibt also den Akteuren im Gesundheitswesen im Jahr 2024 übrig? Eigentlich nur eines: Wie ihre ärztlichen Kollegen in Österreich Geld in die Hand nehmen. Und mit intelligenten öffentlichen Aktionen auf ihre Probleme hinweisen. Also nicht wie z.B. die Vertragsärzte aus Sälen von Luxushotels heraus bunte Bildchen hochhalten. Auch könnte man ihnen anraten, den aktuellen Beispielen der Landwirte oder der Lokführer zu folgen. Also Teile der bundesrepublikanischen Infrastruktur – begleitet mit aktiver Public Relationslahm zu legen. Nur dadurch erzielt man bei der müde wirkenden Journaille noch Aufmerksamkeit. Und deren Wohlwollen benötigt man, um die Schlagzeilen im TV, den Sozialen Medien und dem Boulevard zu beherrschen. Schon der ehemalige SPD-Bundeskanzler Gerhard Schröder (79) wusste:

„Deutschland regiert man mit BILD, BamS und Glotze“. Im Saal verabschiedete Resolutionen bringen gar nichts mehr. Da lächeln Politiker aller Parteien nur noch müde. Geschlossene Apotheken und Praxen wirken nur dann, wenn sie flächendeckend erfolgen. Wochenlang und abwechselnd von Bundesland zu Bundesland. Und mit wirklich machtvollen Demonstrationen bzw. öffentlich wirksamen Aktionen

„garniert“ werden. Nicht so plump aber, wie die der „Letzten Generation“ intelligenter. Die Zeiten, wie in den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, mit intelligent aufgemachten Anzeigen und Praxisplakaten zu protestieren und die Bevölkerung aufzuwiegeln bzw. auf die Seite zu ziehen, die sind ebenfalls vorbei. Können nur als Aperçu dienen. Die Protestinstrumente des 21. Jahrhunderts müssen sich halt den neuen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anpassen. Am besten wäre es jedoch, wenn auch der stationäre Bereich mit seinen Kliniken und anderen Einrichtungen sich derartigen „Protesttagen“ anschließt und auf „Notbetrieb“ umschaltet. Wenn dann auch die Bildschirme und die Call Center der Kassen tageweise ausgeschaltet bleiben, dann glauben die Bürger endlich wirklich, dass es mit dem bundesdeutschen Gesundheitswesen nicht zum Besten steht. Und es nicht allein um das „liebe Geld“, sondern auch um Strukturen wie eine überbordende Bürokratie und anderes geht. Ob es dazu kommt, das ist zu bezweifeln. Aber die Hoffnung stirbt ja immer zuletzt. ■

_____ Wolfgang G. Lange,

Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), Nr. 1+2/2024

Halbzeitbilanz: CDU-Sorge stellt Lauterbach mieses Zeugnis aus

Am 8. Dezember 2023 feierte die Berliner „Ampel“-Koalition mit arg gebremstem Schaum ihr zweijähriges „Bestehen“. Grund zum Feiern gab es ja auch eigentlich nicht. An zu vielen politischen Baustellen wurde und wird nur mit Dissens gearbeitet und weniger zielorientiert. Das gilt vor allem auch für den gesundheitspolitischen Bereich, den SPD-Minister Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (60) zu verantworten hat. Auch die wohlwollendsten Kommentare und Berichte vermochten nur mit Mühe, eine positive Bilanz seines Wirkens aufzuzeigen. Die ja bekannterweise von vollmundigen „Ankündigungen“ und Versprechungen, politischen Volten und Rückziehern bzw. gezieltem zeitlichem Verschieben sowie Liegenlassen geprägt war. Die dfg-Redaktion enthielt sich Ende des Jahres 2023 derartigen Aufstufungsbemühungen. Zu oft hatte sie zuvor detailliert auf die entstandenen Probleme und chaotisch

wirkenden Handlungen aus der Berliner Mauerstraße hingewiesen. Teilweise kann sie sich daher der „Halbzeitbilanz“ anschließen, die der gesundheitspolitische CDU-Oppositionsführer im Bundestag, Tina Sorge MdB (48), in einem Brief vom 4. Januar 2024 dem Minister ausstellte. Der Magdeburger Rechtsanwalt listet dort auf drei eng bedruckten Seiten die in 24 Monaten entstandenen negativen Ergebnisse des Wirkens des Dürener Gesundheitsökonomen auf. Schwer gefallen dürfte dem Unionsmann die Erstellung der Liste nicht sein. Denn er hob nur die heftigsten und unglücklichsten Aktionen des Ministers hervor, mit denen er bei vielen Akteuren im Gesundheitswesen völlig seinen Kredit und Glaubwürdigkeit verspielte. Man hätte sie noch weiter ausdehnen können. Aber auch die aktuelle Liste hätte zu früheren Zeiten ausgereicht, um einen Bundeskanzler zu veranlassen, auf die Suche nach einem neuen Ressortchef zu gehen. ►►

► Sorge forderte Lauterbach mit Nachdruck auf, in der zweiten Hälfte der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zu dem von CDU-Ministern gepflegten „konstruktiven und vertrauensvollen Dialog“ im Gesundheitswesen zurück zu kehren. Und nicht weiter mit Affronts, Verunsicherungen, Unverständnis und wenig Wertschätzung für die im Gesundheitswesen Tätigen zu arbeiten. Ob das bis zur nächsten Bundestagswahl gelingt? Das Zeugnis, das nicht nur Sorge dem Hausherrn in der Berliner Mauerstraße 29 für seine „Leistungen“ ausstellt, ist vorerst „mies“.

Wir dokumentieren den Sorge-Brief im vollen Wortlaut:

„Halbzeitbilanz im deutschen Gesundheitswesen

*Sehr geehrter Herr Minister,
mit großer Sorge wende ich mich angesichts eines massiv zunehmenden Vertrauensverlustes im deutschen Gesundheitswesen an Sie mit der dringenden Aufforderung, sich für die Rückkehr zu einem konstruktiven Dialog mit allen Beteiligten einzusetzen.*

Seit zwei Jahren müssen wir beobachten, dass nahezu alle Akteure in unserem Gesundheitssystem einen Mangel an konstruktiver und vertrauensvoller Kommunikation beklagen, der zu einer Atmosphäre von Unsicherheit, Unverständnis, Unzufriedenheit und Unmut geführt hat. Viele politische Entscheidungen, die auf diese Art und Weise getroffen wurden, hatten zur Folge, dass das bisher vorhandene gemeinschaftliche Arbeitsverständnis nicht mehr oder nur noch in Resten vorhanden ist.

Bereits die kommunikativen Missverständnisse zwischen Ihrem Haus und dem Robert Koch Institut bei der Verkürzung des Genesenen Status im Frühjahr 2022 hatten zu einer großen Verunsicherung bei vielen Menschen geführt, die zu diesem Zeitpunkt gerade eine COVID-Infektion durchliefen.

Im Zuge der Beratungen zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz nahm die Bundesregierung dann etwa mit dem Wegfall der Neupatientenregelung vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die auf den Bestand von Regelungen vertraut hatten, ein bewährtes Instrument aus der Hand, mit dem bis dato Wartezeiten für Patientinnen und Patienten verringert wurden. Die Praxisschließungen, die vor wenigen Tagen für großen Unmut gesorgt haben, waren nicht zuletzt Ausdruck einer großen Unzufriedenheit, die ihre Ursache auch hierin begründet.

Nicht nur die Teams in den Apotheken haben es als Affront empfunden, dass sie von Ihren Plänen zur Neuordnung der Apothekenlandschaft, etwa den Änderungen beim Mehrbesitzverbot oder bei den Apothekendienstleistungen, einen

Tag vor dem Deutschen Apothekertag aus der Presse erfahren haben. Auch aus den Reihen der Koalition wurde dieses Verhalten als Provokation gewertet. Sicherlich hätten diese Pläne im Vorfeld mit einander erörtert werden können, statt die Betroffenen vor vollendete Tatsachen zu stellen.

Vertrauen ist auch bei den ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland verloren gegangen. Obwohl ihnen im letzten Frühjahr vom Minister selbst eine Überführung in die neu zu errichtende Stiftung in Aussicht gestellt wurde, fanden sich im Herbst die Kündigungsschreiben in den Briefkästen. Die arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzungen dazu laufen und es ist wahrscheinlich, dass die Expertise dieser Fachleute künftig anderenorts zum Einsatz kommt.

Die von Ihnen vor einem Jahr als Revolution angekündigte Krankenhausreform stockt mittlerweile massiv. Sämtliche Zeitpläne, die im ersten Halbjahr 2023 verkündet wurden, sind zum jetzigen Zeitpunkt obsolet. Im gleichen Zeitraum ist allerdings die Zahl der Klinikinsolvenzen stark angestiegen, sodass fraglich ist, welche Strukturen in der Krankenhauslandschaft überhaupt noch übrigbleiben, bevor eine Reform letztendlich Wirkung zeigen kann.

Stattdessen werden den Kliniken immer neue bürokratische Hindernisse auferlegt. Das Krankenhaustransparenzgesetz, welches übrigens insbesondere mit den Stimmen der Landesgesundheitsminister von Bündnis90/DIE GRÜNEN in den Vermittlungsausschuss verwiesen wurde, wird nun von Ihnen als Druckmittel benutzt, indem sie dessen Verabschiedung als Bedingung an den weiteren Fortgang der Krankenhausreform knüpfen. Der Briefwechsel mit den Landesministern, der vor wenigen Wochen der Presse zu entnehmen war, legt beredtes Zeugnis vom zerrütteten Verhältnis ab, das mittlerweile zwischen dem Bundesminister für Gesundheit und seinen Länderkolleginnen und -kollegen zu herrschen scheint.

Auch die Erarbeitung der notwendigen Reformen der GKV-Financen stockt. Die Empfehlungen der Bundesregierung für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sind seit über einem halben Jahr in der Ressortabstimmung verschollen. Auf Nachfrage kann kein Vertreter Ihres Hauses im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages mitteilen, wann mit diesen Empfehlungen zu rechnen ist. Das monatelange Ignorieren dieser gesetzlichen Vorgabe ist nichts weniger als eine Missachtung des Parlaments durch die Regierung.

Dabei haben Sie in Ihrem eigenen Koalitionsvertrag ausdrücklich eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des



Kommunikative Missverständnisse

Stockende Krankenhausreform und
steigende Zahl von Klinikinsolvenzen

Wegfall der Neupatientenregelung

Kündigung von Mitarbeitern der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland

Unerwartete Bekanntgabe von Reformplänen im Bereich der Apothekenlandschaft

Gesundheitswesens und der Pflege zur Grundlage für die Gesundheitspolitik der Ampelkoalition erklärt. Offenbar ist die Bundesregierung mittlerweile nicht einmal mehr in der Lage, sich über diese elementare Frage aus der Präambel des Kapitels Pflege und Gesundheit zu einigen.

Es steht zu befürchten, dass auch die Empfehlungen der Bundesregierung für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung, die bis zum 31. Mai 2024 vorgelegt werden sollen, die Mitglieder des Parlamentes niemals erreichen werden. Dabei wäre eine Pflegereform auch in dieser Legislaturperiode dringend geboten. Vorschläge unserer Fraktion dafür liegen längst auf dem Tisch.

Auch die schon lange angekündigten Versorgungsgesetze haben das Stadium der Ressortabstimmung innerhalb der Bundesregierung immer noch nicht verlassen. Eine Verschleppung derart wichtiger Vorhaben ist fahrlässig und verprellt zudem die Akteure, die auf die angekündigten Maßnahmen warten.

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, wie Sie sicherlich

noch wissen, waren die letzten Legislaturperioden, in denen Sie die deutsche Gesundheitspolitik bereits maßgeblich gemeinsam mit den Ministern Gröhe und Spahn mitgestaltet haben, geprägt von einem starken Willen zur Gestaltung und einer bestmöglichen Umsetzung der jeweiligen Koalitionsverträge. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bundesministerium für Gesundheit haben dabei immer mit äußerster Kraft großartige Arbeit geleistet, die im gesamten Gesundheitswesen allgemein anerkannt und respektiert wurde.

Dabei wurde stets versucht, die Belange der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte, der Apothekerinnen und Apotheker, der Beschäftigten in der Pflege und den Kliniken, im Rettungsdienst, in den Praxen und Laboren mit einzubeziehen. Es war nicht immer ein leichtes Unterfangen, aber der konstruktive und vertrauensvolle Dialog mit diesen und vielen anderen Gesundheitsberufen konnte stets weitergeführt werden. Ich würde mir für die zweite Hälfte der Legislaturperiode eine Rückkehr zu diesem Dialog wünschen". ■

Wolfgang G. Lange,

Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), Nr. 1+2/2024

Systemwechsel

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

KOMMENTAR

W

enn es eines letzten Beweises bedurfte, dass der gegenwärtige

Gesundheitsminister einen nachhaltigen Systemumbau ansteuert, dann liefert der 77-seitige Referentenentwurf (Stand 19.12.23) aus seinem Haus mit dem wohlklingenden Namen „Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG“ diesen Beweis. Obwohl der Text an keiner Stelle Zahnärzte oder die Kassenzahnärztlichen Körperschaften erwähnt, darf davon ausgegangen werden, dass er auch diese Berufsgruppe betrifft. Im Übrigen ist der Entwurf ein Meisterwerk der Bürokratie mit der Zielsetzung staatlicher Lenkung und Kontrolle des Gesundheitssystems. Der Gesetzgeber organisiert darin Eingriffe in gewachsene Strukturen, als gelte es, in einem Drittweltland Ordnung zu schaffen. Letztlich sollen staatlich kontrollierte Versorgungsstrukturen das gewachsene System mit freiberuflich tätigen Ärzten mittel- bis langfristig aushebeln. Mit der Schaffung von „Gesundheitskiosken“, „kommunalen Primärversorgungszentren“, „Gesundheitsregionen“ und neuen Medizinischen Versorgungszentren soll eine Neustrukturierung eingeleitet werden. Die in dem Entwurf vorgesehene Entbudgetierung von Hausärzten scheint in erster Linie geeignet zu sein, Uneinigkeit zwischen den Arztgruppen zu provozieren und deren Organisation zu verhindern. Sekundiert wird das Szenario von der vdek-Chefin mit niveaulosen Neiddebatten gegen die Forderung nach Entbudgetierung. Gleichzeitig fordert sie die Erhöhung von Mindestsprechstundenzeiten und weitere Sanktionsorgien zur Disziplinierung von „Kassenärzten“, so als handele es sich bei ihnen bereits um Angestellte der kranken Kassen und nicht um „Vertragsärzte“.

Und auch die Tatsache, dass der Bundesminister nicht im Traum an die Anpassung der seit 35 Jahren unveränderten Punktwerte der Gebührenordnung für Zahnärzte denkt, passt ins Bild. Der Entwurf dieses „Omnibusgesetzes“ enthält versteckt einige Hinweise, denen zufolge der ambulante und insbesondere der private Sektor finanziell ausgetrocknet werden soll. Die PKV soll sich beispielsweise mit jährlich

Foto: MO.Design Werbeagentur/generiert mit KI



rund 22.000 € am Betrieb eines jeden der bis zum Jahr 2027 geplanten 220 „Gesundheitskioske“ beteiligen, während die Kommunen jährlich für den Betrieb eines „Kiosks“ 80.000 € beisteuern sollen. Alle Kosten, die hochgerechnet die Milliardengrenze erreichen dürften, hier aufzuführen, würde den Rahmen bei weitem sprengen. Lesen Sie den Entwurf – sie werden erstaunt sein, wie leichtfertig Versichertengelder verplant und somit der direkten Behandlung entzogen werden sollen.

Ein Systemwechsel, der zu Beginn und im laufenden Betrieb exorbitante Summen verschlingen wird – beispielsweise ca. 400.000 € für jeden „Kiosk“ und weitere 300.000 € für den jährlichen Betrieb eines „Kiosks“. Wer es schafft, sich durch den Entwurf zu arbeiten, dem wird sehr schnell klar, dass am Ende niemand in der Lage sein wird, diesen Referentenentwurf mit seiner chaosstiftenden Regelungsdichte vollständig zu durchdringen. In der Voraussage entstehender Kosten scheuen sich die Autoren bei der Auflistung von „Erfüllungsaufwänden“ nicht vor Schönrechnerei, während Kosten und Aufwände auf Seiten aller Leistungserbringer keinerlei Erwähnung finden. Außerdem ist vorgesehen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie weitere Körperschaften des öffentlichen Rechts der Prüfung durch den Bundesrechnungshof zu unterstellen, um damit indirekten Zugriff auf einzelne Entscheidungen der Selbstverwaltung zu erhalten.

Erfahrungsgemäß wird auch dieser Referentenentwurf relativ unbeschadet alle parlamentarischen Hürden nehmen, denn der Wahl-Bürger kann die Auswirkungen nicht durchschauen, die Presse wird an einer gewissen Voreingenommenheit gegen die „Weißkittel“ festhalten und Parlamentarier werden keine Zeit finden, um den Referentenentwurf zu lesen oder daraus die Folgen für die Versorgung abzuleiten. Und wer möchte sich letztlich gegen eine

„Stärkung der Versorgung“ stellen? Zu guter Letzt werden (Zahn)ärzte viel schreiben, reden und protestieren, aber kaum aktive Gegenwehr leisten (können). Praxisschließungen an Brückentagen werden jedenfalls nicht ausreichen, um den langfristigen Systemumbau aufzuhalten. Und wenn Sie sich richtig erschrecken wollen, dann lesen Sie einfach den 77-seitigen Referentenentwurf! ■

_____ Dr. Michael Loewener

PRESSEINFORMATION DER KZVN

Budgetierung führt zum Behandlungsdefizit

Zahnärzte können keine kostenlosen Leistungen mehr erbringen – Entbudgetierung für alle jetzt!


Gesundheitsminister Prof. Lauterbach ist der Ansicht, dass das Budget, das die gesetzlichen Krankenkassen für die Behandlung ihrer Mitglieder den Ärzten und Zahnärzten zur Verfügung stellen, ausreicht – auch dann, wenn mehr Leistungen nachgefragt werden als das Budget vorgibt.

Klartext: Der Minister hält es für normal, dass ärztliche und zahnärztliche Leistungen in diesen Fällen kostenlos erbracht werden. Und das in einer Zeit, in der Inflation, allgemeine Kostensteigerungen und akute Personalknappheit den Praxen zu schaffen machen.

Gesundheitsminister Prof. Lauterbach stellt polemisch fest, dass man nicht „mehr Geld in ein System schütten“ solle, „das nicht richtig funktioniert“. Damit redet er ein im europäischen Vergleich leistungsfähiges System bewusst und wiederholt schlecht, um von der Politik einer unzureichenden Finanzierung durch Budgetierung abzulenken. Dazu stellt der KZVN-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Hadenfeldt fest: „Durch die bloße und zusammenhanglose Nennung beeindruckend großer Zahlen und undifferenzierter Einkommenssummen durch den Minister und den GKV-Spitzenverband werden gleichzeitig Neidgefühle gegenüber einem Berufsstand geweckt, der bei der Bevölkerung

höchste Anerkennung genießt. Das ist ein bedenklicher Politikstil, der nicht lösungsorientiert ist“.

Aktuell verspricht Minister Lauterbach die Abschaffung der Budgets für Hausärzte, ohne konkret mitzuteilen, wem er das Geld dafür wegnehmen möchte; denn am Gesamtbudget soll sich nichts ändern. Die aktuellen Zugeständnisse und komplexe Neuregelungen sind Teil eines Verwirrspiels, das lediglich den Dampf aus dem Kessel nehmen soll. Budgets für Fachärzte und Zahnärzte sollen grundsätzlich fortbestehen. Es stellt sich die Frage, ob hier Arztgruppen gegeneinander ausgespielt werden sollen. Erneut verspricht der Minister Bürokratieabbau, während die Ministerialbürokratie über Jahre hinweg immer neue bürokratische Auflagen implementiert hat. Ein Ablenkungsmanöver, das den Gesetzgeber nichts kostet!

Lösungen verlangen nach Ehrlichkeit:

Das System ist an der Belastungsgrenze

Die weitreichenden Folgen der Budgetierung sind bekannt: Leistungseinschränkungen nach Erreichen der Budgetgrenzen, verlängerte Wartezeiten und Praxissterben – insbesondere im ländlichen Bereich. Ärzte und Zahnärzte sind bemüht, das System zu erhalten, sehen sich jedoch zunehmend im ambulanten Bereich an der Belastungsgrenze durch unzureichende Finanzierung und eine nicht enden wollende Bürokratisierung und Fremdbestimmung, die Zeit kostet und Personal bindet. Beide stehen zur Behandlung der Patienten nicht mehr zur Verfügung. Dr. Hadenfeldt bemerkt: „Hinzu kommt eine von der Politik aufgezwungene und kostspielige Digitalisierung, die in Teilen nicht richtig funktioniert oder unausgereift ist, wie das e-Rezept oder die e-Patientenakte verdeutlichen – auch wenn der Minister das Gegenteil verspricht“. Insbesondere Zahnärzte haben ihre Praxen längst im sinnvollen Bereich digitalisiert – beispielsweise bei digitalen Röntgenbildern und digitalen Abformungen usw. „Die Gesundheitspolitik muss jetzt zur Ehrlichkeit zurückfinden, oder unser bewährtes Gesundheitssystem wird für lange Zeit Schaden nehmen“, befürchtet Dr. Hadenfeldt. ■

_____ KZVN, Pressestelle

12. Studiengang der AS Akademie erfolgreich abgeschlossen

Aus Niedersachsen konnten ZÄ Luise Jürgensen und Dr. Fabian Godek als Absolventen der AS Akademie in den letzten zwei Jahren wertvolle Erfahrungen sammeln



Feierstunde anlässlich der Zeugnisübergabe für den 12. Studiengang der AS Akademie

Im Rahmen eines feierlichen Festaktes am 09. Dezember 2023 wurde den beiden niedersächsischen Studiengangsteilnehmenden Luise Jürgensen und Dr. Fabian Godek ihre Zertifikate in den Räumlichkeiten der Bundeszahnärztekammer in der Berliner Chausseestraße überreicht. Damit können sie nach dem zweijährigen Kompaktstudium unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Christoph Benz nun den Titel „Manager in Health Care Systems/Freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement“ tragen.

Luise Jürgensen, Zahnärztin in Steinhude, nutzte ihre Abschlussarbeit, um der Zahnärzteschaft eine noch wenig bekannte Möglichkeit aufzuzeigen, sich integrativ einzusetzen und nebenbei neue Auszubildende zu gewinnen: Die Einstiegsqualifikation (EQ) ist ein von Jobcenter oder Agentur für Arbeit gefördertes, zeitlich auf maximal 1 Jahr begrenztes berufsvorbereitendes Praktikum für junge Menschen ohne Ausbildungsreife bzw. ohne realistische Chance auf einen regulären Ausbildungsplatz. Die Maßnahme bietet eine Möglichkeit, fehlende Kompetenzen zu erwerben, sich ins Berufsleben einzugliedern und sozialen Anschluss zu bekommen.

Anhand von Gesetzestexten, Daten aus der Zahnärztekammer Niedersachsen und vielen Gesprächen, insbesondere mit Ausbildungsberatern in den Behörden sowie Maßnahmeteilnehmerinnen, wird die EQ von verschiedenen Seiten umfassend mit ihren Chancen und Herausforderungen beleuchtet. Dabei verdeutlicht sie auch den anfänglichen erheblichen Mehraufwand für das gesamte Praxisteam.

Ihre Arbeit motiviert, Menschen mit Vermittlungshemmnissen eine Chance zu geben und ebnet bürokratische Hürden. Bereichernd ist, dass sie viel eigene Erfahrung bei der Begleitung von EQ-Maßnahmeteilnehmerinnen einfließen lassen kann. Die EQ hat sich in ihrer Praxis als ein hervorragendes Instrument herausgestellt, Integration zu fördern und sich gegenseitig kennen- und schätzen zu lernen.

Dr. Fabian Godek, Zahnarzt in Rinteln, widmete sich einem Herzensthema: „Erfolgsfaktoren und Herausforderungen selbstständiger Zahnärzte: Eine niedersächsische Existenzgründung in der Zwischenbilanz nach 5 Jahren“. Dabei wurde die Ausgangslage der eigenen Existenzgründung mit dem Status quo nach 5 Jahren Selbstständigkeit



v.l.n.r.: Dr. Fabian Godek (Absolvent), Silke Lange (Sprecherin der Träger der AS Akademie), Luise Jürgensen (Absolventin) und Prof. Dr. Christoph Benz (Wissenschaftlicher Leiter der AS Akademie)

verglichen und in 52 Determinanten beurteilt, die sich in die Bereiche „Arbeitsbedingungen“, „familiäres Umfeld“ und „Persönlichkeit“ aufteilen. Die Zwischenbilanz zeigt nach 5 Jahren eine interessante Dynamik zwischen den anfänglichen Erwartungen und dem aktuellen Status. Überraschenderweise haben sich viele Erwartungen der unterschiedlichen Determinanten im Laufe der ersten Jahre positiv entwickelt und/oder wurden sogar übertroffen. Dies verdeutlicht, dass trotz anfänglicher Skepsis der Schritt in die Selbstständigkeit die definitiv richtige Entscheidung war. Es wird deutlich, dass sich bestimmte Faktoren gegenseitig beeinflussen und gemeinsam zum Erfolg beitragen können. Dabei spielten nicht nur die verbesserten Arbeitsbedingungen eine entscheidende Rolle, sondern auch die Freiheit, eigene Ideen umzusetzen und den eigenen Weg gehen zu können. Ziel der Arbeit war es, die Entscheidungssituation für Gründer zu erleichtern und Mut für den Schritt in die eigene Selbstständigkeit zu machen. Sie zeigt, dass die Selbstständigkeit eine attraktive berufliche Möglichkeit darstellt und sowohl zur persönlichen als auch beruflichen Erfüllung beiträgt.

In 2024 geht die AS Akademie in den 13. Studiengang – auch wieder mit niedersächsischer Beteiligung. So werden in vier Semestern wieder die Grundlagen von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, des Zahnarztrechts und des sozialen Sicherungssystems, insbesondere des Gesundheitswesens,

Wer hat noch kurzfristig Interesse am neuen Studiengang?

Noch sind wenige Studienplätze für den kommenden Studiengang frei. Wer Interesse an einer Teilnahme hat, möge sich bitte bis spätestens 26.02.2024 bei Silke Lange, Sprecherin der Träger der AS Akademie, melden unter slange@zkn.de. Die Zahnärztekammer Niedersachsen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen sind Träger und vergeben auf Nachfrage Stipendien für den Studiengang.

der Gesundheitsökonomie, der Sozialmedizin, des Praxismanagements, der Gesundheits- und Sozialpolitik, einschließlich ihrer europäischen Bezüge, Grundzüge des Sozial-, Arbeits- und Verwaltungsrechts, ferner Grundzüge der Volks- und Betriebswirtschaftslehre vermittelt.

Insgesamt wurden im Rahmen des Festaktes am 09. Dezember 2023, zu dem ZÄ Stefanie Tiede, Präsidentin der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, ein Grußwort sprach, 20 Zertifikatsarbeiten aus ganz Deutschland präsentiert und verteidigt. ■

*Dr. Fabian Godek, Rinteln
Luise Jürgensen, Steinhude*

Tagungswochenende

für den zahnärztlichen Berufseinstieg in Niedersachsen

HANNOVER | 12./13. APRIL 2024

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche
Vereinigung Niedersachsen

SAVE
THE
DATE





Rheumatische Erkrankungen und parodontale Gesundheit – Bedeutung in der zahnmedizinischen Betreuung

Zusammenfassung

Entzündliche parodontale Erkrankungen sind – wenngleich primär Biofilm-assoziiert – multifaktorielle Prozesse. Hierbei sind zahlreiche Wechselbeziehungen zwischen Parodontitis und Gesamtorganismus bekannt. Dazu zählt unter anderem eine Bidirektionalität von Parodontitis und rheumatoider Arthritis. Dabei bestehen zahlreiche ätiopathogenetische Gemeinsamkeiten. Während dabei wiederholt die Rolle potenziell parodontalpathogener Mikroorganismen diskutiert wurde, ist der rheumatisch Erkrankte ein klinisch weitaus komplexerer Patient in der zahnmedizinischen Betreuung. Besonders motorische Einschränkungen und Schmerzen durch die fortgeschrittene Gelenkentzündung, potenzielle orale Nebenwirkungen und systemische Infektionsrisiken in Verbindung mit der immun-suppressiven Medikation sind von hoher praktischer Relevanz. Daneben ist eine Veränderung in der Wahrnehmung der Mundgesundheitsituation durch die Patienten von wesentlicher Bedeutung. Demnach erfordert die Gesamtsituation bei rheumatisch erkrankten Patienten ein umfassendes, fallorientiertes und interdisziplinär aufgebautes zahnärztliches Betreuungskonzept.



Einleitung

Die mikrobielle Besiedelung der Mundhöhle mit unterschiedlich zusammengesetzten Biofilmen, insbesondere mit potenziell parodontalpathogenen Bakterien, stellt die Primärursache parodontaler Entzündungen dar. Jedoch sind Ätiologie und Pathogenese von Parodontalerkrankungen multifaktoriell. Demnach besteht ein komplexes Zusammenspiel angeborener (genetischer), erworbener und verhaltensbedingter (Risiko-)Faktoren mit Auswirkungen auf Erkrankungsentstehung und -progression²⁹. In diesem Kontext sind verschiedene Allgemeinerkrankungen und ggf. entsprechende Medikationen als bedeutende Risikofaktoren anzusehen, wobei insbesondere bidirektionale Beziehungen mit chronischen Systemerkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus und rheumatoide Arthritis (RA) anzuführen sind²⁹. Dabei können Autoimmunerkrankungen wie z.B. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises mannigfaltige orale Symptome und/oder Erkrankungsmanifestationen aufweisen. Diese umfassen beispielsweise Mundschleimhautveränderungen, Mundtrockenheit (Xerostomie) und Medikamenten-assoziierte Nebenwirkungen wie z.B.

Gingivawucherungen, die zusätzlich auch negative Auswirkungen auf den parodontalen Entzündungszustand haben können. Neben der Auswirkung systemischer Faktoren auf die Entstehung und Progression der Parodontitis stellt die parodontale Erkrankung ihrerseits auch einen Einflussfaktor auf die Allgemeingesundheit dar^{20,22}. In diesem Zusammenhang sind sowohl direkte als auch indirekte Auswirkungen auf verschiedene systemische Erkrankungen (Allgemeinerkrankungen) vorstellbar. Hierbei können unterschiedliche Grunderkrankungen in ihrem Verlauf negativ beeinflusst werden. Dies trifft beispielsweise auf Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen und rheumatische Erkrankungen zu^{3,16,17,21}. Unklar bleibt jedoch nach wie vor, ob die Auswirkungen der parodontalen auf die systemische Gesundheit kausal oder koinzidentuell sind. Unter den beschriebenen Allgemeinerkrankungen nehmen rheumatische Erkrankungen und insbesondere die RA eine Sonderstellung ein. Neben der Bidirektionalität von RA und Parodontitis ist eine ausgesprochen ätiopathogenetische Ähnlichkeit der beiden Krankheitsbilder zahnmedizinisch relevant³². Für den behandelnden Zahnarzt ist die genaue Kenntnis bestimmter Zusammenhänge, vor allem aber deren Auswirkungen auf die parodontale Gesundheit, das zahnärztliche Verhalten und die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) bedeutsam für den langfristigen Therapieerfolg und Erhalt der Mundgesundheit. Grundvoraussetzung für eine entsprechende individuelle und risikoorientierte Patientenbetreuung ist ein fallorientiert angepasstes Betreuungskonzept für betroffene Patienten. Dieses muss die vorliegenden Komplikations- und oralen Erkrankungsrisiken gemeinsam mit dem zahnmedizinischen Bedarf vereinen und in den praktischen Kontext transferieren³⁹. Diese Betrachtungsweise geht somit weg von der primären Assoziation zwischen rheumatischen und parodontalen Erkrankungen und stellt einen patientenbezogenen, klinischen und damit zeitgemäßen Ansatz für die zahnmedizinische Betreuung dar. Dieser Beitrag soll die Zusammenhänge von rheumatischen und parodontalen Erkrankungen darstellen und dabei besonders die praktischen zahnmedizinischen Implikationen innerhalb eines individuellen Therapie- und Präventionskonzeptes aufgreifen.

tungsweise geht somit weg von der primären Assoziation zwischen rheumatischen und parodontalen Erkrankungen und stellt einen patientenbezogenen, klinischen und damit zeitgemäßen Ansatz für die zahnmedizinische Betreuung dar. Dieser Beitrag soll die Zusammenhänge von rheumatischen und parodontalen Erkrankungen darstellen und dabei besonders die praktischen zahnmedizinischen Implikationen innerhalb eines individuellen Therapie- und Präventionskonzeptes aufgreifen.

Rheumatische Erkrankungen/rheumatoide Arthritis

Multisystemische rheumatische Erkrankungen stellen einen Formenkreis von seltenen, ausgesprochen heterogenen Krankheitsbildern dar. Sie sind mit einer erheblichen Morbidität und zum Teil auch Mortalität verknüpft⁸. Dabei existiert eine Vielzahl verschiedener Erkrankungen, welche entweder Gelenke (primär Gelenkmanifestation) oder den gesamten Körper (primär systemische Manifestation) betreffen können (Abb. 1). Allen Erkrankungsgruppen gemein ist die autoimmune bzw. autoinflammatorische Reaktion des Immunsystems, welche an erkrankungsspezifischen Lokalisationen des Körpers wie z.B. Gelenken und/oder Gefäßsystemen zur entzündlichen Schädigung der entsprechenden Gewebestrukturen führt⁸. Die RA stellt die häufigste chronische entzündliche Gelenkerkrankung dar. Die Prävalenz wird mit etwa 1% der Erwachsenen weltweit angegeben. In Deutschland liegt die Prävalenz abhängig von der Falldefinition zwischen 0,64 und 1,62%, wobei regionale Unterschiede beschrieben sind¹⁴. Außerdem existiert ein Geschlechterunterschied, bis zu 80% der Patienten sind weiblich¹⁴. Im Zuge der Erkrankung kommt es zunächst zur Schädigung der (Gelenk-)Knorpel und im ►►

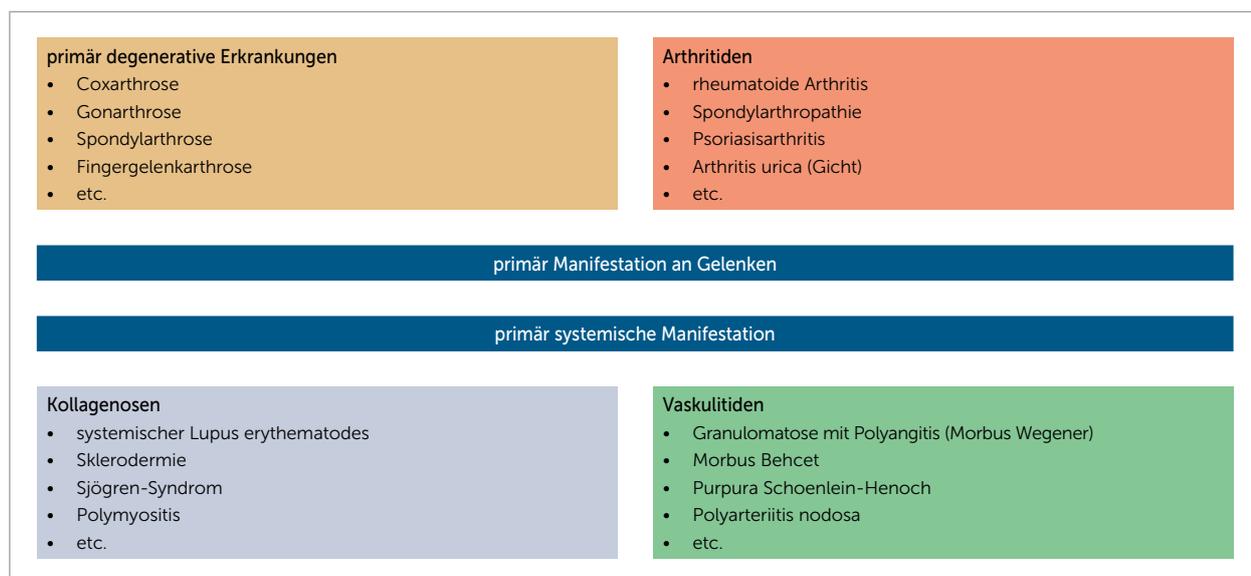


Abb. 1: Darstellung einiger rheumatischer Erkrankungen und deren Zuordnung entsprechend ihrer Manifestation (primär Gelenk oder systemisch).

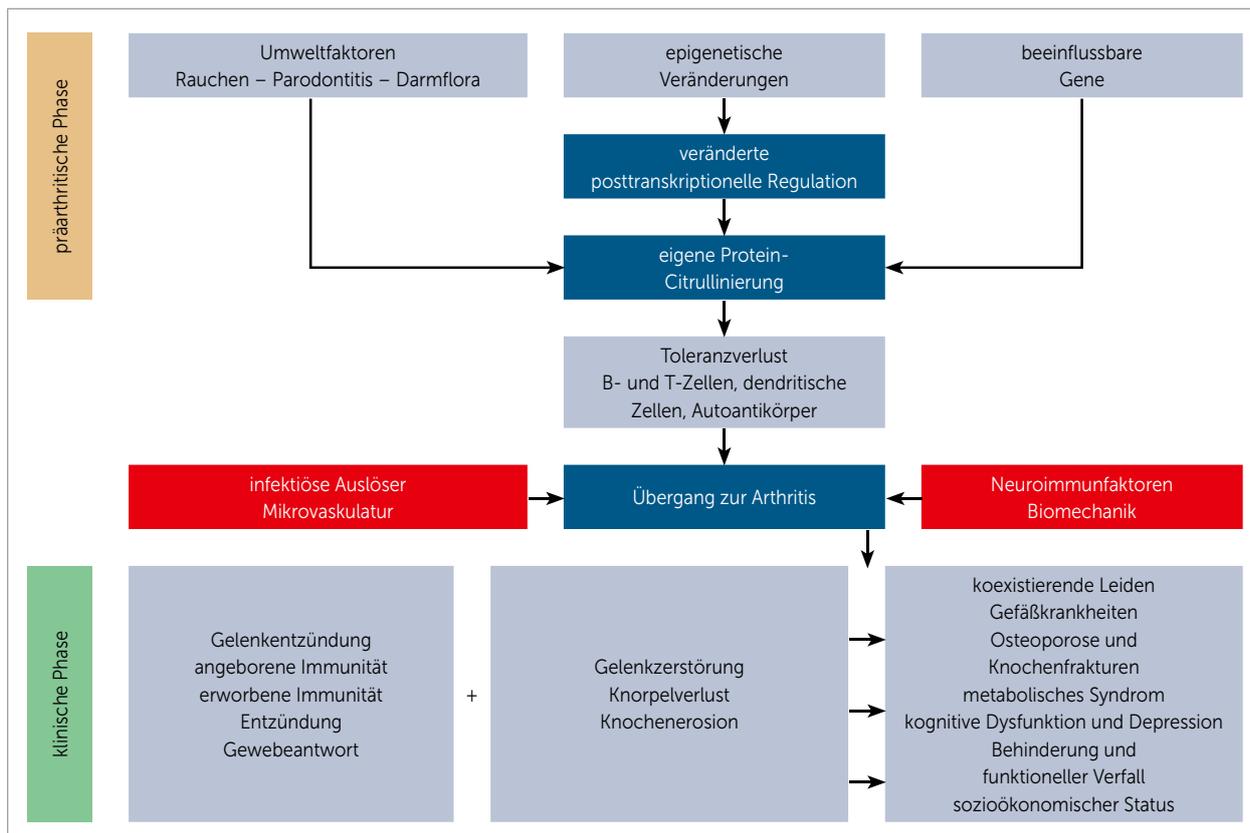


Abb. 2: Pathogenese der rheumatoiden Arthritis (RA, Abb. modifiziert nach McInnes und Schett²⁸).

► weiteren Verlauf der knöchernen Gelenkstrukturen⁴⁵. Es zeigt sich typischerweise insbesondere an den Fingergelenken eine ausgeprägte Erkrankungsmanifestation, welche zu erheblichen motorischen Einschränkungen führt⁴⁵. Eine kurative Therapie existiert nicht, jedoch kann durch immunsuppressive Medikation mit „Disease modifying antirheumatic drugs“ (DMARD) die Erkrankungsprogression verlangsamt oder gestoppt werden. Die medikamentöse Therapie beruht jedoch auf einem komplexen Entscheidungsprozess und ist abhängig von Erkrankungsschwere und -aktivität⁴⁴. Als Goldstandard in der Medikation kann inzwischen Methotrexat (MTX) angesehen werden, da es über das günstigste Nutzen-Risiko-Profil verfügt. Bei Erkrankungsschüben werden zudem ggf. ein Glukokortikoid (Prednisolon) und/oder nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wie z.B. Diclofenac verordnet⁴³. Die Ätiopathogenese der RA ist außerordentlich komplex und noch immer nicht vollständig verstanden (Abb. 2). Möglicherweise spielen virale oder bakterielle Antigene und/oder Xenobiotika wie z.B. Nikotinkonsum eine Rolle bei der Entzündungsentstehung und -progression^{2,6} (vgl. Abb. 2). Ein möglicherweise entscheidender Aspekt bei der Entstehung der RA ist die Citrullinierung von Peptiden, hervorgerufen durch entzündliche Prozesse³⁷.

Parodontitis

Parodontitis gilt heute als multifaktorielle und primär polybakterielle opportunistische Infektionserkrankung des Zahnhalteapparates^{29,46}. Die klinische Manifestation der Erkrankung beinhaltet die Ausbildung von Zahnfleischtaschen, deren Tiefenproliferation, Ulzeration des Saumepithels und damit einhergehend Attachmentverlust. Grundlegend können verschiedene angeborene (genetische), erworbene und verhaltensbedingte (Risiko-)Faktoren das Erkrankungsgeschehen nachhaltig negativ beeinflussen²⁹. Chronologisch geht mit einer Parodontitis die zunehmende Akkumulation potenziell parodontalpathogener Bakterien in Form eines subgingivalen Biofilmes einher. Eine Schlüsselrolle haben dabei die vielseitigen Interaktionen zwischen Biofilm und Wirt. Der Übergang von parodontaler Gesundheit bzw. Stabilität zur Parodontitis bzw. Instabilität ist sowohl durch Verschiebungen der Gleichgewichte innerhalb des Biofilmes (ökologischer Shift, Dysbiose) als auch nachfolgend zwischen Wirt und Biofilm (immunologische Disbalance) gekennzeichnet²⁹. Der dysbiotische Zustand beinhaltet die Zunahme gramnegativer, obligat anaerober Mikroorganismen wie u.a. *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* und *Treponema denticola*⁴⁷. Diese können mithilfe verschiedener Virulenzfaktoren die Immunabwehr

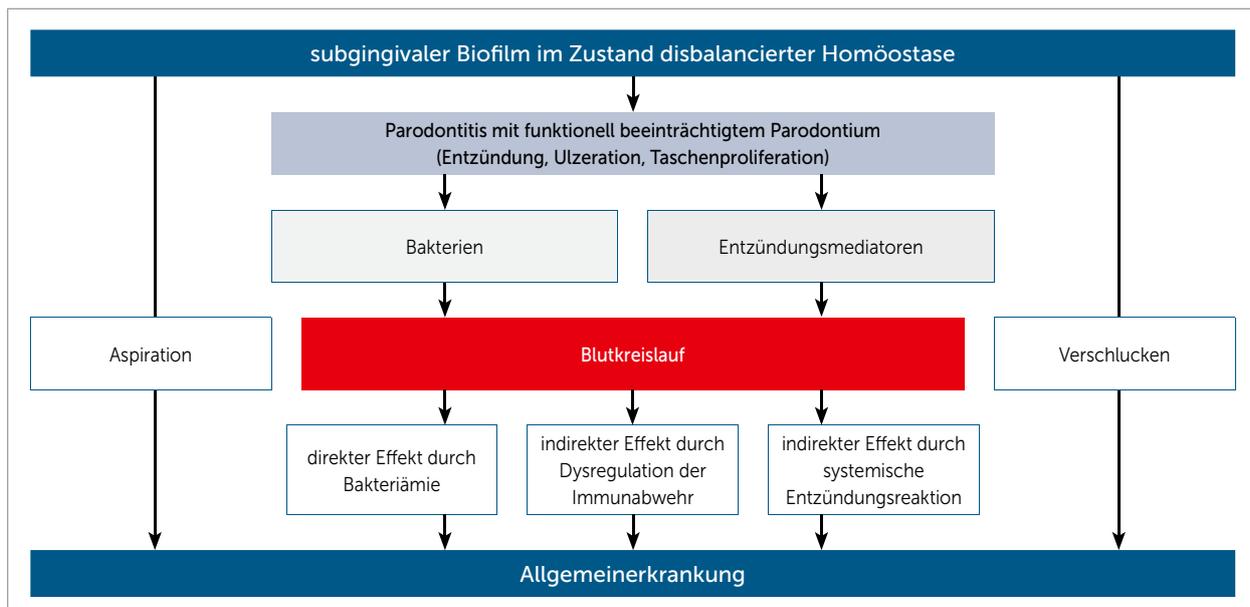


Abb. 4: Biologische Mechanismen für den systemischen Einfluss der Parodontitis auf Allgemeinerkrankungen

► auf. So können orale Manifestationen sowohl von entzündlich rheumatischen Krankheitsbildern als auch durch die immunsuppressive Medikation auftreten¹¹. Die oralen Auffälligkeiten können dabei ähnlich heterogen sein wie auch die rheumatischen Erkrankungen selbst. Die Spanne reicht von oralen Ulzerationen über Xerostomie (sekundäres Sjögren-Syndrom) und Kiefergelenksbeschwerden bis hin zur parodontalen Inflammation (Tab. 1). Folglich ist die Rolle des Zahnarzes bei Patienten mit diesen Formen von Autoimmunerkrankungen zweigeteilt: Einerseits gilt es, orale Manifestationen bzw. Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Andererseits können orale Veränderungen ein Frühzeichen einer systemischen Autoimmunerkrankung darstellen und sollten den Zahnarzt zur Zuweisung des Patienten zum Hausarzt bzw. Rheumatologen veranlassen²⁷.

Außerdem sollten Patienten mit immunsuppressiver Medikation grundsätzlich hinsichtlich oraler Nebenwirkungen (u.a. Mundtrockenheit) untersucht und aufgeklärt werden, da diese gehäuft auftreten können^{31,42}.

Rheumatoide Arthritis und Parodontitis

Für die RA sind im Wesentlichen zwei orale Besonderheiten relevant. Einerseits weisen betroffene Patienten vermehrt Zahnverlust auf¹⁶. Oftmals ursächlich dafür ist die zweite Besonderheit: die erhöhte Prävalenz und Schwere von Parodontalerkrankungen^{16,32}. Auf dieser Grundlage wird ein ätiopathogenetischer Zusammenhang der beiden Erkrankungen vermutet, welcher sich auf die Ähnlichkeit von Parodontitis und RA stützt und dabei auch die bidirektionale Beziehung beider Erkrankungen zueinander erklären kann (Abb. 5). Hinsichtlich des Einflusses der

Erkrankung/Zustand	häufige orale Veränderung
rheumatoide Arthritis	Parodontitis, Kiefergelenkerkrankungen
juvenile idiopathische Arthritis	Kiefergelenkerkrankungen
systemischer Lupus erythematoses	orale Ulzerationen, gingivale Veränderungen, Parodontitis
Sjögren-Syndrom	Xerostomie
Sklerodermie	Dysphagie, Mikrostomie, Parodontitis
Morbus Behcet	orale Ulzerationen
Granulomatose mit Polyangiitis (Morbus Wegener)	Gingivaveränderungen („Erdbeer-Gingivitis“)
immunsuppressive Medikation	Xerostomie, Gingivawucherungen, Pilzinfektionen

Tab. 1: Häufige orale Manifestationen ausgewählter rheumatischer Erkrankungen (Abb. modifiziert nach Gualtierotti¹¹).

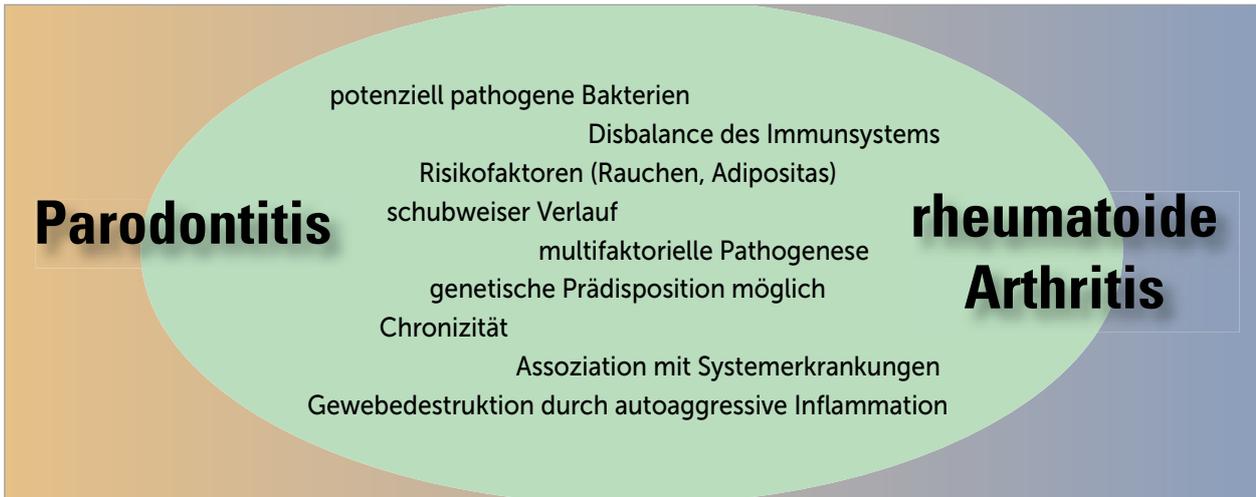


Abb. 5: Darstellung einiger Zusammenhänge zwischen Parodontitis und RA.

Parodontitis auf das Erkrankungsgeschehen einer RA wird insbesondere die Rolle potenziell parodontalpathogener Bakterien gehäuft diskutiert⁹. Sowohl im Serum als auch in der Synovia (Gelenkflüssigkeit) von Patienten mit RA konnte DNA oraler Bakterien nachgewiesen werden^{25,34}. Eine Schlüsselrolle kommt dabei womöglich *Porphyromonas gingivalis* zu: Zum einen ist *Porphyromonas gingivalis* in der Lage, humane Chondrozyten zu invadieren und die Einleitung einer Apoptose einzuleiten^{30,35}. Zum anderen scheint die Citrullinierung von Proteinen durch *Porphyromonas gingivalis* möglich zu sein¹⁰. Diese Citrullinierung von körpereigenen Proteinen durch die bakterieneigene Pepsidylarginin-Deiminase (PAD) ermöglicht *Porphyromonas gingivalis* die Synthese von Auto-antigenen (Citrullin-spezifische Antikörper, „Autoantibodies against cyclic citrullinated peptides“, aCCP). Die Bedeutung dieser Antigene in der Entstehung und Progression der RA erscheint grundsätzlich als erwiesen²³. In groß angelegten klinischen Studien fanden sich allerdings keine klaren Hinweise auf die Einflussnahme potenziell parodontalpathogener Bakterien auf rheumatologische Parameter⁴¹. Weitere klinische Untersu-

chungen wiesen auf eine immunologische Disbalance hin, welche Zusammenhänge zwischen Parodontitis, RA und/oder der entsprechenden Immunsuppression miterklären könnte³⁸. Insgesamt sind zahlreiche Gemeinsamkeiten beider chronischer Erkrankungen beschrieben, die ihr gemeinsames Auftreten erklären können (Tab. 2). Hervorzuheben ist dabei der chronisch-entzündliche, schubweise Verlauf, Zeichen von Bindegewebe- und Knochendestruktion und Beteiligung von verschiedenen Einfluss- bzw. Risikofaktoren wie z.B. genetischer Prädisposition, Alter und Nikotinkonsum^{18,29,32}. Die beschriebenen Assoziationen scheinen im zahnmedizinischen Kontext wenig beeinflussbar und daher zwar von wissenschaftlichem Interesse, aber von eingeschränkter praktischer Relevanz. Hingegen erscheinen einige andere wesentliche Aspekte bedeutsam. Besonders die eingeschränkte Hand- und Fingerbeweglichkeit beeinflusst oftmals die häusliche Mundhygienefähigkeit, was vermutlich das Risiko für Karies und Parodontalerkrankungen sowie nachfolgenden Zahnverlust bei Patienten mit RA erhöht^{1,49}. Des Weiteren kann eine Parodontitistherapie ►►

Merkmal	Parodontitis	rheumatoide Arthritis
Verlauf	schubweise und chronisch entzündlich	
betroffenes Gewebe	Parodontium	Synovialmembran
Pathogenese	multifaktoriell	
bakterielle Infektionen als Auslöser	bekannt	wird diskutiert
Ursache der Gewebedestruktion	überschießende Immunantwort	
Risikofaktoren	Nikotinkonsum, Stress, Mundhygiene	Nikotinkonsum, Alter
genetische Prädisposition	wird diskutiert	bekannt

Tab. 2 Gegenüberstellung von Parodontitis und RA.

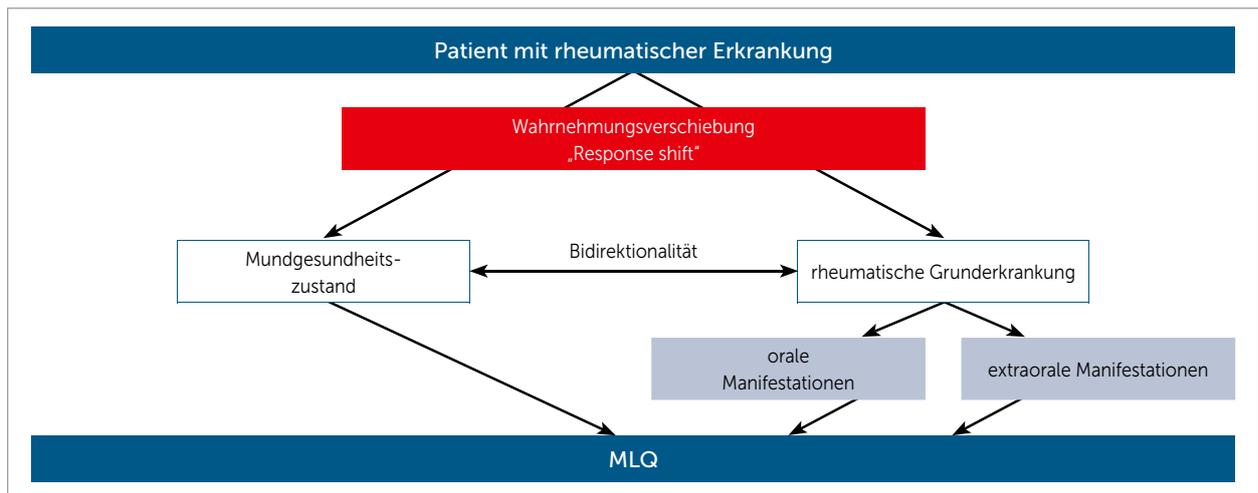


Abb. 6: Modell zur Beeinflussung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten (MLQ) durch die rheumatische Grunderkrankung.

► die Entzündungsaktivität der RA senken⁴. Die Reduktion der parodontalen Entzündung wirkt sich dabei positiv auf die systemische Entzündung aus und trägt insgesamt zur Verbesserung der klinischen Erkrankungszeichen einer RA bei. Im Umkehrschluss kann die Therapie der RA auch die Progression einer Parodontitis hemmen, was wahrscheinlich auf die direkte Wirkung der Basistherapeutika zurückzuführen ist, die unspezifisch antientzündlich wirken^{19,33}. Für eine Verbesserung des Mundgesundheitszustandes von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ist einerseits eine zielgerichtete Aufklärung zu Bedeutung sowie Zusammenhang der Mundgesundheit und RA erforderlich. Andererseits können eine Sensibilisierung sowie Motivation und Instruktion für die Umsetzung adäquater persönlicher Mundhygienemaßnahmen als Wahrnehmung der Notwendigkeit einer zahnmedizinischen Betreuung im Zusammenspiel von Therapie und professionellen individuellen Präventionsmaßnahmen klinisch bedeutsam sein. Dies stellt aufgrund gleichermaßen physischer und emotionaler Belastungen, die durch die jeweilige Grunderkrankung bedingt sind, häufig eine Herausforderung für betroffene Patienten dar. Die Erfassung der Patientenperspektive, also die Wahrnehmung der Mundgesundheitsituation durch den Patienten selbst, könnte hierbei wesentlich zu einem besseren Verständnis der zahnmedizinischen Versorgungssituation beitragen.

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität und rheumatoide Arthritis

Neben klinischen Befunden ist für Patienten der Einfluss eines Erkrankungszustandes auf die Lebensqualität von großer Bedeutung³⁶. Es ist bekannt, dass bei Patienten mit RA Schmerzen, erhöhte Krankheitsaktivität und reduzierte körperliche sowie mentale Funktionsfähigkeit einen negativen Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können²⁶. Die mundgesundheitsbezogene Lebens-

qualität (MLQ) stellt einen Teilaspekt der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar, was auch die MLQ zu einem relevanten Aspekt bei Patienten mit RA macht¹. Generell ist bei allgemeingesunden Patienten eine negative Beeinflussung der MLQ durch orale Erkrankungen wie Karies und Parodontitis, aber auch durch Zahnverlust bekannt^{5,7,12}. Bei rheumatisch erkrankten Patienten ist dieses Zusammenspiel erheblich komplexer. Eine aktuelle Übersichtsarbeit stellt die MLQ von Patienten mit verschiedenen rheumatischen Erkrankungen gegenüber und zeigt generell, dass diese Patienten eine reduzierte MLQ aufweisen, was zusätzlich durch intraorale Manifestationen der Grunderkrankung wie u.a. orale Ulzera (Morbus Behcet) und Xerostomie (Sjögren-Syndrom, systemischer Lupus erythematoses) verstärkt wurde⁴⁰. Allerdings ist hierbei auffällig, dass weniger die physische Mundgesundheitsituation, sondern vielmehr die Belastung bzw. Beeinträchtigung durch die Grunderkrankung einen Einfluss auf die MLQ darstellt⁴⁰. Hieraus kann – in Kombination mit dem Verständnis der Bidirektionalität von RA und Parodontitis – ein mehrstufiges Modell angenommen werden, nach welchem die MLQ bei Patienten mit RA beeinflusst wird (Abb. 6). Demnach kommt es einerseits zur Wahrnehmungsverschiebung der Mundgesundheit durch den Patienten. Die Belastung durch die Grunderkrankung und damit einhergehende psychosoziale bzw. emotionale Beeinträchtigungen führen zu einer verschlechterten MLQ. Da dieser Umstand demnach primär durch den Einfluss der Grunderkrankung und nicht aus dem oralen Zustand resultiert, kann der klinische Mundgesundheitszustand in der Wahrnehmung des Patienten zum Teil maskiert werden. Andererseits bedingt die erhöhte Erkrankungsprävalenz und -schwere von Parodontalerkrankungen sowie die Zunahme von Zahnverlust bei RA-Patienten auch eine tatsächliche Reduktion der MLQ. Ferner können Erkrankungsmanifestationen sowohl intra- als auch extraoral die MLQ direkt negativ beeinflussen.

Diese Komplexität muss in der Betreuung von RA-Patienten in der zahnärztlichen Praxis entsprechende Berücksichtigung finden und trägt zur Notwendigkeit fallorientierter, individualisierter Behandlungskonzepte bei.

Individualisierte Behandlungskonzepte

Aus der Synthese der oben beschriebenen Teilaspekte ergeben sich entscheidende Konsequenzen für ein individualisiertes zahnmedizinisches Betreuungskonzept (individuell präventive Betreuung, IPB) bei Patienten mit RA. Allgemein sollte folglich nach dem Grundprinzip der individualisierten Prävention, also der Differenzierung möglicher Komplikations- und Erkrankungsrisiken und deren Einfluss auf die Behandlungsplanung und -durchführung, vorgegangen werden³⁹. Dabei sind mögliche Komplikationsrisiken im Zusammenhang mit der immunsuppressiven Medikation zu denken und damit weniger primär durch die Grunderkrankung bedingt. In Ermangelung entsprechender Leitlinien sollte insbesondere bei der Kombinationstherapie mehrerer Immunsuppressiva, eine prätherapeutische Antibiotikaprohylaxe („Single shot“ analog zur Leitlinie Endokarditisprophylaxe⁴⁸) Berücksichtigung finden, die in Abhängigkeit von der Art des Eingriffes und dem damit verbundenen Bakteriämierisiko gewählt wird. Potenzielle orale Erkrankungsrisiken leiten sich beispielsweise aus motorischen Beeinträchtigungen durch arthritische Veränderungen der Fingergelenke und Schmerzen, der Bidirektionalität zwischen RA und Parodontitis und der veränderten Wahrnehmung der Mundgesundheitsituation bzw. deren Stellenwert für betroffene Patienten ab. Folglich müssen im Bereich der Mundhygieneinstruktion und -motivation diese besonderen Voraussetzungen der Patienten berücksichtigt werden. Entsprechend sollten Patienten mit RA verstärkt sensibilisiert werden, um die Bedeutung ihrer oralen Gesundheit für die Grunderkrankung und vice versa zu verstehen. Die Mundhygieneinstruktion muss primär an die vorhandenen motorischen Einschränkungen angepasst und im Erkrankungsverlauf stetig (re-)evaluiert werden. Aufgrund der Zusammenhänge zwischen RA und Parodontitis sollten die Patienten engmaschig in einem Intervall von 3 bis 4 Monaten zahnärztlich-präventiv betreut werden. Dies ist unabhängig davon, ob bereits eine parodontale Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, erforderlich (Primärprävention) und sollte möglichst frühzeitig implementiert werden. Um eine strukturierte zahnmedizinische Betreuung von Patienten mit RA überhaupt gewährleisten zu können, erscheint zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten, Rheumatologen und Hausärzten relevant. Dies beinhaltet sowohl die gegenseitige, zielgerichtete Zuweisung der Patienten als auch den gemeinsamen Austausch über entsprechende klinische, labormedizinische oder Medikamenten-assoziierte Besonderheiten. Aufgrund der Komplexität von Patienten mit RA bedarf es in jedem

Falle eines fallorientierten Gesamtkonzeptes, welches weit über die reine Parodontitisbehandlung (Initialtherapie und unterstützende Parodontistherapie, UPT) hinausgehen muss, um langfristig Zahnerhalt und Mundgesundheit bei betroffenen Patienten erzielen zu können.

Schlussfolgerungen

- ▶ Zwischen der RA und der Parodontitis bestehen zum Teil bidirektionale Zusammenhänge hinsichtlich Erkrankungsschwere und -progression.
- ▶ Weitere orale Besonderheiten bei Patienten mit RA können Mundtrockenheit, Mundschleimhautveränderungen und Medikamenten-assoziierte Veränderungen sein.
- ▶ Rheumatisch Erkrankte zeigen eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Mundgesundheitsituation im Vergleich zu Allgemeingesunden und benötigen daher ein erhöhtes Maß an Sensibilisierung und Motivation für die Bedeutung der Mundgesundheit.
- ▶ Aufgrund der komplexen Medikation, grunderkrankungs-assoziierten Einschränkungen und oralen Auswirkungen der RA ist ein fallorientiertes, individuelles Gesamtkonzept zur zahnärztlichen Betreuung dieser Patienten erforderlich.
- ▶ Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Zahnärzten scheint für die Umsetzung des Betreuungskonzeptes essenziell. ■

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Gerhard Schmalz
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. med. Daniel Patschan
Klinik für Kardiologie, Nephrologie & Pneumologie
Abteilung für Nephrologie Medizinische Hochschule
Brandenburg
Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel

Priv.-Doz. Dr. med. Susann Patschan
Fachbereich Innere Medizin/Rheumatologie
Gesundheitszentrum Brandenburg an der Havel GmbH
Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel

Prof. Dr., M.Sc. Dirk Ziebolz
E-Mail: dirk.ziebolz@medizin.uni-leipzig.de
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 12 (Haus 1), 04103 Leipzig

Erstpublikation in Quintessenz 2021;72(6):650–661

*Die Literaturliste können Sie unter
nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.*



Fotos: Shutterstock.com – Svetlana Hulko

Senioren haben wir doch schon immer behandelt!

Die Seniorenzahnmedizin etabliert sich langsam und hat ein ähnliches Schicksal wie die Kinderzahnmedizin. Sie wird benötigt, auch wenn viele Universitäten den Studierenden lange nur wenig Ausbildung zu diesem Thema geboten haben. Mit der neuen Approbationsordnung ist dies anders. Es gibt ein Querschnittfach, das sich mit älteren Menschen und ihren Bedürfnissen befasst.

Was ist die Aufgabe der Seniorenzahnmedizin?

Die Seniorenzahnmedizin hat die Aufgabe, älteren Menschen nach dem Abschluss der zweiten Lebensphase ihrer dritten (fitte Senioren), vierten (gebrechliche Senioren) und fünften (pflegebedürftige Senioren) Lebensphase zahnmedizinisch zu begleiten. Dabei soll zu jedem Zeitpunkt die bestmögliche zahnmedizinische Versorgung mit einer hohen mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. mundgesundheitsbezogenem Wohlbefinden realisiert werden. Die Seniorenzahnmedizin betreut somit nicht das Alter zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern begleitet einen kontinuierlich fortschreitenden Prozess, das Altern bzw. das Älterwerden der Menschen. Insofern beschäftigt sich die Seniorenzahnmedizin mit Themen der Gesundheits-, Er-

nährungs- und Pflegewissenschaften sowie der Geriatrie und Medizinethik in multi- und interdisziplinärer Zusammenarbeit gemeinsam mit wissenschaftlichen Fragestellungen zur oralen sowie allgemeinen Gesundheit und damit auch zur Lebensqualität der Betagten und Hochbetagten.

Der Begriff Gerostomatologie kann als Synonym verwendet werden, wenn der Begriff der Alterszahnmedizin aus Sorge vor einer Altersstigmatisierung nicht angewendet werden sollte. Der Begriff Alterszahnheilkunde hingegen gilt als veraltet, da er angesichts der Tatsache zu kurz greift, dass die Senioren nicht nur kurativ behandelt (Heilkunde), sondern in zunehmendem Maße auch präventiv betreut werden (Nitschke et al. 2023).

Abzugrenzen ist dabei ein Teilgebiet aus der Seniorenzahnmedizin, und zwar die geriatriische Zahnmedizin. Die geriatriische Zahnmedizin beschreibt die zahnmedizinische Betreuung, welche Patienten benötigen, wenn sie hochbetagt und multimorbid sowie gebrechlich oder pflegebedürftig sind.

Was ist ein geriatriischer Patient?

Geriatriische Patienten sind hochaltrig, leiden an mindestens zwei behandlungsbedürftigen chronischen Krankheiten

und sind hilfe- bzw. pflegebedürftig. Die geriatreorientierte Zahnmedizin ist insofern kein Synonym für die Seniorenzahnmedizin, sie beschreibt vielmehr eines ihrer Teilgebiete.

Welche Herausforderungen stellen die Senioren an die Versorgung?

Der demografische Wandel ist auch in der zahnärztlichen Praxis angekommen. Die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen sinkt, die ärztlichen Kontakt-raten unserer Patienten steigen. Der Zahnarzt und seine Teammitglieder sehen ihre alten Patienten zunehmend beschwerdeorientiert mit einem meist subjektiv reduziert empfundenen Behandlungsbedarf (oral-geriatrisches Paradoxon). Senioren gehören entweder zu den fitten, gebrechlichen oder den pflegebedürftigen Menschen. Diese heterogene Patientengruppe sollte nach ihrer Belastbarkeit bei den zahnärztlichen Kontrollbesuchen und bei einer zahnmedizinischen Therapieplanung eingestuft werden. Dieses als zahnmedizinische funktionelle Kapazität bezeichnete oral-geriatrische Assessmentelement mit den drei Parametern Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit ist für jeden Senior in einer Belastbarkeitsstufe festzulegen und bei der Planung intensiv zu berücksichtigen.

Mit zunehmender Gebrechlichkeit wird für die Senioren jeder Weg in die Praxis beschwerlicher, sodass auch dieser Mobilitätsfaktor in die Therapieplanung einzubeziehen ist. Es gibt auch in der Zahnmedizin das Nichtschadens-Gebot. Dieses spielt zum Beispiel eine Rolle bei der Beantwortung der Frage, ob die geplante Therapie die Patientin oder den Patienten bzw. sein unterstützendes Umfeld überlasten könnte. Es können unter ethischen Aspekten schwierige Patientensituationen im Praxisalltag in oder außerhalb der Praxis auftauchen, die den Zahnarzt an den Rand der Schulmedizin bringt, um diese für alle Beteiligten zufriedenstellend zu lösen.

Was kann ich als Zahnarzt tun, um dieser Patientengruppe gerecht zu werden?

In den wissenschaftlichen Vordergrund rückt neben den fachspezifischen Fragestellungen auch die Frage, welche Parameter zur Mundgesundheit für eine Patientin oder einen Patienten wichtig sind.

Die patientenorientierten Outcomes zur Mundgesundheit (dPRO), die das Ergebnis einer Betrachtung der Mundgesundheit aus der Sicht der Patientinnen und Patienten berücksichtigt, scheint zunehmend auch in der Seniorenzahnmedizin an Wichtigkeit zuzunehmen. Die Abwesenheit von Schmerzen, die Funktionstüchtigkeit des Mundes inkl. der Kiefergelenke, ein gutes ästhetisches Erscheinungsbild und die uneingeschränkte Einbindung in die sozialen Systeme beschreiben dabei aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine gute Mundgesundheit.

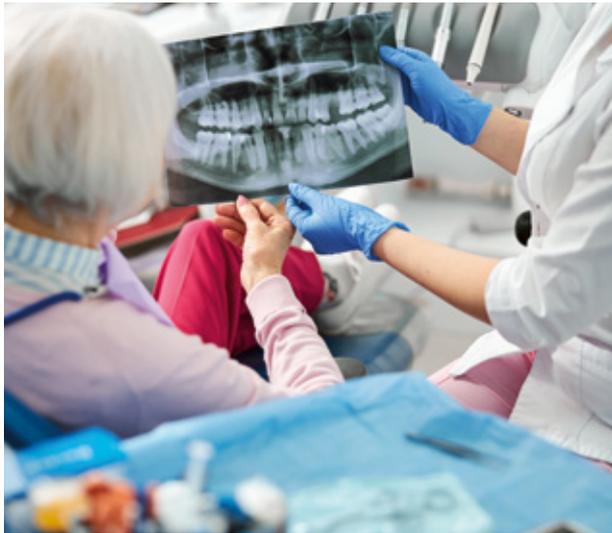
Die behandelnde Zahnärzteschaft ist in halbjährlichen Aufnahmegesprächen auch aufgefordert, die Versorgungsdiagnose zu stellen sowie die Nachsorgekompetenz der Patientin oder des Patienten vorausschauend einzuschätzen und in alle Planungen mit einzubeziehen. Die Adaptionsfähigkeit sowie die Diskrepanz zwischen subjektivem und objektivem Behandlungsbedarf sollten dabei beachtet werden.

Partizipative Therapieentscheidungen sind erwünscht, müssen aber nicht nur mit dem Patienten erarbeitet werden, ▶▶



VERSORGUNGSDIAGNOSE

Die Versorgungsdiagnose in der Seniorenzahnmedizin beschreibt, wie und unter welchen Umständen eine ältere Patientin oder ein älterer Patient lebt. Sie ist für jede ältere Patientin oder jeden älteren Patienten zu erheben und wie der Aufnahmebogen immer wieder, mindestens einmal im Jahr, zu reevaluiieren. Es wird unterschieden zwischen dem häuslichen Leben und dem Leben in einer stationären Pflegesituation. Das häusliche Leben wird eingeteilt in: alleinlebend, mit Partner lebend, mit Kindern lebend und in einer Wohngemeinschaft lebend. Des Weiteren soll geklärt werden, ob bei den zu Hause lebenden Patientinnen oder Patienten zurzeit pflegerische Unterstützung benötigt wird, wer diese ggf. durchführt und ob die Patientin oder der Patient allein entscheidet oder andere Personen partizipativ in den Therapieentscheidungsprozess einzubeziehen sind. Hier ist vor allem auch zu klären, ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten eingerichtet ist. Der Versorgungsstatus kann im Aufnahmebogen erfragt und die Versorgungsdiagnose dann im Rahmen des Anamnesegesprächs durch den Zahnarzt gestellt werden (Nitschke et al. 2023, Definitionen in: „Mobile Zahnmedizin – die aufsuchende Betreuung“, Quintessenz-Verlag).



NACHSORGEKOMPETENZ

Nachsorgekompetenz beschreibt die Fähigkeit der Patientin oder des Patienten (Eigennachsorgekompetenz) oder einer Person aus ihrem oder seinem unterstützenden Umfeld (Fremdnachsorgekompetenz), Mundhöhle und Zahnersatz zu reinigen und eine zahnmedizinische Dienstleistung regelmäßig, auch engmaschig, in Anspruch nehmen zu können. Vor jedweder Therapieplanung beurteilt der Zahnarzt auf der Basis der allgemeinmedizinischen und sozialen Anamnese sowie unter Einschätzung der zahnmedizinischen, funktionellen Kapazität die Nachsorgekompetenz seiner Patientin oder seines Patienten. Dabei ist prospektiv zu klären, wer bei womöglich zunehmender Gebrechlichkeit der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Hygieneleistungen erbringt, das tägliche Ein- und Ausgliedern von Zahnersatz durchführt bzw. trainiert sowie die Organisation und Durchführung von Zahnarztbesuchen gewährleistet. Mögliche Ansprechpartner sollten frühzeitig identifiziert und mit Namen, Anschrift und Telefonnummer in der Patientendokumentation hinterlegt werden. Dazu kann die entsprechende Frage in den Aufnahmebogen eingegliedert sein (Nitschke et al. 2023).

- sondern ggf. auch mit einem Entscheidungsträger, z.B. einem Angehörigen. Dieser Entscheidungsträger, der mit zunehmender Gebrechlichkeit des Patienten oft vorhanden ist, sollte vom zahnmedizinischen Team ausfindig gemacht werden und in die Auf- und Abklärungsgespräche zur prothetischen Versorgung mit einbezogen werden. Aber auch eine gute Auf- und Abklärung schützt nicht vor Misserfolgen, da die Adaptationsfähigkeit nicht vollständig messbar abzuschätzen ist.

Was können mein Team und ich tun, um dieser Patientengruppe gerecht zu werden?

Aufgrund des demografischen Wandels haben sich einige Teams auf den Weg gemacht, ihr Wissen zur zahnmedizinischen Betreuung von Senioren mit unterschiedlicher zahnmedizinischer funktioneller Kapazität zu erhöhen und ihre Praxen seniorengerecht, was nicht gleichzusetzen ist mit behindertengerecht, zu gestalten. Die Mitglieder der Praxis sollten sich bewusst machen, wie hoch der gerostomatologische Wohlfühlfaktor ihrer Praxis heute ist. Erreichbarkeit, der Umgang mit den Senioren und die Hilfsmittel sind dabei unter die Lupe zu nehmen. Gemeinsam sollte überlegt werden, wie die Praxis und ihre Abläufe gestaltet werden können, dass sich Betagte und Hochbetagte gern auf den Weg machen.

Manchmal kann der Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten schwierig sein, oft ist er aber durch mehr Wissen um das Älterwerden sehr gut zu bewältigen.

Die Facetten des Umgangs und der internen sowie externen Praxisorganisation, z.B. bei der aufsuchenden Betreuung, sind in Teamsitzungen gemeinsam zu beleuchten. Schwierige Patientensituationen sind für die Zahnärzteschaft und deren Teams mit Wissen, Praxisstruktur und Teamgeist zu lösen.

Empathischer Umgang und Versorgungskonzepte in und außerhalb der Praxis lassen sich erlernen. Die Erfahrung zeigt es: Zahnmedizin für Senioren ist Teamarbeit und bringt Freude in den zahnärztlichen Alltag. ■



Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Universitätsklinikum Leipzig – AöR Department für
Kopf- und Zahnmedizin Poliklinik für Zahnärztliche
Prothetik und Werkstoffkunde
Liebigstraße 12, Haus 1 · 04103 Leipzig
Tel. 0341 9721304
E-Mail: ina.nitschke@medizin.uni-leipzig.de
Internet: www.prothetik.uniklinikum-leipzig.de

_____ Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
des Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz

Prothetische Herausforderungen bei der Versorgung von Senioren

Priv.-Doz. Dr. Oliver Schierz, Dr. Julia Jockusch, M.Sc., Andrea Lorenz, Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH

Immer mehr Menschen behalten bis ins hohe Alter immer mehr Zähne. Dieser Präventionserfolg stellt die Seniorinnen und Senioren besonders am Ende ihres Lebens und deren unterstützendes Umfeld (Angehörige, Pflegende, Ärzte und Zahnärzte) bezüglich der Versorgung vor Herausforderungen. Die Mund- und Prothesenhygiene macht dabei keine Ausnahme. Aber auch die Kolleginnen und Kollegen in der aufsuchenden Zahnmedizin sehen sich mit komplexeren Problemen konfrontiert. Insbesondere aufwändig reparaturfähige und schwierig reinigbare Zahnersatzformen sollten deshalb im hohen Alter vermieden werden. Es sollte entsprechend extraoral pflegbaren, gut erweiterungs- und reparaturfähigen, einfach handhabbaren Zahnersatzformen der Vorzug gegeben werden. Dies gilt nicht nur für zahngetragenen, sondern auch für implantatverankerten Zahnersatz.

Einleitung

Bei der Betrachtung der demografischen Entwicklung ist erkennbar, dass in Deutschland anteilmäßig immer mehr ältere Menschen leben (Statistisches Bundesamt 2019, 2022a, 2022b). Im Laufe des Lebens ändern sich die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen. Genauso wie bei Kindern Besonderheiten in der Behandlung beachtet werden sollten, gilt dies auch bei Älteren. Da jüngeren Erwachsenen immer weniger Zähne fehlen, verschieben sich das Auftreten von oralen Erkrankungen sowie der Zahnverlust ins hohe Alter (Micheelis und Jordan 2016). Der Restzahnbestand bei Seniorinnen und Senioren nimmt zu. Wenngleich dies erfreulich ist, kann das vor allem bei multimorbiden, körperlich eingeschränkten oder kognitiv erkrankten Seniorinnen und Senioren zu Herausforderungen führen. Die Patientengruppe „Menschen mit Pflegebedarf“ weist viele Besonderheiten auf. So haben Seniorinnen und Senioren viele Erkrankungen (Multimorbidität), die der Zahnarzt berücksichtigen sollte. Deshalb muss ein Zahnmediziner heutzutage mehr medizinisches Wissen vorweisen, als noch vor einigen Jahrzehnten. Auch ist die Adaptationsfähigkeit an Veränderungen eingeschränkt und die Fähigkeit komplexe Informationen zu verarbeiten

reduziert. Der Behandlungsbedarf wird durch Seniorinnen und Senioren oft nicht erkannt, da sie ihre Mundsituation subjektiv besser einschätzen als sie objektiv – durch den Zahnarzt eingeschätzt – ist (oral-geriatrisches Paradoxon) (Nitschke et al. 2023a). Dazu kommen eingeschränkte motorische Fähigkeiten und das zunehmende Risiko auch bei der Mundpflege auf Andere angewiesen zu sein.

Zahnmedizin bei Menschen mit Pflegebedarf

In den letzten 20 Jahren stieg die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland von zwei auf fünf Millionen (Statistisches Bundesamt 2022c). Vier von fünf Pflegebedürftigen werden dabei zu Hause gepflegt (Statistisches Bundesamt 2023). Die pflegenden Angehörigen haben also einen entscheidenden Anteil an der Mundgesundheit und sollten entsprechend geschult und angeleitet werden. Hier können zum Beispiel die erklärenden Videos der Bundeszahnärztekammer unterstützen und das richtige Reinigen, aber auch das Ein- und Ausgliedern laiengerecht erklären (Abb. 1a). Zudem können Filme zur Mundpflege für Menschen mit Unterstützungsbedarf online abgerufen werden und Unterstützung bieten (Abb. 1b).

Pflegeeinrichtungen sollten mit einem Kooperationszahnarzt eine zahnmedizinische Betreuung anbieten, um eine Kontinuität im Transitionsprozess (von der Häuslichkeit zur stationären Pflegesituation) zu gewährleisten (Nitschke et al. 2022). Die Zahnärzteschaft hat im Rahmen ihres Versorgungsauftrages auch die Pflicht, sich mehr um ihre Schwächsten, oft auch langjährigen Patienten, zu kümmern. Das Sich-Kümmern ist auch notwendig, da sich oft das kontrollorientierte in ein beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten wandelt (Nitschke et al. 2015, Jockusch et al. 2021).

Merke: Seniorenzahnmedizin hat wenig mit Hochglanz-zahnmedizin zu tun. Menschen mit vielen medizinischen Einschränkungen zu versorgen, ist eine Aufgabe für das ganze Team. Wer sich hier einbringt, wird oft mit sehr dankbaren und interessanten Patienten belohnt. Doch vor welche Herausforderungen stellt dies die in der Seniorenzahnmedizin tätigen Zahnärztinnen und Zahn- ►►



► ärzte? Die aufsuchende Betreuung, also die mobile Zahnmedizin, kann ganz verschiedene Versorgungskonzepte der Praxen und deren Teams aufzeigen. Das kleine Versorgungskonzept führt das Screening in der Pflegeeinrichtung durch, und sollte eine Behandlung nötig sein, wird der Patient in die Praxis gebracht. Das große Versorgungskonzept organisiert Screening und alle Behandlungen in der Senioreneinrichtung. Die Kolleginnen und Kollegen sind maximal ausgerüstet, sie nehmen eine ganze mobile Praxis mit. Dazwischen das mittlere Versorgungskonzept, nach welchem die meisten Kooperationszahnärzte verfahren: Screening, einfache Behandlungen vor Ort (z. B. Prothesenanpassung, Zahnsteinentfernung, PA-light), risikoreichere oder aufwändige Behandlungen in der Praxis. (Nitschke et al. 2023b)

Auch die Mundhygiene ist oftmals nur eingeschränkt durch den Menschen mit Pflegebedarf gewährleistet. Hier sollte ein Umdenken stattfinden: Ist es heute schon fast überall selbstverständlich, dass Eltern ihre Kinder beim Zähneputzen unterstützen, braucht es noch Information und Ausbildung dazu, dass Kinder (oder Ehepartner, andere Angehörige) die nun pflegebedürftig gewordenen Eltern bei der Mund- und Prothesenhygiene unterstützen. Es hat sich gezeigt, dass Pflegekräfte mit den Angehörigeneinsätzen gut unterstützt werden können. Schlechte Mund- und Prothesenhygiene kann neben den bekannten oralen Problemen jedoch auch allgemeinmedizinische Erkrankungen, wie Diabetes mellitus und rheumatische Erkrankungen begünstigen, verschlechtern oder auslösen (z. B. Apoplex, Pneumonie, Demenz).

Doch was können wir heute bei der Versorgung mit Zahnersatz in der Praxis tun, damit die Mund- und Prothesenpflege für alle Beteiligten später in einer Pflegesituation einfach ist?

Ziel wäre ein Zahnersatz, der in der Handhabung und hygienefähig einfach gestaltet ist, sowie mit einfachen Maßnahmen instandsetzbar. Hierbei sollte das g-3-S-Prinzip für geriatrische Patienten (simpel – stabil – solide) bei der Wahl des Therapiemittels beachtet werden (Nitschke et al. 2021).

Welcher Zahnersatz ist im Alter der Richtige?

Insbesondere durch medikamenteninduzierte oder altersbedingte Mundtrockenheit und eingeschränkte Mundhygiene kommt es im höheren Alter vermehrt zu kariösen Läsionen im Zahnhalsbereich. Letztere sind auch durch die Abnahme der Sehfähigkeit und manuellen Geschicklichkeit, aber auch durch den Kompetenzverlust

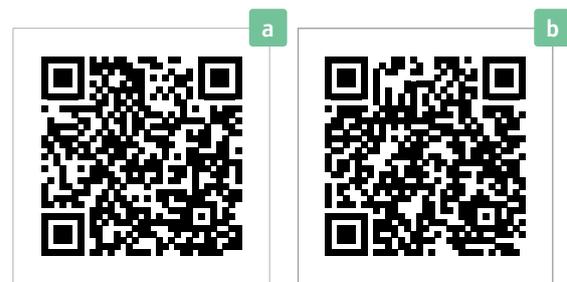


Abb. 1: QR-Code zu den Videos a) Prothesenreinigung der Bundeszahnärztekammer und b) Mundpflege für Menschen mit Unterstützungsbedarf

Behandlungsort		Wohnort			
		in eigener Wohnung / bei Familie lebend			Pflegeeinrichtung
fit		gebrechlich	pflegebedürftig	pflegebedürftig	
innerhalb der Praxis		Screening	Screening		
		alle Behandlungen	alle Behandlungen	schwierige Behandlungen (evtl. Krankentransport)	schwierige Behandlungen (Krankentransport)
außerhalb Praxis	Zuhause		Screening einfache Behandlungen	Screening einfache Behandlungen	
	Pflegeeinrichtung				Screening
					einfache Behandlungen
					oder Screening
				alle Behandlungen	

Tab. 1: Zahnmedizinische Betreuung von Senioren in unterschiedlichen Lebensphasen in Abhängigkeit von der Wohnsituation (aus: Nitschke et al. 2023b)

für die selbstständige tägliche, häusliche Mund- und Prothesenhygiene und im besten Fall Übertragung dieser auf Dritte bedingt. Auch das Voranschreiten parodontaler Erkrankungen kann zu Zahnschmerzen bzw. weiterem Zahnverlust führen. Die eigenen Zähne zu behalten, ist natürlich immer am besten. Je mehr eigene, erhaltungsfähige Zähne sich im Mund befinden, und umso kleinflächiger der Zahnersatz ist, desto besser. Wenn jedoch eine relevante Anzahl an Zähnen fehlt, gibt es von festsitzenden bis zu abnehmbaren Versorgungen oftmals viele Lösungen. Grundsätzlich ist festsitzender Zahnersatz in der Regel komfortabler und aus Patientensicht regelmäßig die favorisierte Lösung. Gerade bei älteren Patienten ist es jedoch nicht immer die sinnvollste Lösung, insbesondere dann, wenn der festsitzende Zahnersatz sehr komplex gestaltet ist und die Erhaltungsfähigkeit der Gesamtkonstruktion von wenigen Zähnen abhängig ist. Neben der schwierigen Mundpflege kann es hier bei Verlust von Pfeilerzähnen zu komplexem Rehabilitationsbedarf kommen, welcher in der aufsuchenden Behandlung nicht oder nur schwer erbracht werden kann (Abb. 2). Auch ist in diesen Fällen die Adaptationsfähigkeit an größere Änderungen oftmals stark eingeschränkt, woraus eine Intoleranz gegenüber dem neuen Zahnersatzes resultieren kann.



Fotos: Priv.-Doz. Dr. Oliver Schierz

Abb. 2: 91-jährige, sich in häuslicher Pflege befindliche, Patientin mit insuffizienter Mundhygiene und desaströsem Restzahnbestand.

Gleiches gilt für kombiniert-festsitzend-abnehmbaren Zahnersatz. Insbesondere schlecht erweiterbare Zahnersatzformen wie geschiebeverankerter Zahnersatz führen absehbar zu hohem Neuversorgungsaufwand im Fall des Verlustes von Ankerzähnen. Hier bietet entsprechend vorausschauend gestalteter klammer- und teleskopverankerter Zahnersatz regelmäßig mehr Möglichkeiten der einfacheren Instandsetzung bzw. Erweiterung. Ein abnehmbarer Zahnersatz, den auch andere Personen außerhalb des Mundes reinigen können, ist in der Regel auch aus hygienischer Sicht wünschenswert. Die mit insuffizienter

Mundhygiene einhergehende Steigerung allgemeinmedizinischer Problematiken (z.B. Pneumonien, Verschlechterung von Diabetes) sind hinlänglich belegt.

Wie viele Zähne braucht der (betagte) Mensch?

In der Regel wird angestrebt mit Zahnersatz alle fehlenden Zähne (außer Weisheitszähne) zu ersetzen. Dies ist bei Seniorinnen und Senioren, insbesondere bei bilateralen Freiendsituationen, aber nicht immer sinnvoll. Oftmals steht hier die Annahme im Raum, dass fehlender Ersatz der Molaren zu einer fehlenden Abstützung in den Kiefergelenken und daraus schlussfolgernd zu kranio-mandibulären Dysfunktionen führt. Dieser Fragestellung wurde in Deutschland sogar eine multizentrische Studie gewidmet. (Luthardt et al. 2010) Hier konnte gezeigt werden, dass die Komplettierung einer bis zum zweiten Prämolaren vorhandenen Zahnreihe durch abnehmbaren Zahnersatz von den meisten Patienten weder funktionell als vorteilhaft empfunden wurde noch zur Reduktion von CMD-Symptomen führte. (Reissmann et al. 2014; Schierz et al. 2021) Einschränkend ist dabei anzuführen, dass die hier angesprochene Patientengruppe (Menschen mit Pflegebedarf) nicht in der vorher erwähnten Studie berücksichtigt wurde. Für die Entscheidung zur Ergänzung der verkürzten Zahnreihe mittels abnehmbaren Zahnersatzes sollten also andere Faktoren eine Rolle spielen, da der Verzicht zu einer Verbesserung der Reinigungsfähigkeit führt (Abb. 3). Beispielsweise können der Patientenwunsch nach Ersatz der Zähne, die Prävention der Elongation von Antagonisten oder das Vorhandensein bzw. Risiko einer Dysphagie ausschlaggebende Faktoren darstellen.

Implantatgetragener Zahnersatz

Grundsätzlich können Implantate bis ins hohe Alter inseriert werden. Kontraindikationen entstehen primär durch medikamentöse (z.B. Einnahme von Bisphosphonaten) oder strukturelle (z.B. Notwendigkeit eines umfangreichen Knochenaufbaus) Ursachen. Letztere Problematik kann ►►



Abb 3: 93-jährige Patientin mit festsitzendem Zahnersatz und beidseitig verkürzter Zahnreihe.

► mit kurzen oder dünnen Implantaten reduziert werden. Auch bei implantatgetragenen Zahnersatz favorisieren viele Seniorinnen und Senioren ohne adäquate Aufklärung den festsitzenden Zahnersatz. Abgesehen von den meist ungünstigen anatomischen Voraussetzungen zur Implantatpositionierung unter den Prothesenzähnen, sowie dem chirurgischen und finanziellen Aufwand, hat festsitzender implantatgetragener Zahnersatz einen intensiven Pflegebedarf. Während dieser bei körperlicher und geistiger Gesundheit noch bewältigbar erscheint, führen die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten und der manuellen Geschicklichkeit, des Sehvermögens und der psychischen und physischen Gesundheit schnell zu inadäquaten intraoralen Pflegezuständen. In der Folge kann es zu periimplantären Entzündungen kommen, welche im Implantatverlust resultieren können (Abb. 4). Dieses Problem besteht regelmäßig, wenn auch in etwas abgeschwächter Form, bei steggetragenen, abnehmbaren Konstruktionen. Deshalb sollte bei der Neuversorgung von Seniorinnen und Senioren, insbesondere im höheren Alter bzw. bei fortgeschrittenem Lebensstrahl, bereits das Risiko des Verlusts der suffizienten selbstständigen Mundpflege mit bedacht werden. Insofern ist es ratsam, Konstruktionen zu wählen, die ein einfaches Komplikationsmanagement erlauben (z.B. Reparatur, Erweiterung) und gut hygienefähig sind. Hierzu zählen vor allem teleskopverankerter oder druckknopfverankerter Zahnersatz (z.B. Locatorabutment). Insbesondere letzteres Verfahren erlaubt, je nach Konstruktion, durch die Verwendung konfektionierter Teile einen einfachen Austausch verschlissener Verankerungselemente. Auch sollten eine gute Feinmotorik voraussetzende Elemente wie Riegel vermieden werden (Abb. 5). Mit Abnahme der Feinmotorik und haptischen Wahrnehmung können diese für die Träger unbedienbar werden und auch die Pflegenden vor Herausforderungen stellen.

Merke: Die Mundpflege bei einer Pflegesituation gehört zur Grundpflege und wird meistens von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten durchgeführt werden. Diese haben oft nur eine kurze Ausbildungszeit und benötigen individuelle Pflegeanweisungen durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte z.B. mit der Pflegeampel.

Kenntnisse zur Seniorenzahnmedizin können durch das Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) (www.dgaz.org) erweitert werden. Die DGAZ bietet auch Zertifizierungen, zum einen zum Spezialisten für Seniorenzahnmedizin und zum anderen für eine seniorengerechte Praxis an. Die DGAZ vertritt ihre Mitglieder in den wissenschaftlichen und politischen Herausforderungen und bearbeitet mit ihren Ausschüssen, die die Mitglieder in Zusammenarbeit mit dem Vorstand gegründet haben bzw. gründen können, die aktuellen Themen der Seniorenzahnmedizin.



Abb. 4: Implantatverlust bei unzureichender Mundhygiene unter einem Rundsteg.



Abb. 5: Stegverankerte Prothese mit Steckriegeln.

Zusammenfassung Fazit für die Praxis

Zahnersatz bei Senioren muss anderen Anforderungen gerecht werden als bei jüngeren Menschen. Die vorhandene oder potenziell zu erwartende Einschränkung der Haptik, Motorik und kognitiven Fähigkeiten im hohen Alter sollten bei der Zahnersatzplanung bei Seniorinnen und Senioren Berücksichtigung finden. Der Zahnersatz sollte unter der Prämisse der Reinigungsfähigkeit und Entfernbarkeit durch Pflegenden geplant werden. Aber auch im Hinblick auf die aufsuchende Zahnmedizin, sollte Wert auf ein einfaches Komplikationsmanagement gelegt werden. Im stark reduzierten Lückengebiss kann dem vor allem durch abnehmbaren Zahnersatz Rechnung getragen werden. Neben klammerverankertem eignet sich insbesondere teleskop- und druckknopfverankerter Zahnersatz. ■

Priv.-Doz. Dr. Oliver Schierz, Dr. Julia Jockusch
M.Sc., Andrea Lorenz, Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH

Universität Leipzig
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Liebigstr. 12-14, 04107 Leipzig
E-Mail: oliver.schierz@medizin.uni-leipzig.de
E-Mail: julia.jockusch@medizin.uni-leipzig.de
E-Mail: andrea.lorenz@medizin.uni-leipzig.de
E-Mail: Ina.Nitschke@medizin.uni-leipzig.de

Die Literaturliste können Sie unter
nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.

_____ Nachdruck mit freundlicher
Genehmigung des Zahnärzteblatt Sachsen

JETZT IN IHRER
BEZIRKSSTELLE
VOR ORT
INFORMIEREN

Raus aus der Budgetfalle! GOZ richtig anwenden

Datum	Bezirksstelle	Ort
15.02.2024	Hildesheim	Van der Valk Hotel Hildesheim, Markt 4, 31134 Hildesheim
27.02.2024	Verden	Niedersachsenhof, Lindhooper Straße 97, 27283 Verden (Aller)
12.03.2024	Hannover	H4 Hotel Hannover Messe, Würzburger Str. 21, 30880 Hannover
19.03.2024	Lüneburg	Bergströmhotel Lüneburg, Bei der Lüner Mühle 3, 21335 Lüneburg
11.04.2024	Göttingen	GHotel Göttingen, Bahnhofsallee 1a, 37081 Göttingen
16.04.2024	Oldenburg	Etzhorner Krug, Butjadinger Str. 341, 26125 Oldenburg
23.04.2024	Osnabrück	Vienna House by Wyndham, Natruper-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück
13.05.2024	Braunschweig	Steigenberger Parkhotel Braunschweig, Nîmes-Str. 2, 38100 Braunschweig
23.05.2024	Stade	Hotel Stadthafen Stade, Kommandantenteich 1-3, 32680 Stade
04.06.2024	Wilhelmshaven	Hotel Friesenhof, Neumarktplatz 4-6, 26316 Varel
13.06.2024	Ostfriesland	Seminarhotel Aurich, Grünerweg 2, 26605 Aurich

Stand: 11.01.2024

Asprechpartnerinnen

Elena Weidehaus oder Hiba Dettmer
Tel.: 0511 83391-120 oder -182

Fax: 0511 83391-42120 oder -42182
E-Mail: goz-abteilung@zkn.de

71 WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS – DIGITAL

www.zkn-kongress.de



MEDIATHEK NOCH
BIS 17. MÄRZ NUTZBAR

MEDIATHEK
NUTZEN
JETZT NOCH
ANMELDEN





Fotos: MO.Design Werbeagentur/generiert mit KI

Konflikte in der Zahnarztpraxis – Mediation als effizientes Verfahren zur Lösung von Streitigkeiten zwischen niedergelassenen Zahnärztinnen bzw. Zahnärzten

Die zahlreichen gesetzgeberischen Reformen im deutschen Gesundheitswesen, die damit verbundenen, verschärften Wettbewerbsbedingungen und auch die erheblichen Auswirkungen der Covid-19 Pandemie für die zahnärztliche Versorgung haben den wirtschaftlichen Druck auf niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte in der jüngsten Vergangenheit erhöht. Hierdurch haben kooperative Versorgungsmodelle sowie interdisziplinäre und arbeitsteilige Praxisstrukturen vermehrt an Bedeutung gewonnen. Hierin liegen Chancen und Risiken zugleich. Die Zusammenarbeit innerhalb sowohl langjährig gewachsener als auch neu gegründeter, arbeitsteiliger Praxisstrukturen birgt nämlich aufgrund der Komplexität der Rahmenbedingungen, sich überschneidender Verantwortungsbereiche und divergierender Zukunftsstrategien auch erhebliches Konfliktpotential. Wirtschaftliche Abhängigkeiten und persönliche Beziehungsgeflechte machen es erforderlich, einvernehmliche Lösungen für auftretende Streitigkeiten zu finden.

Infolgedessen sind auch Konflikte unter Zahnärztinnen und Zahnärzten im Rahmen ärztlicher Kooperationen, insbesondere unter zahnärztlichen Gesellschafterinnen und Gesellschaftern – ob über die strategische Ausrichtung der Praxis, die Gewinnverteilung oder den individuellen Arbeitseinsatz – keine Seltenheit und werden häufig von den meist guten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen übertüncht. Erfahrene Medizinrechtlerinnen und -rechtler erkennen mehr und mehr, dass die Mediation gegenüber der streitigen, insbesondere der gerichtlichen, Auseinandersetzung deutliche Vorteile bringt. Mediation zahlt sich aus – emotional und finanziell: Vor allem dann, wenn die Beteiligten die Konflikte und den strukturierten Rahmen der Mediation dazu nutzen, persönliche Konflikte auszuräumen und ihre eigenen und die gemeinsamen Interessen für die berufliche und persönliche Zukunftsplanung zu klären. Am Ende kann dabei die Fortsetzung oder auch die Beendigung der Kooperation stehen. Beides ist ein Gewinn, wenn durch die Klärung im Mediationsprozess deutlich wird, ob man eigentlich noch im selben Boot sitzt oder wegen der unterschiedlichen Ziele besser verschiedene Boote besteigen sollte.

Genau aus diesem Grund hat gerade die Mediation auch unter Zahnärztinnen und Zahnärzten als eine Form der einvernehmlichen Streitbeilegung anhaltend an Bedeutung gewonnen. Durch Beauftragung eines Mediators lassen sich Konflikte häufig schneller, effektiver und nachhaltiger beilegen als bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung. In der medizinrechtlichen Vertragsgestaltung werden daher neben den bereits verbreiteten Schlichtungs- und Schiedsgerichtsklauseln zunehmend auch Mediationsklauseln, teils in Kombination mit Schlichtungs- und/oder Schiedsgerichtsklauseln verwandt. Dies gilt nicht nur für gesellschaftsrechtliche Verträge unter Zahnärztinnen und Zahnärzten, sondern auch für jegliche Form von Kooperationsverträgen als auch für Dienstverträge von angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten. Diese Entwicklung ist nachvollziehbar: Die Vorteile einer außergerichtlichen Mediation und deren hohe Erfolgsquote – nach Untersuchungen werden mehr als 75 % aller Mediationen erfolgreich beendet – sprechen für sich. Die hohe Effektivität der Mediation ist daher in besonderem Maß geeignet, die Eskalation einer Streitigkeit verbunden mit schweren wirtschaftlichen Nachteilen zu vermeiden.

Begleitend erfährt die Mediation aus der EU enormen Rückenwind: In der Umsetzung der Richtlinie 2008/52/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. Mai 2008 über bestimmte Aspekte der Mediation in Zivil- und Handelssachen und zur Förderung der Mediation in Deutschland (EU-Mediationsrichtlinie) trat am 26. Juli 2012 das Mediationsgesetz in Kraft. Die Umsetzung betrifft nicht nur den grenzüberschreitenden Rechtsverkehr, sondern erfasst jegliche Mediation.

Was bedeutet Mediation?

Die Mediation ist ein „vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines oder mehrerer Mediatoren freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben“ (§ 1 Abs. 1 MediationsG). Strukturprägende Elemente sind die Verhandlung der Parteien, die Unterstützung durch einen Mediator und die Freiwilligkeit der Mediation. Die Konfliktparteien – auch Medianden genannt – wollen mit Unterstützung einer dritten „allparteilichen“ (§ 2 Abs. 3 S. 1 MediationsG) Person – dem Mediator – einen Konflikt durch eine gemeinsame Vereinbarung beilegen, die den Bedürfnissen und Interessen aller gerecht wird, es soll eine „Win-Win-Situation“ geschaffen werden. Der Mediator trifft dabei, anders als z.B. ein Richter oder Schlichter, keine eigenen Entscheidungen, sondern sorgt lediglich für einen geordneten Verfahrensablauf. Konkret bedeutet das: Der Mediator steuert den Mediationsprozess, die Medianden bestimmen Inhalt und Lösung.

Dieser Prozess ist klaren Regeln unterworfen und erfordert insbesondere vom Mediator ein hohes Maß an Qualifikation, Empathie und Geschick. Dabei ist die Mediation ein hoch-effizientes Instrument der Konfliktlösung, das den Mediator physisch und psychisch aufs Äußerste fordert und den Medianden nach den Erfahrungen in der Praxis regelmäßig zu interessengerechten Lösungen verhilft.

Prägendes Element der Mediation ist die Fokussierung auf die wahren individuellen „Interessen“ der Beteiligten anstelle der oft nur vordergründig geäußerten „Positionen“. Die Interessen der Beteiligten können sich erheblich von deren Positionen oder auch von ihren rechtlichen Ansprüchen unterscheiden. Auch stellt sich die zunächst aufdrängende „gerechte Lösung“ meist nicht immer als interessengerecht dar. Zur Verdeutlichung mag folgendes – in Lehrbüchern bemühtes und wegen seiner einfachen Logik nachvollziehbares – Beispiel dienen:

An einem Obststand gibt es nur noch eine letzte Zitrone, die sowohl A als auch B, die zeitgleich erschienen sind, kaufen möchten. Die sich aufdrängende „gerechte Lösung“ besteht darin, die Zitrone zu teilen und A und B jeweils die Hälfte zu geben. Diese Lösung geht aber an den wirklichen Interessen der Parteien vorbei: Während A nämlich nur den Saft der Zitrone für einen Cocktail benötigt, möchte B allein die Schale der Zitrone für einen Kuchen. Bei Klärung der wahren individuellen Interessen wären sowohl die Bedürfnisse von A als auch diejenigen von B vollumfänglich erfüllt worden, obgleich nur eine Zitrone zur Verfügung stand. Während sich für unterschiedliche „Positionen“ (jeder möchte eine Zitrone) keine einvernehmliche Lösung hätte finden lassen, gibt es hingegen für unterschiedliche „Interessen“ regelmäßig auch gemeinsame Lösungen.

Wie ist der Ablauf eines Mediationsverfahrens?

Das Mediationsverfahren gliedert sich grundsätzlich in sechs Phasen, die sich kurz wie folgt skizzieren lassen:

- ▶ **Mediationsvorbereitung:** Zunächst muss geklärt sein, dass sich der Konflikt für eine Mediation eignet. Ist dies der Fall, werden der Ablauf des Mediationsverfahrens sowie die dabei geltenden „Spielregeln“ erörtert und eine Mediationsvereinbarung abgeschlossen.
- ▶ **Themensammlung:** In dieser Phase wird ermittelt, worum es bei dem Konflikt geht und welche Themen zu erörtern sind.
- ▶ **Interessenklärung:** In dieser Phase geht es darum, das tatsächliche, hinter einer nach außen dokumentierten Position stehende Interesse aufzudecken.
- ▶ **Lösungsoptionen:** Es werden sämtliche (un-)denkbaren Lösungsansätze gesammelt. ▶▶



- ▶ **Bewertung der Lösungsoptionen:** Erst in dieser getrennten Phase werden die gefundenen Lösungsansätze bewertet und ausgewählt.
- ▶ **Abschlussvereinbarung:** Die gefundenen Lösungen werden in einer abschließenden Vereinbarung niedergelegt.

Aufgabe des allparteilichen Mediators ist die Strukturierung des vertraulichen und von den Parteien eigenverantwortlich geführten Prozesses. Während des Mediationsverfahrens steht es – was in der Rechtsanwaltschaft häufig nicht bekannt ist – den Mediatoren auch frei, sich z.B. anwaltlich begleiten und beraten zu lassen. Der Mediator selber darf allerdings, selbst wenn er zugleich Anwalt ist, aufgrund seiner Neutralität und aus berufsrechtlichen Gründen nicht in der Funktion als Anwalt in Erscheinung treten und die Mediatoren rechtlich beraten.

Zu erwähnen ist auch, dass die Mediation ein freiwilliges Verfahren ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann. Dies ist auch in § 2 MediationsG ausdrücklich bestimmt.

Vorteile der außergerichtlichen Streitbeilegung

Die wesentlichen Vorteile einer Mediation gegenüber einer streitigen, insbesondere gerichtlichen, Konfliktlösung bestehen insbesondere darin, dass

- ▶ die Mediatoren ihren Konflikt nicht fremdbestimmt durch z.B. einen Richter, sondern eigenverantwortlich und damit in der Regel nachhaltig lösen,
- ▶ Diskretion und Vertraulichkeit gewahrt sind: Internatragen – anders als bei in aller Regel öffentlichen gerichtlichen Auseinandersetzungen – nicht nach außen,
- ▶ Mediation im Verhältnis zu streitigen Gerichtsverfahren meist schneller und kostengünstiger zur Konfliktbeilegung führt,
- ▶ in der Regel anders als bei sonstigen Konfliktlösungsinstrumenten eine langfristige und somit nachhaltige Befriedung zwischen den Parteien erreicht wird.

Einer der großen Vorteile der Mediation gegenüber allen rechtlichen Auseinandersetzungen ist auch darin zu sehen, dass man direkt in die Lösung der Probleme einsteigen kann. Statt langer Wartezeiten wie beim Gericht kann die Mediation – je nach Grad des Konfliktes und der Terminkalender der Gesellschafterinnen und Gesellschafter – umgehend begonnen werden. Das Gefühl, dass sich unmittelbar etwas im Prozess bewegt, nimmt häufig schon ein Stück der Anspannung in der Praxis, die gerade auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr genau wahrgenommen und als äußerst belastend empfunden werden.

Vielleicht der größte Gewinn der Mediation besteht für jeden einzelnen Gesellschafter jedoch darin, dass die Beteiligten am Ende wissen, wie sie sich ihre berufliche und persönliche Zukunft vorstellen. Wenn diese Frage sorgfältig geklärt wird, entstehen manchmal die kreativsten Lösungen, die so individuell wie ihre Beteiligten sind:

Während manche nach der Mediation unbedingt weiterhin auf dem gemeinsamen Boot in die Zukunft segeln wollen, erkennen andere Konstellationen, dass sie eigentlich in ganze andere Richtungen segeln möchten. Wenn diese Erkenntnis nicht im Streit, sondern im Dialog gemeinsam wächst, erlebe man immer wieder, dass alle Beteiligten zwar zunächst eine gewisse Traurigkeit über das Beenden einer gemeinsamen Zeit eint. Zugleich ist jedoch die Vorfreude auf das Entdecken der neuen Ziele auch für die sich trennenden Gesellschafterinnen und Gesellschafter ebenso inspirierend wie entlastend.

Anwendungsfälle für Mediation in der Zahnarztpraxis

In einer Zahnarztpraxis finden sich viele potentielle Anwendungsfälle für eine außergerichtliche Mediation. Der Schwerpunkt liegt dabei sicher auf dem Bereich der zahnärztlichen Kooperationen. Besonderes Konfliktpotential bergen hierbei erfahrungsgemäß die Gewinn- und Verlustverteilung einer zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder auch die Praxisorganisation



im Allgemeinen sowie vor allem auch jede Form der Beendigung einer Zusammenarbeit unter Zahnärztinnen und Zahnärzten. Denkbare weitere Anwendungsfälle, für die sich eine Mediation anbietet, sind insbesondere

- ▶ Kompetenzkonflikte zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Praxis
- ▶ Geschäftsführungsstreitigkeiten in zahnärztlichen Gesellschaften
- ▶ Generationenkonflikte (Senior-Junior-Konstellationen) in der Praxis
- ▶ Konflikte bei Um- oder Neustrukturierung der Praxis
- ▶ Differenzen über die zukünftige Strategie/Ausrichtung der Praxis
- ▶ Unterschiedliche Vorstellung über den Arbeitseinsatz in der Praxis
- ▶ Streit bei Ein-/Austritt eines Partners aus der Praxis
- ▶ Konflikte bei der Ermittlung der Abfindung bei Ausscheiden eines Partners
- ▶ Konflikte im Praxisteam

Bei diesen Konstellationen lassen gleich mehrere Aspekte die Vermeidung einer streitigen, insbesondere gerichtlichen Auseinandersetzung, als besonders sinnvoll erscheinen und stattdessen die Beauftragung eines Mediators in Erwägung ziehen:

- ▶ Starke persönliche und wirtschaftliche Verflechtung der Beteiligten
- ▶ Unterschiedliche Kompetenzen und Wertvorstellungen bei gleichgeordneter Zusammenarbeit
- ▶ In der Regel dauerhafte Zielsetzung der Kooperation
- ▶ Enge Zusammenarbeit auch mit dem nichtzahnärztlichen Personal
- ▶ Komplexer rechtlicher Rahmen, bei dem sich manche Gestaltungsmöglichkeit nicht auf den ersten Blick aufdrängt und von den Parteien gesehen wird

Wie finde ich einen passenden Mediator?

Natürlich kommt dem Mediator bei der Lösung des Konfliktes eine Schlüsselrolle zu: Im Rahmen eines kurzfristig anberaumbaren Auftakttermins besteht für die Gesellschafterinnen und Gesellschafter nicht nur die Möglichkeit, den Mediator persönlich kennenzulernen, sondern auch sicher zu gehen, dass die „Chemie stimmt“. Letzteres ist nicht nur für den weiteren Prozess äußerst wichtig, sondern entspricht auch unserem Verständnis von Respekt den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern gegenüber, da die Gesellschafterinnen und Gesellschafter schließlich in der Mediation doch höchstpersönliche Angelegenheiten auf die Tagesordnung bringen. Daher sollten sie sich auch beim Mediator ebenso gut aufgehoben fühlen wie die Patienten bei ihnen.



Mediatoren sollten eine nachweisbare Qualifikation und Erfahrung vorweisen können und bei allen Medianten Akzeptanz finden. Besondere Offenbarungs- und Neutralitätspflichten sind in § 3 MediationsG festgelegt. Gezielt für das gesamte Gesundheitswesen bietet der 2011 gegründete Verein „medi.atori e.V. – Deutsche Schiedsstelle im Medizinrecht“ (www.med-iatori.de) an, auf das Medizinrecht spezialisierte Mediatoren bundesweit zu benennen und stellt auch Muster für vertragliche Mediationsklauseln, eine Mediationsordnung sowie für eine Mediationsvereinbarung zur Verfügung. Branchenübergreifend bietet auch die „Deutsche Institution für Schiedsgerichtsbarkeit e.V. (DIS)“ (www.disarb.org) vertragliche Mediationsklauseln und eine Mediationsordnung zur Verfügung.

MEDIATIONSKLAUSELBEISPIEL:

„Die Parteien verpflichten sich, im Falle von Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen über die Auslegung, Geltung oder sonstigen Inhalte dieses Vertrages, vor Inanspruchnahme des zuständigen Gerichts eine Mediation von mindestens jeweils zwei Sitzungen durchzuführen, falls nicht schon zuvor eine gemeinsame und einvernehmliche Lösung gefunden und verbindlich schriftlich vereinbart wurde. Diese Verpflichtung gilt sowohl während der Dauer der Gesellschaft als auch bei Auseinandersetzungen aufgrund der Beendigung der Gesellschaft.“

Eine vollständige Klausel ist abrufbar unter www.med-iatori.com/musterklauseln/mediationsklausel/. ■

_____ *Michael Frehse, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht und Wirtschaftsmediator, Kanzlei am Ärztehaus, Münster, Dortmund/Hagen/Köln, www.kanzlei-am-aerztehaus.de*

und

Michael Plassmann, Rechtsanwalt und Zertifizierter Mediator, Mediationskanzlei Plassmann, Berlin/Münster, www.mediationskanzlei-plassmann.de

NEBENWIRKUNGSMELDUNGEN:

„Letztlich zum Wohl der Patienten“

Interview mit Dr. Jens Nagaba, Leiter Abteilung Zahnärztliche Berufsausübung bei der BZÄK



Die Zahl der Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen liegt seit 1995 im zwei- bzw. unteren dreistelligen Bereich. Ist das Ihrer Erfahrung nach ein realistisches Bild oder gibt es eine hohe Dunkelziffer nicht gemeldeter Nebenwirkungen?

Das Spektrum zahnärztlicher Arzneimittelverordnungen ist begrenzt. Deshalb wird die Zahl von Nebenwirkungsmeldungen aus unserem Berufsstand nie die Höhe im ärztlichen Sektor erreichen. Dennoch ist davon auszugehen, dass eine beträchtliche Anzahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) nicht gemeldet wird.

Sind es die Patienten, die nicht über Nebenwirkungen sprechen oder die Zahnärzte, die diese aus Unwissenheit oder bewusst nicht melden?

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen können für die Betroffenen sehr eindrucksvoll sein und die Lebensqualität beeinträchtigen. Es ist also davon auszugehen, dass schwerwiegende Nebenwirkungen, die ggf. eine Therapieänderung erfordern, von den Patienten sehr wohl kommuniziert werden, blande Symptome dagegen eher nicht zur Sprache kommen. Über die Ursachen für die geringe Meldetätigkeit der Kolleginnen und Kollegen kann man nur spekulieren. Wahrscheinlich ist es ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Einige davon seien hier aufgeführt. Nach der Einnahme von Antibiotika klagt z.B. ein Großteil der Patientinnen und Patienten über gastrointestinale Beschwerden, sodass diese Symptome oft als banal und nicht meldenswert eingestuft werden. Die Überweisung zur Therapie einer Bisphosphonat-induzierten Osteonekrose an Fachkollegen kann zu Irritationen führen, wer schließlich meldepflichtig ist. Nicht zuletzt bedeutet das Ausfüllen und Absenden des UAW-Formulars einen bürokratischen Aufwand. Das, auf der Homepage der BZÄK unter <https://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/arzneimittelkommission/nebenwirkungsmeldungen.html> zu findende, elektronische Formular reduziert diesen, wird aber leider nur selten genutzt. Für eine weitere Vereinfachung des Meldewegs sollte sicher in Zukunft über die Schaffung einer Schnittstelle zu den Praxisverwaltungssystemen nachgedacht werden.

Warum ist es im Interesse des Berufsstandes, unerwünschte Nebenwirkungen zu melden?

Wie andere Angehörige von Heilberufen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte verpflichtet, unerwünschte Arzneimittel-

wirkungen an ihre Arzneimittelkommission zu melden. Die Meldungen liegen aber auch im ureigenen Interesse des Berufsstandes, da durch sie die Sicherheit von Arzneimitteln erhöht werden kann, was letztlich dem Wohl unserer Patienten zu Gute kommt. Die europäische Arzneimittelagentur bewertet fortgehend Meldungen aus den Mitgliedsstaaten und veranlasst bei eindeutigen Signalen Änderungen der Produktinformationen oder auch Indikationseinschränkungen wie z.B. bei der Wirkstoffgruppe der Fluorchinolone. Auch die Meldung vermeintlich bekannter Nebenwirkungen hilft dabei, deren Häufigkeit realistisch einzuschätzen. Einen persönlichen Nutzen können die Meldenden aus der optionalen Beratung durch Mitglieder der Arzneimittelkommission Zahnärzte ziehen.

Waren es sonst hauptsächlich Antibiotika, die Nebenwirkungen verursachten, tauchen 2021 Impfstoffe wie AZD 1222 oder Comirnaty im Kommissionsbericht auf. Wie bewerten Sie das?

Ab dem Jahr 2021 wurden Impfungen gegen COVID 19 millionenfach verabreicht. Eine hohe Anzahl von Nebenwirkungen ist deshalb nicht erstaunlich. Werden diese im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung entdeckt bzw. berichten Patientinnen oder Patienten darüber, sind UAW-Meldungen zu Impfstoffen durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte nicht zu beanstanden. Zudem war der Berufsstand auf Initiative der Bundeszahnärztekammer ab 2022 selbst dazu berechtigt, diese Impfungen durchzuführen.

Haben Sie noch Hinweise für die Praxen, was den täglichen Umgang mit Arzneimitteln angeht?

Arzneimittel sollten stets indikationsgerecht verordnet werden. Dies verringert die Belastungen für die Patienten und die Umwelt. Zudem hilft es, die Entwicklung von Resistenzen gegen Antibiotika zu verhindern. Bei der Auswahl der Medikamente sollten aktuelle Leitlinien oder die Informationen über zahnärztliche Arzneimittel (IZA) und nicht die Werbeaussagen einzelner Hersteller zu Rate gezogen werden. Dadurch könnte z.B. die nach wie vor zu hohe Anzahl an Verordnungen des Wirkstoffs Clindamycin gesenkt werden. Vor der Verordnung eines Arzneimittels sollte zudem geprüft werden, ob Wechselwirkungen mit der bereits vorhandenen Medikation entstehen können. ■

_____ Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der ZN Sachsen-Anhalt



Foto: umg/miklas richter

Mit einer akademischen Feierstunde am Freitag, dem 12. Januar 2024, verabschiedete die Medizinische Fakultät an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) ihre insgesamt 32 Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin im Wintersemester 2023/24.

Examensfeier für Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner der Medizinischen Fakultät

- Abschlussfeier der Medizinischen Fakultät für 32 Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin im Wintersemester 2023/24 in der Aula am Wilhelmsplatz Göttingen am Freitag, 12. Januar 2024.
- Prof. Dr. Philipp Franz Meyer-Marcotty, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie der UMG, mit Festvortrag „Die Lehren des Hippokrates in der modernen Zahnmedizin – aktueller denn je!“.

Die Medizinische Fakultät der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) feierte am Freitag, 12. Januar 2024, ihre insgesamt 32 Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin im Wintersemester 2023/24. Der eineinhalbstündige akademische Festakt fand am frühen Nachmittag in der Aula am Wilhelmsplatz in Göttingen statt.

Die Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin und ihre Angehörigen wurden zu Beginn der Veranstaltung von Prof. Dr. Annette Wiegand, Studiendekanin der Medizinischen Fakultät und Direktorin der Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der UMG, begrüßt. Henner Bunke, D.M.D. (Doctor of Dental Medicine)/Univ. of Florida, Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen, hielt anschließend eine feierliche Ansprache und gratulierte den Absolventinnen und Absolventen zu ihren bestandenen Prüfungen. Die beiden Examensbesten, Sophia Peek und

Sharon Lou Pierre, wurden mit einem Fortbildungsgutschein der Zahnärztekammer Niedersachsen durch Präsident Henner Bunke geehrt.

Aus den Reihen der Absolventinnen und Absolventen sprachen die Semestersprecherin Isabell Rhode und der Semestersprecher Johannes Pöttker. Prof. Dr. Philipp Franz Meyer-Marcotty, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie der UMG, hielt den Festvortrag zum Thema „Die Lehren des Hippokrates in der modernen Zahnmedizin – aktueller denn je!“ und überreichte den Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin anschließend ihre Examensurkunden. Am Ende der Veranstaltung legten alle Absolventinnen und Absolventen gemeinsam mit Prof. Dr. Philipp Franz Meyer-Marcotty das Genfer Gelöbnis ab. Für den musikalischen Rahmen der Feier sorgte die Göttinger Band JAZZdeLUXE mit Bernd Nawothnig am Vibraphon, Carsten Kutzner an der Gitarre und Thomas Koch am Kontrabass. ■

_____ UMG



Foto: MQDesign Werbeagentur/generiert mit KI

Zwischenprüfung vs. Gestreckte Abschlussprüfung Teil 1 (GAP 1) – ein potentiell fataler Fehler in der Wahrnehmung

W

ie Sie sicherlich wissen, wurde im August 2022 die Ausbildungsordnung novelliert und die sogenannte Gestreckte Abschlussprüfung (GAP) eingeführt. Durch zahlreiche Telefonate mit Zahnarztpraxen in den letzten Wochen haben wir jedoch den Eindruck gewonnen, dass vielen Praxen nicht die erheblichen Unterschiede zwischen der nach alter Prüfungsordnung gewohnten, bisherigen Zwischenprüfung und dem Teil 1 der neuen GAP bewusst sind.

Generationen von Zahnarztthelfer/-innen und Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) hatten in der Mitte ihrer Ausbildungszeit die altbekannte Zwischenprüfung. Die Teilnahme an der Zwischenprüfung war lediglich eine Zulassungsvoraussetzung für die Abschlussprüfung. Das erzielte Zwischenprüfungsergebnis war „nebensächlich“, da es nur den Leistungsstand wiedergab und nicht in das Prüfungsergebnis am Ende der Ausbildungszeit einfluss.

Mit Einführung der neuen Ausbildungsordnung ZFA zum 01.08.2022 wurden die bisherige Zwischen- und Abschlussprüfung durch die GAP ersetzt. Das bedeutet, dass die Abschlussprüfung aus zwei zeitlich auseinanderfallenden Teilen – Teil 1 und Teil 2 – besteht. Somit kommt dem Teil 1 der GAP, der aus zwei schriftlichen Prüfungsteilen besteht, genau so viel Bedeutung zu wie dem am Ende der Aus-

bildung anstehenden Teil 2 der GAP. Dieser Teil 2 besteht ebenfalls aus zwei schriftlichen und zusätzlich einem praktischen Prüfungsteil.

Die in Teil 1 der GAP erzielten Ergebnisse zählen vollumfänglich in das Gesamtergebnis der Abschlussprüfung zur/ zum Zahnmedizinischen Fachangestellten und können somit das Gesamtergebnis der Prüfung massiv beeinflussen. Unter Umständen können die schriftlichen Ergebnisse aus Teil 1 mitentscheidend für das Bestehen oder Nichtbestehen der Prüfung sein.

Aus diesem Grund ist es von immenser Wichtigkeit, dass Sie, liebe Ausbildungspraxen, Ihre Auszubildenden, die in diesem Jahr erstmalig nach der neuen Ausbildungsordnung geprüft werden, noch einmal auf die Bedeutung des Teil 1 der GAP hinweisen. Ferner muss der für diesen Teil 1 prüfungsrelevante Stoff vollumfänglich bis zur Prüfung vermittelt worden sein. ■

Weitere Informationen zur Gestreckten Abschlussprüfung (GAP) finden Sie hier:
<https://zkn.de/zfa-ausbildung/rund-um-die-pruefung/absolventen-neue-abschlusspruefung/>



_____ Ihre Zahnärztekammer Niedersachsen



„Was man nicht ändern kann, muss man von einer anderen Perspektive betrachten.“
Fritz P. Rinnhofer (1939-2020), Publizist



BOOSTER-TIPP

Fokus Personalführung – Booster-Tipp für Führungsqualitäten

SIND SIE OFFEN FÜR ANDERE, NEUE PERSPEKTIVEN?

Kennen Sie schon den Begriff „Generation Snowflake“? Damit werden junge Menschen bezeichnet, die Älteren als so zerbrechlich wie Schneeflocken erscheinen. Sie sind die Kinder der Helikoptereltern, die ihnen auf ihrem Lebensweg jeden Stein aus dem Weg geräumt haben. Sie gelten als verhätschelt, unfähig Herausforderungen zu bewältigen oder auch nur Kritik zu ertragen. Sie maulen über die 40-Stunden-Woche, empfinden 30 Tage Urlaub als Unverschämtheit und schreien laut nach Work-Life-Balance. Ein schönes Beispiel gibt das Video „Nervenzusammenbruch wegen 36.000 Euro Jahresgehalt“, das viral ging. Vielleicht haben Sie es auch gesehen?

Die Vertreter der Generation Snowflake betreten gerade den Arbeitsmarkt und treffen dort häufig auf PraxisinhaberInnen und Teammitglieder mit hoher Leistungsorientierung. Das führt zwangsläufig zu Konflikten, bei denen die PraxisinhaberInnen aufgrund des Fachkräftemangels in der schlechteren Position sind. Das weiß die Generation Snowflake ganz genau und sieht daher keine Notwendigkeit, sich anzupassen.

Immer dann, wenn wir mit etwas konfrontiert sind, das wir nicht ändern können, gilt es, unsere Perspektive darauf zu verändern. Vielleicht ist unsere eigene, von einer hohen Leistungsbereitschaft geprägte Perspektive auch nicht der Weisheit letzter Schluss? Schließlich kennen wir alle Menschen, deren hoher Leistungswille zu Lasten der körperlichen und mentalen Gesundheit in den Burnout

geführt hat. Wie immer ist es doch die Dosis, die das Gift macht. Vielleicht können wir von der Generation Snowflake einen gesünderen Umgang mit unseren eigenen Ressourcen lernen? Und vice versa: Vielleicht lernt auch die Generation Snowflake von uns? Ich bin davon überzeugt, dass wir an der Vielfalt gemeinsam wachsen können. Wie sehen Sie das?

Persönliche Anmerkung der Autorin:

Ich bin kein Freund von Schubladendenken und weise daher ausdrücklich darauf hin, dass es – wie in jeder Generation – vermutlich eine Normalverteilung aus Snowflake- und leistungsbereiten Menschen gibt. Ich kenne viele wunderbare, jüngere Menschen aus den Praxen, mit denen ich arbeite, die sich hervorragend in leistungsbereite Teams einfügen und eine echte Bereicherung für sie sind. Ich wünsche Ihnen, dass eben solche den Weg in Ihre Praxis finden. Tipp: Je klarer Sie Ihre persönliche Philosophie auf Ihrer Webseite und in den Sozialen Medien kommunizieren, desto leichter wird es Ihnen fallen, genau die Mitarbeiter anzuziehen, die zu Ihnen und Ihrem Team passen.

Sie haben Wünsche zum Thema Personalführung in Ihrem NZB? Melden Sie sich gern bei der Redaktion oder direkt bei der Autorin. ■

Foto: Die ZA



Dr. Susanne Woitzik

Expertin für betriebswirtschaftliche Praxisführung sowie Persönlichkeits- und Teamentwicklung
→ swoitzik@die-za.de

RECHTSTIPP

Reform im Personengesell- schaftsrecht (MoPeG)

INFORMATIONEN FÜR ZAHNARZTPRAXEN ZUM NEUEN PERSONENGESELLSCHAFTSRECHT

Zum 1. Januar 2024 tritt das Gesetz zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MOPEG, bekannt als „Mauracher Entwurf“) in Kraft. Damit hat der Gesetzgeber das Personengesellschaftsrecht umfassend reformiert.

Die künftigen Änderungen des Gesellschaftsrechts sind auch für bestehende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) relevant. Zahnärzte, die entsprechende Kooperationen künftig eingehen möchten, sollten sich die Änderungen daher genauer ansehen. Bedeutung finden sie auch für Praxisumstrukturierungsbestrebungen von Praxisgebern. Der nachfolgende Beitrag soll einen Überblick über die wesentlichen Änderungen verschaffen, die auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Berufsausübung haben können.

Hintergrund

Die teilweise noch aus dem 19. Jahrhundert stammende Gesetzeslage zum Recht der Gesellschaften bürgerlichen Rechts entsprach schon lange nicht mehr den Interessen und Bedürfnissen der Praxis. Aus diesem Grund waren zunehmend vom Gesetz abweichende Regelungen in Gesellschaftsverträgen notwendig, was in der Folge zu einer Vielzahl, teilweise divergierender Rechtsprechung führte. Mit der Reform hat der Gesetzgeber das Gesellschaftsrecht insgesamt modernisieren wollen. Er verfolgt damit die Absicht, Diskrepanzen im Interesse der Rechtssicherheit zu beseitigen.



Wesentliche Änderungen zum 1. Januar 2024

a. Rechtsfähigkeit der GbR wird auch gesetzlich normiert
Mit Einführung des § 705 Abs. 2 S. 1 Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) wandelt sich das Leitbild der GbR von der bloßen Gelegenheitsgesellschaft zu einer auf Dauer angelegten Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Die Rechtsfähigkeit der Außen-GbR wird gesetzlich geregelt. Als rechtsfähige GbR ist sie damit selbst Trägerin von Rechten und Pflichten. In der Konsequenz wird das Vermögen der GbR auch der Gesellschaft selbst zugeordnet. Das zuvor geltende Gesamthandsprinzip gilt nicht mehr. Damit erfährt insbesondere die ärztliche Berufsausübungsgesellschaft, sog. Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), in der Rechtsform einer GbR, in den §§ 706 bis 739 BGB eine umfassende Neuregelung gegenüber dem alten Recht.

b. Informationsrechte, Abfindungsregelungen bei Ausscheiden eines Gesellschafters und Nachhaftung
Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen weitreichende Informationsrechte der einzelnen Gesellschafter gegenüber der Gesellschaft vor. Diese Informationsrechte können gesellschaftsvertraglich nicht ohne weiteres zulasten der Gesellschafter eingeschränkt werden. Auch werden neue Abfindungsregelungen normiert. Von Bedeutung ist die Regelung, nach der sich die Abfindungshöhe abhängig vom Wert des jeweiligen Geschäftsanteils bestimmt. Außerdem findet sich künftig ein Anspruch des ausscheidenden Gesellschafters auf Befreiung von der Haftung von den Gesellschaftsverbindlichkeiten gesetzlich wieder.

c. GbR wird eintragungsfähig – eGbR

Angelehnt an das Handels- und Vereinsregister soll auch die GbR durch die Einrichtung eines eigenständigen Gesellschaftsregisters bei den Amtsgerichten künftig eintragungsfähig sein. Hierdurch soll den vielfach kritisierten Publizitätsdefiziten der GbR abgeholfen werden. Die dann eingetragene GbR (sog. eingetragene Gesellschaft bürgerlichen Rechts) hat gem. § 707 a Abs. 2 BGB zwingend einen Rechtsformzusatz zu führen (eGbR). Eine Pflicht zur Eintragung besteht dennoch nicht. Insofern hat die Eintragung keine konstitutive Wirkung für die Erlangung der Rechtsfähigkeit. Nichtsdestotrotz bedingt die Eintragung im öffentlich zugänglichen Register ein hohes Maß an Rechtssicherheit. Sie statuiert eine unwiderlegbare Vermutung für die Rechtsfähigkeit der Gesellschaft. Im Rechtsverkehr muss sich also jeder grds. darauf verlassen dürfen, dass die Angaben im Register richtig und vor allem aktuell sind.

d. Strikte Unterscheidung zwischen

Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis

Während nach altem Recht die Vertretungsmacht in Verbindung mit der Geschäftsführungsbefugnis stand, gilt nach neuer Rechtslage eine strikte Trennung der Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis. Zur Führung der Geschäfte der Gesellschaft sind nach § 715 Abs. 1 BGB alle Gesellschafter berechtigt und verpflichtet (sog. Gesamtgeschäftsführungsbefugnis). Sind alle (d.h. sämtliche) geschäftsführungsbefugten Gesellschafter verhindert, bei einem Geschäft mitzuwirken, kann nach der neuen (nicht dispositiven) Regelung des § 715 a BGB jeder Gesellschafter das Geschäft vornehmen (sog. Notgeschäftsführungsbefugnis). Voraussetzung hierfür ist, dass mit dem Aufschub Gefahr für die Gesellschaft oder das Gesellschaftsvermögen besteht. Dadurch wird jedoch dem Gesellschafter keine Vertretungsbefugnis im Außenverhältnis gegenüber Geschäftspartnern eingeräumt.

e. Umwandlungsrecht gilt für die eGbR

Die eGbR wird auch, anders als die nicht eingetragene GbR, umwandlungsfähig. Nach Maßgabe des Umwandlungsgesetzes (UmwG) kann diese an einer Spaltung oder Verschmelzung teilnehmen. Es besteht daher die Möglichkeit, dass direkt in eine GmbH umgewandelt wird. Hieraus folgen erhebliche Erleichterungen für Praxisumstrukturierungen, insbesondere für die Umwandlung einer BAG-GbR zu einer MVZ-GmbH.

f. Öffnung der Personenhandelsgesellschaften für die freien Berufe

Zukünftig sollen nicht nur „Kaufleute“ i.S.d. § 1 Handelsgesetzbuch (HGB) die Rechtsformen der OHG, KG, GmbH & Co. KG wählen können, auch für die Freien Berufe wird

der Zugang zu diesen Gesellschaftsformen eröffnet. Gem. § 107 Abs. 1 S. 2 HGB kann dies jedoch nur im Zusammenspiel mit den entsprechenden vertragszahnärztlichen und vor allem berufsrechtlichen Regelungen erfolgen. Die Öffnung zu den genannten Rechtsformen ist nur dann möglich, wenn das Vertragszahnarztrecht und das landesrechtliche Berufsrecht dies zulassen (Berufsvorbehalt). In diesem Zusammenhang stellt sich zwangsläufig die Frage, inwiefern es mit dem Grundgedanken des freien zahnärztlichen Berufs vereinbar ist, den Zusammenschluss zu einer dieser Gesellschaftsformen zu gewähren. Bislang sieht das zahnärztliche Berufsrecht eine solche Regelung nicht vor. Die Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (MBO-Z) entbehrt einer ausdrücklichen Regelung, wie es § 18 Abs. 2 Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) für die allgemeinen Ärzte vorsieht. Vielmehr spricht die Regelung in § 1 Abs. 4 Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG), wonach die Ausübung der Zahnheilkunde kein Gewerbe ist, für eine Unzulässigkeit der Gesellschaftsform der GmbH & Co. KG für den zahnärztlichen Beruf. Für die Zulässigkeit bedarf es der Änderung der MBO-Z. An dieser Stelle wird wohl auch eine Änderung des Niedersächsischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) nötig sein. Eine Öffnung dieser Rechtsformen dürfte jedoch in Zukunft für erhebliche (steuer-)rechtliche Vorteile sorgen.

Fazit

Zahnärzte und Inhaber von Zahnarztpraxen sind auch weiterhin unter Beachtung der vertragszahnarzt- und berufsrechtlichen Vorgaben frei bei der Ausgestaltung ihrer Kooperationen.

Die Gesetzesänderungen eröffnen erheblich mehr (rechtliche) Gestaltungsspielräume im Hinblick auf Kooperationsvorhaben, Praxisumstrukturierungen und Nachfolgeplanungen. Für bestehende Gesellschaftsverträge gilt, dass diese fort gelten. Es bietet sich anlässlich der Reform an bestehende Gesellschaftsverträge einer Compliance-Prüfung zu unterziehen und ggf. eine Anpassung der vertraglichen Bestimmungen durchzuführen.

Bei Unsicherheiten und Fragen zu der bevorstehenden Reform des Personengesellschaftsrechts, insbesondere zu künftigen Kooperations- und Praxisabgabeentscheidungen raten wir, anwaltliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Für Rückfragen steht Ihnen die Rechtsabteilung der ZKN gerne zur Verfügung. ■

_____ *RAin Mehriban Saka*

Stv. Abteilungsleiterin Rechtsabteilung ZKN

ZKN-Relevante Rechtsprechung

Die sprechende Medizin ist in der GOZ und GOÄ eklatant unterbewertet, bzw. gänzlich unberücksichtigt.

Diesem Umstand trägt eine Entscheidung des **AG Bad Homburg (Az.: 2 C 2367/17 vom 5.10.2022)** Rechnung, in der die analoge Berechnung einer „vertiefenden und ausführlichen“ Beratung im Zusammenhang mit einer umfangreichen zahnärztlichen Versorgung bestätigt wird:

„Unter eigener kritischer Würdigung der Ausführungen des Sachverständigen ist das Gericht zu der Feststellung gelangt, dass es sich bei den gemäß Ziffer 30 GOÄ analog abgerechneten Beratungsleistungen um eine selbständige ärztliche Leistung nach § 4 Abs. 2 GOZ handelte, die gemäß § 6 GOZ nach der verwendeten Analogziffer abgerechnet werden konnte.“

Unter Anwendung des 2,3-fachen Satzes bewirkt die Geb.-Nr. 30 GOÄ eine Vergütung vom 120,65 Euro. ■



SIE HABEN FRAGEN, ANREGUNGEN RUND UM DIE GOZ UND DEREN ANWENDUNG?

Nehmen Sie Kontakt auf unter → rechtsabteilung@zkn.de.



ZKN-BERECHNUNGSEMPFEHLUNG

Die Geb.-Nr. 5 GOÄ ist im Behandlungsfall neben (sitzungsgleich) Leistungen der Abschnitte C. bis O. der GOÄ nur einmal berechnungsfähig. Der Behandlungsfall ist definiert als der Zeitraum eines Monats für die Behandlung derselben Erkrankung nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes. Eine entsprechende Beschränkung in Bezug auf Leistungen der GOZ existiert nicht. Sofern in einer Sitzung also keine Leistungen der Abschnitte C. bis O. der GOÄ berechnet werden, ist die Geb.-Nr. 5 GOÄ sitzungsgleich mit Leistungen der GOZ im Behandlungsfall mehrfach berechnungsfähig, zum Beispiel zur Verlaufskontrolle bei einer Erkrankung oder nach einem Eingriff.

Allerdings dürfen keine Leistungsüberschneidungen mit in derselben Sitzung berechneten GOZ-Leistungen bestehen.

Geb.-Nr. 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung

Dr. Michael Striebe,
ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: Uni-Klinikum Göttingen, Hörsaal HS 542, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
13.03.2024, 17:00 – 20:00 Uhr	Präsenz-Seminar Update Mundschleimhautrekrankungen – klinische Erkennung von malignen Läsionen und Präkanzerosen, <i>Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kassel</i>

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Online

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

Tel.: 0511 83391-311, E-Mail: bezirksstellenfortbildung@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
02.03.2024, 10:00 – 12:00 Uhr	Online Seminar Okklusion physiologisch gedacht, <i>Dr. Christian Leonhardt, Augsburg</i>
22.05.2024, 18:00 – 20:00 Uhr	Online Seminar Minimalinvasive WSR, <i>Dr. Tom Schloss, M.Sc., Nürnberg</i>

Bei Onlineveranstaltungen werden die Zugangsdaten automatisch an die Mitglieder der jeweiligen Bezirksstelle versandt. Sollten Sie Interesse an einer Veranstaltung einer anderen Bezirksstelle haben, melden Sie sich bitte bis spätestens einen Tag vor Veranstaltungsbeginn bei Melanie Milnikel (mmilnikel@zkn.de), um die Zugangsdaten noch zu erhalten.

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Carl v. Ossietzky Universität, Ammerländer Heerstr. 114, 26122 Oldenburg

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
24.02.2024, 09:00 – 13:00 Uhr	Präsenz-Seminar Alles beginnt mit einem Scan, <i>Dr. Dirk Ostermann</i>
11.04.2024, 19:00 – 22:00 Uhr	Online Seminar Die erfolgreiche endodontische Primärbehandlung – Welche Fehler sollte ich vermeiden? <i>Dr. Franziska Haupt, Göttingen</i>
27.05.2024, 19:00 – 21:00 Uhr	Online Seminar Neue Horizonte in der Kinderzahnheilkunde: Alternativen zur konventionellen Füllungstherapie im Milchgebiss Teil 1, <i>Dr. Ruth Santamaria, Greifswald</i>
28.05.2024, 19:00 – 21:00 Uhr	Online Seminar Neue Horizonte in der Kinderzahnheilkunde: Alternativen zur konventionellen Füllungstherapie im Milchgebiss Teil 2, <i>Dr. Ruth Santamaria, Greifswald</i>

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Str. 297, 27283 Verden

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
13.03.2024, 18:00 – 21:00 Uhr	Präsenz-Seminar Intraoralscanner in der alltäglichen Praxis, <i>Dr. Nadine Buchholz, Bad Fallingbostal, Stephan Neuhaus, Oldenburg</i>
10.04.2023, 19:00 – 21:00 Uhr	Online Seminar Kompromittierte Implantate: Ursachen und Therapiekonzepte, <i>Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Ansbach</i>
29.05.2024, 19:00 – 21:00 Uhr	Online Seminar WSR vs. Revision, <i>OÄ Sr. Heike Steffen, Greifswald</i>

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover
Ansprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

KOMPAKTCURRICULUM PARODONTOLOGIE

45 Fortbildungspunkte

Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel, Hannover
Kursgebühr: 1200,- € (nur als Paket buchbar)

- ▶ Modul 1 - Online
23.02.2024 von 14:00 bis 19:30 Uhr/
24.02.2024 von 09:00 bis 18:30 Uhr
- ▶ Modul 2 - Online
05.04.2024 von 14:00 bis 19:30 Uhr/
06.04.2024 von 09:00 bis 18:30 Uhr
- ▶ Modul 3 - Präsenz
03.05.2024 von 14:00 bis 19:30 Uhr/
04.05.2024 von 09:00 bis 16:00 Uhr

08.03.2024 Z 2420 9 Fortbildungspunkte

Modulreihe Implantologie & Chirurgie – Hands-On – Modul 1 von 4

Basistechniken und Grundlagen für implantologische und chirurgische Eingriffe, Schnitt- und Nahttechniken

Dr. Nina Psenicka, Düsseldorf
08.03.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr: 437,- €

09.03.2024 Z 2421 9 Fortbildungspunkte

Modulreihe Implantologie & Chirurgie – Hands-On – Modul 2 von 4

Knoschenschonende Zahntfernung, ästhetische und minimal-invasive Implantologie und Chirurgie, Membrantechnik, GBR (Guided bone regeneration), Nervdarstellung, Wurzelspitzenresektion

Dr. Nina Psenicka, Düsseldorf
09.03.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr: 437,- €

19.04.2024 Z 2422 9 Fortbildungspunkte

Modulreihe Implantologie & Chirurgie – Hands-On – Modul 3 von 4

Augmentationschirurgie, Sofortimplantation, Implantatfreilegungstechniken, interner Sinuslift, Weichgewebsmanagement in der Implantologie und der plastischen Parodontalchirurgie, GTR (Guided tissue regeneration)

Dr. Nina Psenicka, Düsseldorf
19.04.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr bei Anmeldung bis 19.02.2024:
406,- €, danach 446,- €

20.04.2024 Z 2423

9 Fortbildungspunkte

Modulreihe Implantologie & Chirurgie – Hands-On – Modul 3 von 4

Ästhetikmanagement auf dem Gebiet der Implantologie, externer Sinuslift mit Komplikationsmanagement, vertikale und horizontale Augmentationstechniken, Knochenblock, Konzept des All-on-4® in Chirurgie und Prothetik

Dr. Nina Psenicka, Düsseldorf
20.04.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr bei Anmeldung bis 20.02.2024: 406,- €, danach 446,- €

Prothetische Zahnmedizin von Adhäsiv bis Zirkonoxid – ein Update

Online-Seminar

Die prothetische Zahnmedizin entwickelt sich nach wie vor permanent weiter. Einzelzahnlücken, reduzierter Restzahnbestand, zahnloser Kiefer: Was gibt es Neues?



Prof. Dr. Nicole
Passia

Gehörten minimalinvasive adhäsivprothetische Maßnahmen gestern noch zu den „exotischen“ Behandlungsmethoden, haben Sie heute einen festen Platz im prothetischen Behandlungsrepertoire, sowohl festsitzend als auch abnehmbar.

Wie konditioniere ich welchen Werkstoff und welches Adhäsiv verspricht den größten Erfolg? Auch der Markt des CAD/CAM-gefertigten Zahnersatzes wächst stetig und die Präzision digitaler Abformung nimmt permanent zu.

- ▶ Analog oder digital? Wo liegen Vor- und Nachteile?
- ▶ Und ist die digitale Totalprothese schon praxisreif?
- ▶ Zirkonoxidkeramik wird als Werkstoff immer beliebter, aber was muss ich beachten?
- ▶ Wodurch unterscheiden sich die verschiedenen Generationen voneinander und welche klinische Konsequenz hat das?

Diese und andere Fragen rund um das Thema zahnärztliche Prothetik sollen in diesem Seminar beantwortet werden.

Referentin: Prof. Dr. Nicole Passia, Dresden
Freitag, den 01.03.2024, 15:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr: 72,- €

Kurs-Nr.: Z 2412

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Dieser Wandel bringt Fortschritt: Von der parodontalen Vorbehandlung zur Therapiestufe 1

Ein Update für die ZMP mit praktischen Übungen

Dieser Wandel bringt Fortschritt: Von der parodontalen Vorbehandlung zur Therapiestufe 1 Ein Update für die ZMP mit praktischen Übungen Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinien der European Federation of Periodontology (EFP) ermöglichen es den Zahnarztpraxen, eine strukturierte, evidenzbasierte Behandlung der chronisch erkrankten PAR-Patienten umzusetzen. Nach Inkrafttreten der aktuellen Richtlinie ist dies auch in wesentlichen Teilen, für den GKV-Patienten möglich. Die Therapiestufe 1 hat zum Ziel, mit Kontrolle lokaler und systemischer Risikofaktoren, Krankheitsaufklärung (ATG) und Mundhygieneoptimierung (MHU) den Grundstein für eine erfolgreiche, nachhaltige Parodontitistherapie zu legen. Mit Konzept und fundierten Fachkenntnissen ist sie auch die Chance auf eine lebenslange Patientenbindung. Erfahren Sie in diesem Seminar alles über den Inhalt der Therapiestufe 1 und Ihren Aufgaben- und Kompetenzbereich. Sie erhalten Tipps aus der Praxis und eine Checkliste zur Ablaufplanung. Bauen Sie auf vorhandenem Wissen auf und trainieren Sie Ihre praktischen Fertigkeiten.

Aus dem Seminarinhalt:

1. Theoretischer Hintergrund

Was muss ich über Ursachen und Therapie der Parodontitis wissen?

- ▶ Was ist Inhalt der Therapiestufe 1 und wie gestalten wir, als Team, den Ablauf sinnvoll?
- ▶ Welche Aufgaben übernehme ich als ZMP?
- ▶ Wie motiviere ich die Patienten nachhaltig für eine optimierte Mundhygiene?

2. Praktisches Training am Phantom

- ▶ Welche Informationen und Befunde benötige ich von meinen Patienten? Wie setze ich dies praktisch um?
- ▶ Welche Geräte und Instrumente sind für die professionelle mechanische Plaquerreduktion (PMPR) im Rahmen der Therapiestufe 1 sinnvoll? Wie setze ich sie effektiv ein?

Referentin: Simone Klein, Berlin

Samstag, 09.03.2024 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr: 297,- €

Kurs-Nr.: F 2420



Simone Klein

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

01./02.03.2024 F 2411

Der Einstieg in die professionelle Zahnreinigung

Genoveva Schmid, Berlin

01.03.2024 von 14:00 bis 18:00 Uhr

02.03.2024 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr: 440,- €

06.03.2024 F 2419

Prophylaxe trifft Kieferorthopädie

Denise Krahrmer, Hannover

06.03.2024 von 14:00 bis 19:00 Uhr

Kursgebühr: 132,- €

13.03.2024 F 2421

Prophylaxe-Power-Special 2024 – ein kompakter Update-Kurs

Solveyg Hesse, Selent

13.03.2024 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr: 193,- €

15.03.2024 F 2422

Die UPT-Spezialisten – ein praktischer Arbeitskurs

Sabine Sandvoß, Hannover

15.03.2024 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: 374,- €

15.03.2024 F 2428

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing

15.03.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 264,- €

16.03.2024 F 2423

Die UPT-Spezialisten – ein praktischer Arbeitskurs

Sabine Sandvoß, Hannover

16.03.2024 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: 374,- €

16.03.2024 F 2430

Die Rezeption – Das Herz der Praxis

Brigitte Kühn, Tutzing

16.03.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 264,- €

Termine



16.03.2023 Neumünster Holstenhallen

31. Schleswig-Holsteiner Zahnärztetag

„Einfach kann jeder“

Schwierige Fälle in der Zahnmedizin



16.03.2023 Schloss Bothmer, Klütz
6. Fortbildungstag der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern



12.+13.04.2024 Hannover
Tagungswochenende für den zahnärztlichen
Berufseinstieg



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

03.01.2024 Dr. Peter Kahn (85), Cuxhaven

21.01.2024 Dr. Eckard Jacobi (89), Syke

25.01.2024 Dr. Fritz Karl Werner (75), Oldenburg

27.01.2024 Dr. Wilhelm Kielhorn (70), Winsen

01.02.2024 Dr. Wolfgang Lohse (75), Buxtehude

05.02.2024 Dr. Bertram Schultke (75), Uslar

08.02.2024 Anke Ruhland (70), Göttingen

13.02.2024 Dr. Hans-Jürgen Klatt (92), Adelheidsdorf



Claudia Rux



Tatjana Gastorf



Dr. Ulrich Hafke

30-jähriges Dienstjubiläum mit Praxisjubiläum

Wir gratulieren Claudia Rux und Tatjana Gastorf zum 30-jährigen Dienstjubiläum in der Zahnarztpraxis Dr. Hafke & Haensch.

Claudia Rux ist seit dem ersten Tag in der Praxis und hat diese vor 30 Jahren mit Dr. Hafke zusammen eingerichtet. Sie leitet das ganze Praxisteam mit großem Engagement, ist sehr verantwortungsbewusst, selbstständig, hat ein sehr gutes Fachwissen und erledigt zusätzlich die Verwaltungsarbeiten perfekt. Ihre große Zuverlässigkeit ist die Basis für den gesamten Praxisablauf.

Tatjana Gastorf hat vor 30 Jahren ihre Ausbildung zur ZFA in der Praxis begonnen und ist das freundliche Gesicht an der Anmeldung. Sie bleibt durch ihre gute Kommunikationsfähigkeit immer entspannt und höflich an der Rezeption. Ihre große Hilfsbereitschaft macht sie sehr sympathisch.

Herzlichen Glückwunsch an das ganze Praxisteam Dr. Hafke & Haensch! ■

_____ Dr. Brigitta Hafke, Hannover



Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

Dr. Hans Joachim Hoeschen
geboren am 08.01.1928,
verstorben am 07.10.2023

Dr. Otmar Martin
geboren am 22.04.1950,
verstorben am 26.11.2023

Peter Friedrich Geertz
geboren am 31.08.1930,
verstorben am 04.01.2024

Dr. Wilhelm Vogt
geboren am 21.02.1930,
verstorben am 12.11.2023

Dr. Almuth Mengers
geboren am 18.12.1962,
verstorben am 04.12.2023

Mitteilungen des Zulassungsaus- schusses

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 13.02.2024	für die Sitzung am 13.03.2024
Abgabe bis 20.03.2024	für die Sitzung am 24.04.2024
Abgabe bis 02.05.2024	für die Sitzung am 05.06.2024
Abgabe bis 27.06.2024	für die Sitzung am 31.07.2024
Abgabe bis 08.08.2024	für die Sitzung am 11.09.2024
Abgabe bis 25.09.2024	für die Sitzung am 30.10.2024
Abgabe bis 05.11.2024	für die Sitzung am 04.12.2024

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Mittelbereich Emden: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades besteht auf den Inseln Baltrum, Norderney und 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

_____Stand: 11.01.2024



Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Göttingen

Osterode Paus, Alexander Martin

Seesen Mitas, Ivan

Verwaltungsstelle Hannover

Garbsen Dr. Tafazzoli Shadpour, Hossein

Hannover Martens, Laura

Hannover Dr. Wehr, Alexander

Verwaltungsstelle Osnabrück

Bramsche Dr. Simon-Grass, Christina

Dissen a. T. W. Dr. Schröder, Ralf (Teilzulassung)

Verwaltungsstelle Stade

Buxtehude Gablawi, Anwar

Harsefeld Dr. med. dent. Hoheisel, Marcel

Harsefeld Sklarzik, Maria Theresa

Verwaltungsstelle Verden

Lauenbrück Ziegler, Sebastian

Medizinische Versorgungszentren

Verwaltungsstelle Braunschweig

Salzgitter Zahnzentrum
Dr. Parusel MVZ GmbH

Verwaltungsstelle Hannover

Neustadt a. Rbge. Dein Zahnarzt
Helstorf MVZ GmbH

Verwaltungsstelle Oldenburg

Barßel Dr. Balaom Mundgesund
Barßel ZMVZ (GmbH)

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

Der Vorstand der KZVN

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur sachlich-rechnerischen Berichtigung von KCH-Leistungen für das Quartal Q 03/2021 vom 08.12.2023 für den Zahnarzt

Dr. Martin Gerlach,
Pappelallee 9, 26160 Bad Zwischenahn

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 19.02.2024 bis zum 04.03.2024, bei Frau Popp (Abteilung Abrechnung) eingesehen werden.

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

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

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Ruth Rosien.....Nr. 9732 vom 09.01.2019

Dietrich Emmert.....Nr. 9211 vom 26.04.2017

Dr. Uwe Bantelmann.....Nr. 2262 vom 18.04.1989

Dr. Wolf-Dietrich Ahlhelm..Nr. 9341 vom 06.09.2017

Anke Grundmeyer.....Nr. 6102 vom 27.11.2007

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

_____ZKN

Aktualisierungshinweise Vertragsmappe

01/2024



Fach-Nr.	Inhalt	gültig ab	Entfällt ab:
	Inhaltsverzeichnis Ordner A	01.01.2024	
1.1.	Sozialgesetzbuch V (SGB V)	22.12.2023	
3.3.1.3.	Geschäftsordnung des Vorstands der KZVN	01.01.2024	
3.5.4.	Hinweise zur Teilnahme an der Sofortauszahlung (SAZ) Erklärung zur Teilnahme an der Sofortauszahlung (SAZ)		01.01.2024
4.3.	Bundsmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) *)	24.11.2023	
5.1.1.	BEL-Höchstpreise für gewerbliche Labore/Praxislabore (BEL II 2024)	01.01.2024	

Die aktuelle Fassung der Vertragsmappe ist unter www.kzvn.de im Mitgliederportal unter dem Menüpunkt „Verträge/Vertragsmappe“ eingestellt. Die neuen oder geänderten Regelwerke können auf Anforderung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

*) Hinweis zu Fach 4.3.:

Zuletzt geändert durch 43. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 23.11.2023 – Änderungen in Anlage 16 BMV-Z (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 366 Absatz 1 SGB V) Datum des Inkrafttretens: 24.11.2023



Auskünfte erteilt: Servicehotline für Vertragsfragen, Tel.: 0511 8405-206



MITTEILUNG DES AVW

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen hat am 10./11.11.2023 gem. § 25 Nr. 1i HKG mit der erforderlichen qualifizierten Mehrheit Änderungen der Satzung für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung des

Altersversorgungswerkes der Zahnärztekammer Niedersachsen (ABH) beschlossen. Sie wurden mit Bereitstellungsdatum vom 31.01.2024 auf der Homepage der ZKN unter der Internetadresse <https://zkn.de/zahnaerzte-und-praxisteam/rechtliches-formulare/beruf-und-recht/> veröffentlicht und bereitgestellt, worauf hiermit nach der Veröffentlichung im Internet nachrichtlich hingewiesen wird.

Ein gemeinsames Mitteilungsblatt von



02. SOMMER FORTBILDUNGS KONGRESS

DER ZAHNÄRZTEKAMMER
NIEDERSACHSEN

Update Prothetik

30.-31. August 2024

Präsenzveranstaltung im Schloss Herrenhausen



**SAVE
THE
DATE**

75 Jahre
ZAHNÄRZTEKAMMER
NIEDERSACHSEN

