

Staatsmedizin first – Wehret den Anfängen S. 4 f.

Der Countdown der Top 10
des Bürokratiwahnsinns
in der Zahnarztpraxis S. 16 ff.

3D-gedruckte Restaurationen
als noninvasive Therapieoption
bei ausgeprägten
Erosionsgebissen S. 20 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

Paradoxe Gesundheitspolitik

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dass sich ein ausgeglichener Haushalt durch eine annähernde Deckungsgleichheit zwischen Einnahmen und Ausgaben auszeichnet, ist eine Binsenweisheit, die im Bundesministerium für Gesundheit weitgehend ignoriert wird. Dort bemüht sich die Ministerialbürokratie ungeachtet einer angespannten Kassenlage nach Kräften, auf Anweisung des Hausherrn immer neue Referentenentwürfe und Gesetze vorzubereiten, die in der Konsequenz stets Mehrausgaben für die Krankenkassen und unzureichende Honorierung für die Leistungserbringer zur Folge haben – und das ohne spürbare Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten. Als den „teuersten Gesundheitsminister aller Zeiten“ bezeichnet daher die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Minister Lauterbach, dessen „Ausgabendynamik besorgniserregend“ sei. Und sie ist nicht alleine mit ihrer Einschätzung.

Der Bundesgesundheitsminister implementiert fortwährend neue Leistungsversprechen, ohne deren Finanzierung abzusichern. Krankenkassen sowie die Körperschaften der Leistungserbringer werden verpflichtet, diese Versprechen gegen alle internen und externen Widrigkeiten umzusetzen. Hinzu kommt die Belastung durch eindeutig versicherungsfremde Leistungen. Beides ist ohne ausreichende Gegenfinanzierung des Bundes von Beitragszahlern und in der direkten Folge bei unzureichender Gesamtvergütung und damit budgetierten Honoraren auch von den Leistungserbringern wie Ärzten und Zahnärzten zu finanzieren. Und offensichtlich regt sich in Regierungskreisen kein Widerstand gegen diese Art der „Ausplünderung“ der Kassen, gegen die unmittelbar folgenden Beitragssatzsteigerungen für Versicherte sowie gegen die Begrenzung medizinischer Leistungen. Die Politik ignoriert beharrlich den an allen Orten feststell- und nachweisbaren Verfall der Versorgungssicherheit und ist offenbar nicht bereit, mit Blick auf die nähere Zukunft Ursache und Wirkung miteinander in Verbindung zu bringen.

Bedauerlicherweise werden Patienten nur wenig darüber informiert, welchen Preis sie für den ministeriellen Ideenreichtum am Ende zu zahlen haben: Nämlich die Umwandlung eines bewährten Gesundheitssystems in ein staatlich gelenktes nach dem Vorbild des NHS – und das

Dr. Jürgen Hadenfeldt
Vorsitzender des
Vorstandes der KZVN



Foto: © KZVN/Noth

in einem Parforceritt. Einen fatalen Gestaltungswillen zeigt als aktuelles Beispiel das „Gesundes-Herz-Gesetz“, das die Verordnung von Statinen sogar für Kinder beinhaltet. Von Fachleuten/Ärzten wird dieses Gesetz zu Recht sehr kritisch gesehen. Es verdeutlicht zudem, dass der Minister seine „Regentschaft“ (als Arzt, ohne jemals eine eigene Praxis geführt zu haben) inzwischen bis in die Behandlungszimmer ausdehnen möchte. Gleichzeitig wird durch die Wirkung seiner Gesetzgebung die konsequente und notwendige Parodontitis-Behandlung zur Vermeidung zahlreicher schwerwiegender Erkrankungen eingeschränkt. Möglicherweise ist die Erkenntnis, dass eine schwere Parodontitis das Mortalitätsrisiko erhöht, noch nicht in den oberen Etagen des BMG angekommen – ein Paradoxon der Gesundheitspolitik! ■

Ihr

J. Hadenfeldt

Dr. Jürgen Hadenfeldt
Vorstandsvorsitzender 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)

REDAKTIONSBURO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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 11/24: 8. Oktober 2024
Heft 12/24: 12. November 2024
Heft 01/25: 26. November 2024

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegen folgende Beilagen bei:

- ▶ Festbroschüre 75 Jahre
Zahnärztekammer Niedersachsen
- ▶ Freisprechungen 2024

Wir bitten um freundliche Beachtung.



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



37



39



43

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:
Paradoxe Gesundheitspolitik

POLITISCHES

- 4 Staatsmedizin first –
Wehret den Anfängen
- 6 Union bricht Lanze für den
„ländlichen Raum“
- 9 Kommentar: Kosmetik
- 10 Pfeiffer für „echte“ GKV-Struktur- und
Finanzreform
- 12 Das ZäPP geht in die nächste Runde!
- 14 Zahn- und Frauenärzte zum
Tag der Zahngesundheit am
25. September 2024
- 16 Der Countdown der Top 10
des Bürokratiewahnsinns in der
Zahnarztpraxis
- 18 GOZ als Gebührenordnung 2. Klasse?
Bundeszahnärztekammer fordert
Bundesregierung zum Handeln auf
- 19 Finanzielle Entwicklung in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
einschließlich der landwirtschaftlichen
Krankenkasse im 1. Quartal 2024



20

FACHLICHES

- 20 3D-gedruckte Restaurationen
als noninvasive Therapieoption bei
ausgeprägten Erosionsgebissen
- 28 Der neue KFO-Katalog: Teil 5 & Teil 6
- 36 Parodontitis mit erschreckendem
Sterberisiko assoziiert
- 37 Neues aus der Versorgungsförderung –
Austausch mit der Gemeinde
Drochtersen und dem Landkreis Stade
- 38 Zahnärztintnentag in Münster
- 39 Jugendzahnpflege: Treffen und
Schulung „Diagnostik mit dem Hirn“
- 40 75 Jahre Deutsche Arbeitsgemeinschaft
für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)
- 40 Wechsel im Vorstand des DAJ
- 41 Wie Bakterien ihre Tarnkappen gegen
die Immunabwehr befestigen
- 43 50 Jahre Approbation:
Traditionelle Feierstunde in der
Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
- 44 Deutscher Preis für
Seniorenzahnmedizin 2024
- 45 Fokus Personalführung –
Booster-Tipp für Führungsqualitäten
- 46 Rechtstipp:
Achtung! Besondere Vorsicht bei
Werbung im Gesundheitswesen
- 49 GOZ
ZKN-Relevante Rechtsprechung
ZKN-Berechnungsempfehlung



46

TERMINLICHES

- 50 ZKN-Seminarprogramm
- 51 Termine
- 52 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

PERSÖNLICHES

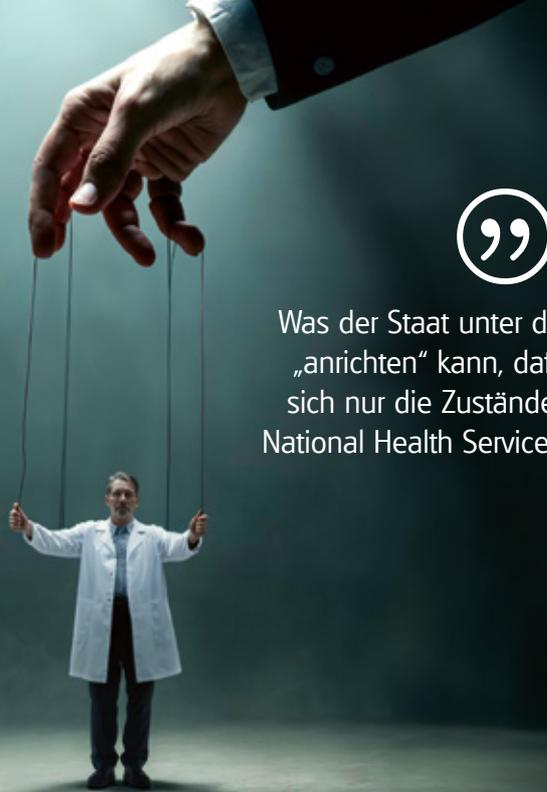
- 53 Herzliche Glückwünsche
zum Geburtstag!
- 53 Wir trauern um unsere Kollegen
- 54 15 Jahre vollstes Engagement in der
Praxis Goepel & Kollegen
- 54 Silvia Nagel ist seit über 30 Jahren
erfolgreich aktiv bei den Zahnärzten
Dres. Lietz in Göttingen
- 54 Dienstjubiläen in der KZVN
- 55 Nachruf Dr. Henning Gode

AMTLICHES

- 55 Ungültige Zahnarzttausweise
- 55 Neuzulassungen
- 56 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 57 Aktualisierungshinweise
Vertragsmappe 07+08/2024



28



Was der Staat unter der Bevölkerung „anrichten“ kann, dafür muss man sich nur die Zustände im britischen National Health Service (NHS) ansehen.

Staatsmedizin first – Wehret den Anfängen

Am Ende waren es am 17. Juli 2024 nur vier Gesetze, die SPD-Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (61) durch das Bundeskabinett bringen konnte. Aber das reichte, um ihn wieder einmal extra vor die Presse treten zu lassen, bevor er in den Urlaub verschwand. Der Ressortchef versteht es schließlich glänzend, auch Niederlagen noch als Erfolge zu verkaufen. Mit der Schaffung des BIPAM, dem Notfallgesetz, der 3. Novelle zum Transplantationsgesetz wie auch der Umformung der Berlin gematik, setzt er unverdrossen und in homöopathisch wirkenden Dosen seinen Weg in die „Staatsmedizin“ fort. Die mit den diffizilen Details der jeweiligen Materien wenig vertraute Berliner Journaille applaudiert oft genug wie unkritisch. Daher dringen die betroffenen Akteure im Gesundheitswesen mit ihren Protesten nicht durch. Immerhin: Jetzt wären die Gesundheitspolitiker der „Ampel“-Koalition gefordert. Aber politischer „Mumm“ zum Opponieren versagt meist dann, wenn beim nächsten Urnengang der Fakt droht, dass das Mandat flöten geht. Ein „wehret den Anfängen“ vernimmt man aus dem Reichstag selten. Immerhin: Den Lobbyisten

der Apotheker gelang das Kunststück, dass die ihnen zugedachte Honorar- und Strukturreform vom Kabinett verschiebend auf die Tagesordnung der Sitzung vom 21. August 2024 gesetzt wurde.

In der Menschheitsgeschichte hat es schon immer eifrige Traditionalisten – also Bewahrer -, glühende Reformer und Revoluzzer gegeben. Garniert auch von Liberalen, die mal in die eine oder andere Richtung tendieren. Das ist auch im 21. Jahrhundert so. Man kann wohl mit Fug und Recht vermuten, dass Lauterbach gerne den absoluten Revoluzzer spielen würde. Wenn man ihn denn ließe. Und sicherlich findet man unter den führenden Interessenvertretern im Gesundheitswesen den einen oder anderen Akteur, der am liebsten alles beim Alten belassen würde. Frei nach dem biblischen Motto: „noli me tangere“. Dabei gibt es genügend „Baustellen“, die nach einer Veränderung oder Straffung rufen. Ein Minister mit mehr oder minder „gebremstem Reform-Schaum“ muss also subtil zu Werke gehen, wenn er Formen der „Staatsmedizin“ in Deutschland implementieren will. Denn rein staatliche Gesundheits-

systeme hatten oder haben einen schlechten Ruf – bzw. sorgen zudem für Schattenangebote, die sich nur die Wohlhabenden und Einflussreichen leisten können. Was der Staat unter der Bevölkerung „anrichten“ kann, dafür muss man sich nur die Zustände im britischen National Health Service (NHS) ansehen.

Wenn die umgehenden Wispereien in Berlin stimmen, dann kümmert sich der Minister im Hause bzw. vorher im stillen Kämmerlein seiner Studierstube – sehr zum Leidwesen seiner Staatsdiener – um jedes Detail eines Gesetzesvorhabens. Und vermengt damit – mehr oder minder erfolgreich – das zu erzeugende oder per Koalitionsvertrag angeordnete Reformziel mit eigenen Strategien und „Visionen“. Man nehme mal als Paradigma das „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG). Durch die juristische wie strategische Hintertür stellt es nämlich im Gesundheitswesen Tradiertes und Bewährtes zur Disposition. Und genauso leise und versteckt eröffnet es der „Staatsmedizin“ kleine, aber feine Türchen. Auf die sich spätere Gesetzeschmiede schnell zu berufen in der Lage sind. Um den Weg in die Staatsmedizin unbeirrt fortsetzen zu können.

Nehmen wir z.B. den geplanten § 25 c SGB V. Jeder kundige Thebaner weiß, dass wirksame Prävention eigentlich in der Kinderkrippe oder Kindergarten beginnen sollte. Richtiges Essverhalten oder Lebensweisen kann man im 21. Jahrhundert Jugendlichen schon nicht mehr oktroyieren, denen oft genug „Autoritäten“ fremd sind. Demnach wären echte Präventionskonzepte und -vorschriften eigentlich Sache des Bundes. Also eigentlich der bald dahingesiechten Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Und bitte im Zusammenwirken mit den Kultusressorts im Bund und den Ländern. Das bedingt: Der Staat sollte sich Präventions-Gedanken machen und Maßnahmen auch finanzieren. Aber der macht leider schon lange „dicht“, wenn es um die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben geht.

So auch Lauterbach. Er „verpflichtet“ die Krankenkassen, mit ihrem eigenen Geld die von ihm erdachten Präventionsmaßnahmen wie z.B. Screenings anzukündigen, durchzuführen und eben auch zu finanzieren. Zu dieser vom Staat vorgeschriebenen „Verpflichtung“ für die Körperschaften gehört es, dass das Ressort wohl auch noch den Inhalt der Anschreiben vorschreiben möchte und wird, mit dem dann z.B. 25-Jährige traktiert werden. Und so weiter. Mit diesem „der Staat ordnet an, die Körperschaften vollziehen“ hat es schon einmal ein CDU-Minister versucht. Kassiert hat dieses dann die Sozialgerichtsbarkeit. Zum Thema „mehr Staat“ gehört auch, dass das BMG via GHG die Gemeinsame Selbstverwaltung in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) quasi entmannen will.

Es ist laut GHG-Entwurf unerheblich, ob der G-BA sich mit den vorgesehenen „erweiterten Leistungen“ der Kassen befasst hat oder nicht. Das BMG ließe sich durch das GHG „ermächtigen“, per Rechtsverordnung festzulegen, was die Kassen alles unternehmen und auch bezahlen müssen. Dass das BMG dabei „von Richtlinien und Entscheidungen sowie sonstigen Einschätzungen des G-BA abweichen“ kann und vermutlich auch will (vgl. neuer § 25 c Abs. 4, letzter Satz SGB V), das spricht für sich. Der Staat legt schließlich alles fest, bestimmt und überwacht alles. Vorerst nur bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KHK)!? Ja, aber wer verwehrt einem Minister in späterer Zeit, entsprechende Ideen und Details mit einem kleinen Strich im SGB V nicht auch für andere Volkskrankheiten festzulegen? Kassen und G-BA sind dann „draußen“ – und müssen als Körperschaften ohne Widerspruch gehorchen.

Die medizinische Expertise holt man sich dabei von „Fach- und Verkehrskreisen“ und natürlich nicht vom G-BA. Die „Kreise“ – also z.B. Fachgesellschaften – dürfen dann auch an den gesetzlich vorgeschriebenen Fragebögen mitwirken. Das erfreut jetzt schon die Pharmaindustrie, die bei den „Kreisen“ nicht nur über ihre bekannten „Mietmäuler“ im verborgenen Strippen zieht. Die gesetzliche Vorschrift, Statine bevorzugt einsetzen zu müssen, füllt ebenfalls die Portemonnaies der Firmen. Allerdings: verfassungs- und wettbewerbsrechtlich bedenklich. Schließlich existieren weitere Medikamentengruppen zur Behandlung von KHK-Erkrankungen. Einen Teil der Vertragsärzte und die Apotheker könnten die „erweiterten Leistungen“ erfreuen, denn via Gutscheine der GKV winkt ihnen zusätzliches Honorar. Dessen Höhe allerdings per Rechtsverordnung durch das BMG vorgegeben werden könnte (vgl. neuer § 25 c Abs 6 SGB V).

Ach ja: Noch verfügen 25-, 30- und 50-jährige Versicherte nur über einen „Anspruch“, der sie berechtigt, die erweiterten Leistungen in Form von Gesundheitsuntersuchungen zur KHK-Früherkennung zu nutzen. Wer die in Deutschland lebende Bevölkerung kennt, der dürfte erkennen, dass gerade die Generation Y und Z in den einladenden Brief- und Mailaktionen sowie den angebotenen Gutscheinen der Kassen wenig Sinn sehen. Und sie damit wenig nutzen werden. Lauterbach und seine Mannen verschleiern allein durch die „Einladungen“ viel Geld der Beitragszahler. Doch dabei dürfte es nicht bleiben. Es bedarf wiederum nur eines „kleinen Striches des Gesetzgebers“, um aus den „Ansprüchen“ eine Verpflichtung des Gesetzgebers für die Versicherten zu verfügen. Und was dann gegebenenfalls zuerst nur für die KHK-Krankheiten galt, könnte dann „von Staats wegen“ für alle Volkskrankheiten eingeführt werden. ■

_____ *Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) 30-24, 25.07.2024*



Passiert etwas, dann sind die [...] Rettungsfahrzeiten von 20 oder 30 Minuten kaum einhaltbar.

Foto: MQDesign Werbeagentur/generiert mit KI

Union bricht Lanze für den „ländlichen Raum“

Die Wahlkampfstrategen aller im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien wissen es seit 1991: Wahlen in Deutschland gewinnt man auf dem „platten Land“ und im Osten der Republik. Da können die Ergebnisse in den Ballungszentren und Universitätsstädten noch so schön sein. Angesichts einer gewissen Vorwahlkampf-Stimmung ist es daher nicht verwunderlich, dass die CDU/CSU-Bundestagsfraktion am 25. Juni 2024 diese Gewinnchance witterte. Sie legte einen Antrag „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken“ vor (vgl. BT-Drs.: 20/11955). In 25 Punkten versucht man darzulegen, wie die medizinische Versorgungssicherheit auf dem Lande gewährleistet werden könnte. Bei der größten „Ampel“-Fraktion dürfte der Antrag – angesichts der Mehrheitsverhältnisse im Parlament hat er keine Chancen auf Erfolg – gehörige Unruhe ausgelöst haben. Die anscheinend politisch aufgeschreckten Sozialdemokraten planen allerdings einen Gegenantrag, so war aus dem Hohen Haus an der Spree zu vernehmen.

Schon zu Zeiten der so genannten Bonner Republik vermochte es so mancher Abgeordnete während seiner gesamten Angehörigkeit im Bundestag nicht, die Innen-

stadt der heutigen Bundesstadt aufzusuchen. Geschweige denn in Ruhe einzukaufen oder chillend ein Getränk zu genießen. Politiker und viele Staatsdiener leben aber auch heute wie unter einer „Glocke“. Sie nehmen vielleicht noch die Lebensumstände ihrer mit Maximalversorgern bestens versorgten Universitätsstädte wahr – so z.B. FDP-Vormann Prof. Dr. med. Andrew Ullmann MdB (61) im fränkischen Würzburg oder die zuständige bündnisgrüne Fraktionsvizevorsitzende Maria Klein-Schmeink MdB (66) im westfälischen Münster – bzw. kennen die medizinische Überversorgungssituation in den von ihnen vertretenen Ballungsgebieten. Der grüne Dr. med. Janosch Dahmen MdB (42) stammt aus der Großstadt Berlin, lebt aber im Ruhrgebiet. Die SPD-Obfrau Heike Baehrens MdB (68) kommt aus dem schwäbischen Göppingen. SPD-Minister Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (61) verzog es aus dem urbanen Köln in einen ähnlichen Berliner Kiez. Und der zuständige Abteilungsleiter 2 des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), Michael Weller (63), wohnt im hippen Prenzlauer Berg. Genauso wie weitere Spitzenvertreter des Lauterbach-Hauses. Kein Wunder, wenn man dann mit dem Blick auf die hauptstädtischen „Problem“-Bezirke Neukölln, Wedding oder Kreuzberg schnell auf den politischen

Gedanken kommt, „Gesundheitskioske“ bundesweit installieren zu wollen oder „Primärversorgungszentren“.

Der „ländliche Raum“ in Deutschland ist völlig anders strukturiert, das erkannte auch die Unionsfraktion in ihrem Papier an. Immerhin! Denn Spitzenpolitiker und ihre wichtigsten Staatsdiener sind es eigentlich gewohnt – wenn sie denn mal Berlin verlassen – sich in Luxus-Resorts der Städte einladen zu lassen. Und nicht in die Putzlit-Örtchen namens Wolfshagen in der Prignitz. Nach Grimmen im Vorpommerischen, in das Fontane-Städtchen Treuenbrietzen im Märkischen. Oder aber in die bayerische Oberpfalz, ins niedersächsische Emsland, in den lippischen Norden bzw. in waldeckische Gefilde von Nordhessen. Von einsamen sächsischen oder thüringischen Gegenden bzw. der Altmark einmal ganz abgesehen. Die Liste ließe sich beliebig verlängern. Für einen sich urban und medien- wie weltgewandt inszenierenden Minister wie Lauterbach dürften schon die Aufenthalte im Gästehaus der Bundesregierung – also Schloss Meseberg – eine Qual darstellen. Für alle diese bundesrepublikanischen Gegenden gilt nämlich: Sie sind abgehängt! Passiert etwas, dann sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierten Rettungsfahrzeiten von 20 oder 30 Minuten nämlich kaum einhaltbar. Eigentlich illusorisch, wie die A+S-Redaktion selbst erleben konnte.

Konzepte zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum fehlen seit Jahren. Die A+S-Redaktion kann sich an eine gemeinsame Bahnfahrt mit dem heutigen Staatsdiener Weller – damals noch Politikchef des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) – durch die mecklenburgische „Pampa“ erinnern. Und an die Frage: „Habt Ihr für diese Gegenden überhaupt schon ein Konzept?“. Die damals ehrliche wie heute wohl auch noch geltende Antwort lautete: „Nein!“. Eine ähnliche Antwort erhielt die A+S-Redaktion wenige Wochen später von der damals amtierenden Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Gesundheit, Dr. phil. habil. Martina Bunge (†). Die ehemalige linke Landesgesundheitsministerin von Mecklenburg-Vorpommern versprach sich „zu kümmern“. Das unterblieb nicht nur bei dieser Fraktion. Wie auch in der Berliner Reinhardtstraße. Denn die „Eisprinzessin“ des GKV-SV, Stefanie Stoff-Ahnis (48), dürfte als in Berlin aufgewachsene und sozialisierte Volljuristin über wenig Erfahrung und Gespür „für die Pampa“ verfügen. Das schlägt sich dann in Honorarergebnissen für die Leistungserbringer nieder.

Nun also wenigstens die Unionsfraktion. Ja, sie bricht eine Lanze für den „ländlichen Raum“. Aber nur in den gewohnten Bahnen, die die gesundheitspolitischen Diskussionen des 21. Jahrhunderts so beherrschen.

In den 25 Punkten vermisst man irgendwie die Empathie für den ländlichen Raum. Für die Bedürfnisse der Alten und Gebrechlichen, denen kaum noch ausreichend Möglichkeiten des ÖPNV zur Verfügung stehen. Deren soziale Probleme aus dem Fokus geraten sind. Prüfungsaufträge oder Ermittlungsversuche, um endlich sichtbare Defizite zu ermitteln, sind nett. Kommen aber eigentlich viel zu spät. Die urbane Berliner Politik verschlief die Probleme. Die herrschende Bundestagsmehrheit – davon kann man mit Fug und Recht wohl ausgehen – wird auch diesen Antrag ablehnen. Der wenigstens ein „erster Aufschlag“ gewesen wäre, statt den Marsch in die „Staatsmedizin“ weiter zu verfolgen und den Blick auf die „Problemzonen“ der bundesrepublikanischen Gesundheitsversorgung zu lenken. Aber noch scheint es nicht zu spät zu sein, sich auch in der Berliner Mauerstraße des „ländlichen Raumes“ zu besinnen.

Wir dokumentieren den Unions-Antrag im vollen Wortlaut:

„GESUNDHEITSVERSORGUNG IM LÄNDLICHEN RAUM STÄRKEN“

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf:

1. eine schnellere Berücksichtigung von Kostensteigerungen und der Inflation bei der Finanzierung ambulanter Leistungen gesetzlich festzulegen;
2. die angekündigte Entbudgetierung zügig umzusetzen und mit einem besonderen Fokus auf den ländlichen Raum zu prüfen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um einer Ballung von Haus- und Fachärzten in den Großstädten vorzubeugen. Hierbei soll darüber hinaus insbesondere geprüft werden, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen nur in ländlichen Regionen als Anreiz für eine dortige Niederlassung ermöglicht werden könnte;
3. die Arztniederlassungen vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von Absolventen in der Medizin, insbesondere im ländlichen Raum weiter gezielt zu fördern und dazu beispielsweise die Vorgaben der ►►

25 Punkte

im Antrag der CDU/CSU zur Stärkung der ländlichen Gesundheitsversorgung.

- ▶▶ Bedarfsplanungs-Richtlinie anzupassen sowie die Möglichkeiten zur Niederlassung im ländlichen Raum zu flexibilisieren, um den regionalen Bedürfnissen entsprechend besser gerecht werden zu können;
- 4. im Rahmen der anstehenden Krankenhausstrukturreform u.a. die Notfallversorgung insbesondere mit Blick auf die schnelle Erreichbarkeit von Krankenhäusern zumindest zur Erstversorgung stärker in den Blick zu nehmen und die ärztliche Aus- und Weiterbildung auch an kleineren Klinikstandorten im ländlichen Raum sowie in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen;
- 5. zu prüfen, inwieweit zusammen mit den Ländern eine Anpassung der Zugangsregelungen zum Medizinstudium, z.B. durch eine Anpassung der Ätzetests, besser den Zugang zum Studium der Humanmedizin ermöglicht;
- 6. Anreize zu schaffen, dass zum Beispiel berentete Ärztinnen und Ärzte oder Gesundheitspersonal weiterhin zumindest im verminderten Rahmen einer Tätigkeit im Gesundheitssystem nachgehen können;
- 7. die bürokratischen Belastungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu verringern, damit die wachsende Zahl von Einzelfallprüfungen im Verhältnis zu den geringen tatsächlichen Regresszahlen nicht die Handlungsfähigkeit der Arztpraxen einschränkt;
- 8. eine Überprüfung aller Dokumentationspflichten im Hinblick auf mögliche Doppelungen sowie obsoleter Vorschriften für einen massiven Bürokratieabbau vorzunehmen, damit die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mehr Zeit am Patienten verbringen kann;
- 9. Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden und die bislang von der Bundesregierung geplanten Doppelstrukturen an sog. Gesundheitskiosken auch tatsächlich aufzugeben;
- 10. den auftretenden Hürden und Problemen bei der Digitalisierung der Arztpraxen und Gesundheitsversorgung durch gezielte Maßnahmen entgegenzutreten;
- 11. die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen, um Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken und Entscheidungshierarchien für Standards und Plattformen festzulegen;
- 12. die Einführung weiterer digitaler Lösungen voranzubringen, um arztentlastende Prozesse und die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Fachkräfte u.a. im Rahmen der Akademisierung voranzutreiben und diese im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) anreizkompatibler abzubilden;
- 13. Modelle wie das AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindefahe, e-Health gestützte, Systemische Intervention) als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes flächendeckend im ländlichen Raum zu integrieren;
- 14. unverzüglich einen Bund-Länder-Gipfel zur Neuordnung des Ausbildungsberufs zum und zur Medizinischen Fachangestellten einzuberufen und die Berufsordnungen schnellstmöglich zu reformieren und dabei im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten, den Abbau bestehender Delegationshindernisse sowie Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf und die Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu fokussieren;
- 15. gemeinsam mit den Ländern Fördermaßnahmen für die Neugründungen von Vorort-Apotheken in unterversorgten Gebieten zu erarbeiten, um für Neugründerinnen und -gründer eine solide Existenzgrundlage gewährleisten zu können;
- 16. die Umsetzung der Ambulantisierung vordringlich voranzutreiben, damit mehr ambulante statt stationärer Leistungen erbracht werden können, um unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und langfristig Kosten zu sparen, um sich so am Standard der OECD-Länder zu orientieren;
- 17. zusammen mit den Ländern die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung noch intensiver in den Praxen stattfinden zu lassen, um damit den ambulanten Schwerpunkt stärker zu betonen;
- 18. eine konsequente Berücksichtigung und Unterstützung bei der Umsetzung des § 122 SGB V für Praxiskliniken zu erreichen, um die Versorgungssituation zu verbessern;
- 19. zu prüfen, inwieweit Krankenkassen dazu verpflichtet werden könnten, einen kostengünstigeren „Hausarzt-tarif“ anbieten zu müssen, womit eine gezieltere Patientensteuerung und damit Kostenersparnisse erreicht werden könnten;
- 20. Elemente eines prozessorientierten Behandlungssystems, welches stufenweise der Dringlichkeit nach erst telemedizinischen, dann ambulanten und zuletzt stationären Behandlungen vorsieht, stärker im Gesundheitssystem zu verankern;

Foto: MO Design Webagentur/generiert mit KI



Wahlen in Deutschland gewinnt man auf dem „platten Land“ und im Osten der Republik.



21. eine Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des sog. „social prescribing“ – Ansatzes zu ermöglichen, um niedrigschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln;
22. eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten bundesweit zu etablieren;
23. flächendeckend den Ausbau örtlicher Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung sowie die Einführung eines Quartiersmanagements mit integrierter Pflegeberatung, sowie den Aufbau von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen im Sinne des Aufbaus von „Caring Communities“ zu fördern und dafür gegebenenfalls notwendige gesetzliche Grundlagen vorzulegen;
24. gemeinsam mit Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen den aktuellen Stand der barrierefreien Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu ermitteln und auf dieser Basis weitere Maßnahmen zu prüfen und
25. die barrierefreie Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu einem der Schwerpunkte des laut Koalitionsvertrags eigentlich schon für Ende 2022 vorgesehenen Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu machen und dabei vorbildliche Projekte einer barrierefreien ambulanten Gesundheitsversorgung bekannter zu machen, um so Anreize für ähnliche Projekte, insbesondere in ländlichen Regionen zu setzen.“ ■
 _____ A+S aktuell 27+28 -24, 05.07.2024

Kosmetik

KOMMENTAR:

In ihrem Antrag zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum hat die Union ein 25-Punkte Programm vorgelegt. Bei näherer Betrachtung fühlt man sich an die Parteiprogrammatik nahezu aller um die Gunst der Wählerschaft buhlenden Parteien erinnert. Man fordert, verspricht und wünscht sich Verbesserungen im Detail und möchte gleichzeitig nichts an grundsätzlichen Fehlentwicklungen ändern. So wünscht sich das Programm einerseits die „schneller Berücksichtigung von Kostensteigerungen und Inflation bei der Finanzierung ambulanter Leistungen“, während es andererseits das AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindenahe, e-Health gestützte, Systemische Intervention) empfiehlt. Man schlägt eine selektive Teil-Entbudgetierung dort vor, wo es zu einer Verbesserung der Versorgung kommen könnte, nimmt aber, ebenso wie die politischen Mitbewerber, nicht zur Kenntnis, dass Kostensteigerungen und Inflation alle Leistungserbringer gleichermaßen treffen und so das Versorgungssystem allmählich erodieren lassen. Insgesamt sind es eher kosmetische Vorschläge zur Stabilisierung der Versorgung im ländlichen Raum, die in der Einzelbetrachtung vorübergehende Besserung bei der Versorgung bewirken mögen, jedoch an der Fahrtrichtung des Tankers „Gesundheitswesen“ in Richtung Eisberg nichts ändern werden.



Die Besorgnisse der ärztlichen Leistungserbringer finden praktisch keine Berücksichtigung, und eine Beteiligung der Ärzteschaft als kompetente Partner bei der Problemlösung sucht man vergebens. Auch hier wird über ihre Köpfe hinweg Politik von oben bevorzugt. Das Wirken aller neun bisher von der Union gestellten Bundesgesundheitsminister(-innen) war während der letzten Jahrzehnte eher von Repression gegenüber der Ärzteschaft geprägt. Erinnert sei insbesondere an Horst Seehofer, Hermann Gröhe und nicht zuletzt Jens Spahn. Unterliegen wir keiner Illusion: Auch unter einem neuen Gesundheitsminister der Union dürfte sich voraussichtlich an der mangelnden Wertschätzung gegenüber ärztlichen Leistungserbringern, wie sie derzeit vom Amtsinhaber Lauterbach (SPD) intensiv und nahezu demonstrativ praktiziert wird, kaum etwas ändern. ■

_____ loe

Pfeiffer für „echte“ GKV-Struktur- und Finanzreform

STORM BRINGT EINNAHMENORIENTIERTE AUSGABENPOLITIK INS SPIEL

W

enn im Herbst 2024 oder spätestens zum 1. Januar 2025 eine große Welle von Beitragserhöhungen das GKV-Gesundheitssystem überrollt, kann sich niemand überrascht zeigen: Die GKV steckt in einer Finanzkrise. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach Lage der Dinge mit massiven Beitragserhöhungen zu rechnen. Einen Vorgeschmack vermittelt die Tatsache, dass 10 Krankenkassen schon zum 1. Juli 2024 ihren Zusatzbeitrag zum Teil massiv erhöhen mussten.

Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, hat nach den Ergebnissen einer Untersuchung des Berliner IGES-Instituts die unangenehme Aufgabe des Überbringers schlechter Nachrichten übernommen. Zur Lösung der Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung fordert Storm eine „Zeitenwende für Gesundheit und Pflege“ und schlägt einen „zweistufigen GKV-Stabilitäts-pakt“ mit der Rückkehr zu einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ vor. „Die jahrelange Unterfinanzierung der GKV muss endlich beendet werden“, fordert Storm und verweist einmal mehr auf den von allen Kassen geforderten Ausgleich der Ausgaben für die Versicherung von Bürgergeldempfängern in der Größenordnung von aktuell 9,2 Mrd. Euro.

In der gesetzlichen Krankenversicherung stehen die Signale schon kurzfristig auf Sturm. Nach der IGES-Analyse werden die Kassenbeiträge voraussichtlich schon 2025 um 0,6 Prozentpunkte auf 16,9 Prozent ansteigen. Auf dasselbe Ergebnis ist der GKV-Spitzenverband in seinen Berechnungen gelangt, wie Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, am 28. Juni in Kremmen bei Berlin ausführte. „Mit einer Steigerung um einen vollen Beitragspunkt innerhalb von vier Jahren ist das der historisch höchste Beitragsanstieg in der GKV in einer Wahlperiode“, kritisiert Storm. Das IGES erwartet bei der Projektion der Beitrags-



19,3 %
Beitragsatz bis
2035 denkbar

Foto: M0.Design Werbeagentur/generiert mit KI

satzentwicklung im Basisszenario für 2035 einen Beitragsatz von 19,3 Prozent, bei einer ungünstigen Entwicklung sogar von 20,6 Prozent.

„Beitrags-Hammer für Millionen Kassen-Patienten“, so titelt die BILD ihren Kommentar zur IGES-Studie. „Droht der Beitragsschock?“, so lautet die Preisfrage. Im Bundesgesundheitsministerium (BMG) werden die schlechten Nachrichten durchaus gelassen aufgenommen. Die Beitragserhöhungen zum 1. Januar 2025 seien schon „eingepreist“. In Zeiten knapper Kassen wieder auf eine einnahmenorientierte Ausgabenentwicklung zu setzen, sei das „falsche Pferd“, ließ Michael Weller, der zuständige Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kürzlich wissen. Im Hause Lauterbach setzt man auf strukturelle Reformen.

Das „erhebliche Defizit“ im ersten Quartal 2024 (776 Millionen Euro) wolle er „ernst nehmen“, so lautete der beruhigende Kommentar des Bundesgesundheitsministers zu dem Millionendefizit der gesetzlichen Krankenkasse. Initiativen zum Ausgleich der Defizite werden dabei durch eine Art „Glaubensbekenntnis“ ersetzt. Die Krankenhausreform werde Kostensenkungen bringen, so die Erklärung, wobei übersehen wurde, dass dieses Gesetz, das die Hürde des Bundesrates noch nicht überwunden hat, und finanziell frühestens im Jahr 2026 wirksam wird. Zudem führt das KHVG nach dem Vorschlag der Bundesregierung zunächst einmal zu einer Beitragserhöhung um 0,3 Punkte (Transformationsfonds). „Auch die Notfallreform sowie das Gesunde-Herz-Gesetz werden Kosten senken“. Da werden im BMG gesetzliche Vorhaben für überaus optimistische „Einsparfiktionen“ in Anspruch genommen für die es noch nicht einmal Gesetzentwürfe der Bundesregierung gibt, ganz zu schweigen von dem Ausgang der parlamentarischen Beratungen und der teilweise höchst problematischen

Regelungen, bei denen der Eingang ins Bundesgesetzbuch noch fraglich ist. Lauterbach wörtlich: „Diese und weitere Reformen sind zentrale Bausteine, um die GKV-Finzen mittel- bis langfristig zu stabilisieren, indem wir die Versorgung effizienter gestalten, die Versorgungsqualität erhöhen und unnötige Ausgaben vermeiden.“

Die reale Entwicklung der Finanzlage in der GKV wird in der Politik bisher noch immer nicht besonders wahrgenommen. Die umstrittenen – und auf Dauer durchaus kostenträchtigen – Gesundheitskioske sind noch längst nicht vom Tisch. Praktisch alle Gesetzesvorhaben (zuletzt etwa das Medizinforschungsgesetz – MFG) führen bei einer realistischen Bewertung zu beachtlichen Mehrbelastungen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Dabei haben bereits zum Jahreswechsel 2023/2024 nicht weniger 45 der 94 gesetzlichen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragsatz angehoben und zwar teilweise durchaus drastisch. 9 Krankenkassen haben die magische „2-Prozentgrenze“ überschritten. Von den 10 weiteren Kassen, die ihren Zusatzbeitragsatz zum 1. Juli angehoben haben, liegen 5 Krankenkassen oberhalb der 2-Prozent-Marke.

Die Ampelkoalition dürfte auch in dieser Legislaturperiode nicht mehr dafür sorgen, dass die gesetzliche Krankenversicherung die ihr zustehenden Beiträge für die Bürgergeldempfänger erhält. Der Vorstandsvorsitzende des BKK Dachverbands, Franz Knieps, hatte sich vor einiger Zeit gegen eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik ausgesprochen, weil diese den technologischen Fortschritt hemmen würde. Allerdings gab es zu diesem Zeitpunkt noch keinen russischen Angriffskrieg auf die Ukraine und entsprechend niedrige Energiekosten. Außer mit Spargesetzen sind in den letzten Jahrzehnten keine für den Beitragssatz spürbaren „Spar“-Effekte in der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert worden. Die Orientierung an den Einnahmen scheint vor dem Hintergrund wegbrechender Möglichkeiten höherer Bundeszuschüsse eine realistische Option die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung einzurahmen.

Ab dem 11. Juli 2024 liegt die Einkommensbelastungsquote für einen durchschnittlichen Arbeitnehmer-Haushalt in diesem Jahr bei voraussichtlich 52,6 Prozent. Diese Prognose hat das Deutsche Steuerzahlerinstitut (DSi) auf Basis repräsentativer Haushaltsumfragen des Statistischen Bundesamts am 9. Juli vorgelegt. Demnach gehen von jedem verdienten Euro 52,6 Cent an den Staat – nur 47,4 Cent bleiben zur freien Verfügung [Lohn- und Einkommensteuer 12,1 Cent, Umsatzsteuer 4,6 Cent, Energiesteuern incl. CO₂-Abgabe 0,9 Cent, Sonstige Steuern wie Grundsteuer, KFZ-Steuer, Versicherungssteuer, Kaffeesteuer, etc. 2,9 Cent, Stromumlagen, Rundfunkbeitrag als Quasisteuer 0,4 Cent – die Berechnungsgrößen seien international üblich, erklärt der Bund der Steuerzahler, weil die genannten Größen für den Arbeitnehmer verpflichtend und deshalb quasi wie eine Steuer sind.]

Einberechnet sind neben Steuern und Abgaben auch die Sozialversicherungsbeiträge. Der Arbeitgeberbeitrag ist ebenfalls eingerechnet – wie in der Ökonomie bei dieser Berechnung Standard – schließlich verdient der Arbeitnehmer durch seine Tätigkeit auch diesen Teil seines Lohns. Es stimmt in höchstem Maße bedenklich, wenn Bundeskanzler Olaf Scholz MdB (SPD), Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck (B90/Die Grünen) und Bundesfinanzminister Christian Lindner (FDP) auf ihrer Pressekonferenz am 5. Juli 2025 zum Bundeshaushalt 2025 und ihrer „Wachstumsinitiative für Deutschland“ nicht auf die dramatische Situation der Krankenkassenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge eingehen. Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach hat überhastet nach der Vorstellung seines Berichts über die Soziale Pflegeversicherung im Bundeskabinett eine „große Pflegereform“ angekündigt, die auch eine Pflegefinanzreform beinhalten soll. Erwartbar dürften hier vornehmlich das Stopfen von Löchern und weitere Klimmzüge sein, beispielsweise durch das komplette Aussetzen der Leistungen zum Pflegevorsorgefonds. In einem Papier der Bundesregierung zur angesprochenen avisierten Wachstumsinitiative heißt es: Hier kommt der mittelfristigen Stabilität der Sozialversicherungs-Beiträge eine wichtige Rolle zu, da sie die Höhe der Lohnnebenkosten maßgeblich bestimmen. Um diese Stabilisierung zu erreichen, hat die Bundesregierung schon wichtige Reformen eingeleitet. Im Gesundheitsbereich sorgt die Bundesregierung mit grundsätzlichen Strukturreformen für mehr Qualität und Effizienz in der ambulanten und stationären Versorgung; dazu dient auch die Digitalisierung in diesem Sektor.

Diese Aussage, die an dieser Stelle nicht näher kommentiert werden soll, negiert die katastrophale Lage der derzeitigen Situation. Im Gegenteil, seit dieser Legislaturperiode ist die Plünderung der Rücklagen in der gesetzlichen Krankenversicherung nun ausgereizt, es gibt nichts mehr zu holen. Und die Schulden des Staats aus Pandemieaufwendungen an die Soziale Pflegeversicherung sind nie beglichen wurden, entgegen der großmündigen Ankündigungen der Bundesregierung der vorhergehenden Legislaturperiode. Doris Pfeiffer fordert „eine echte Struktur- und Finanzreform“ der gesetzlichen Krankenversicherung. Die kumulierende Problemsituation im Finanzbereich der GKV ist da, die verantwortlichen Politiker sind von dieser ‚Realität umzingelt‘, um einmal ein bekanntes Habeck-Zitat auf diesen Sachzusammenhang zu transformieren. Die Bundesregierung dürfte versuchen, dies bis zur nächsten Bundestagswahl auszusitzen. Aber die Problemlage wartet auf jedwede künftige Bundesregierung. Um eine „echte Struktur- und Finanzreform“ werden die politisch Verantwortlichen nicht herkommen. ■

_____ Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid) 6-7-8/24

ES GEHT UM IHRE BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN

Das ZäPP geht in die nächste Runde!

Im September startet der Versand der Unterlagen

Es geht um IHRE betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen.



Der Startschuss für die diesjährige Befragung im Rahmen des Zahnärzte-Praxis-Panels (ZäPP) steht kurz bevor. Im September erhalten rund 33.000 Zahnarztpraxen in ganz Deutschland per Post ihre Zugangsdaten zum Online-Fragebogen, in welchem Auskünfte über die wirtschaftliche Situation und die Rahmenbedingungen ihrer Praxis abgefragt werden. So entsteht – unter Wahrung von Anonymität und strengsten Vorgaben für Datenschutz und -sicherheit – einmal mehr eine aussagekräftige und belastbare Datengrundlage über die wirtschaftliche Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Zusätzlich wird in dieser Erhebung das Terminmanagement der Zahnarztpraxen mittels eines Sonderfragebogens abgefragt. Ziel ist es, anhand der gewonnenen Daten die verschiedenen Maßnahmen der Zahnarztpraxen hinsichtlich ihres Terminmanagements sowie die Häufigkeit ihres Einsatzes/ihrer Anwendung zu ermitteln und letztlich ihre Wirkung zu analysieren. Darüber hinaus sollen Einblicke in das Verhalten der Patientinnen und Patienten ermöglicht und eventuelle Probleme (z.B. nicht wahrgenommene Termine) aufgedeckt werden.

Weiterhin wird ein stärkerer Fokus auf das Online-Verfahren gelegt. Dieses ist nicht nur umweltfreundlicher und kostengünstiger, sondern ermöglicht Ihnen, den Fragebogen zur gleichen Zeit wie Ihr Steuerberater auszufüllen. Die dazugehörigen Erfassungshinweise und Eingabekontrollen erleichtern darüber hinaus das korrekte Ausfüllen des Fragebogens. Falls Sie den Fragebogen in Papierform bevorzugen, können Sie ihn problemlos bei der Treuhandstelle anfordern. Die notwendigen Kontaktdaten stehen ebenfalls in den Anschreiben. Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) sowie für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sind diese Angaben für erfolgreiche Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene unverzichtbar. Das ZäPP trägt unmittelbar dazu bei, adäquate Arbeitsbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte durchzusetzen. Mit der Erhebung beauftragt ist erneut das renommierte Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi).



Foto: MQ.Design Werbeagentur/generiert mit KI

Das ZäPP war bereits in den Vorjahren ein großer Erfolg: zwischen 2.000 und 3.000 Erhebungsbögen gehen jährlich ein. Das ist im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen eine sehr gute Resonanz und erlaubt substantielle Auswertungen zu den Rahmenbedingungen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Wirklich entscheidend für den dauerhaften Erfolg des ZäPP ist aber weiterhin eine hohe Teilnehmerzahl: Dabei sollen möglichst viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Je höher der Rücklauf über mehrere Jahre, desto höher ist die Validität und Akzeptanz der Daten, die beim ZäPP generiert werden! Dranbleiben lohnt sich also: Möglichst viele Praxen sollten die Befragung daher (wieder) unterstützen und teilnehmen. Das gilt besonders auch für diejenigen Praxen, die in den vergangenen Jahren noch nicht dabei waren. Sie werden jetzt noch einmal ausdrücklich um ihre Teilnahme am ZäPP 2024 gebeten. Die Rücksendung der ausgefüllten Unterlagen wird wieder mit einer finanziellen Anerkennung honoriert.

Weitere Informationen zum ZäPP können im Mitgliederportal (Login erforderlich) unter www.kzvn.de unter dem Menüpunkt „ZäPP“, www.kzbv.de/zaepp sowie direkt unter www.zaep.de abgerufen werden. ■



Das Zahnärzte-Praxis-Panel: Ihre Unterstützung ist gefragt!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Rund 33.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit den Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Es geht um IHRE betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen.



Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter **www.kzvn.de** unter dem Menüpunkt "ZäPP" (Login erforderlich) oder **www.kzbv.de/zaepp** · **www.zaep.de**

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Arend Baumfalk 0511 8405-242
Barbara Hertrampf 0511 8405-280
E-Mail panel@kzvn.de

Die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** ist unter der Rufnummer 0800 4005 2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr oder via E-Mail kontakt@zi-ths.de erreichbar.

Unterstützen Sie das ZäPP – in Ihrem eigenen Interesse!

Zahn- und Frauenärzte zum Tag der Zahngesundheit am 25. September 2024

„MUNDGESUNDHEIT IN DER SCHWANGERSCHAFT“ – PROFESSIONELLE GESUNDHEITSVERSORGUNG HAND IN HAND



Lächeln für Zwei – ein strahlendes Lächeln und das Wohl des ungeborenen Kindes hängen eng miteinander zusammen. Während eine Schwangerschaft viele körperliche und emotionale Veränderungen mit sich bringt, achten Frauenärztinnen und Frauenärzte auch auf die Mundgesundheit. Hormonelle Veränderungen beeinflussen die Mundgesundheit und können zu Schwangerschaftskomplikationen führen. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) weist der Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) am Tag der Zahngesundheit auf die fachärztliche Kooperation in der Schwangerenvorsorge hin und informiert gemeinsam mit einem ausführlichen Fachartikel und mehreren Reels auf dem Instagram-Kanal „Schwanger mit dir“.

Dr. Klaus Doubek, Präsident des BVF, kommentiert: „Die Zahn- und Mundgesundheit während der Schwangerschaft ist von großer Bedeutung für den Verlauf der Schwangerschaft. Dank der hochwertigen, frauenärztlichen Schwangerenvorsorge in Deutschland, die international als Vorbild gilt, können wir werdende Mütter umfassend beraten, betreuen und an unsere zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen verweisen.“

Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der BZÄK, ergänzt: „Während in vielen anderen Ländern die Zahn- und Mundgesundheit oft nicht ausreichend in die Schwangerenvorsorge integriert ist, stellen wir durch die enge Zusammenarbeit sicher, dass die Mundgesundheit der werdenden Mütter positiv beeinflusst wird. Auch dem Risiko von Schwangerschaftskomplikationen wird entgegengewirkt und damit auch schon an die Mundgesundheit des kleinen Kindes gedacht.“

Versorgung während der Schwangerschaft: Verlässlicher Begleiter mit Weitblick

Die frauenärztliche Schwangerenvorsorge ist weit mehr als nur medizinische Routine – sie ist ein verlässlicher Begleiter durch die besondere Zeit der gesamten Schwangerschaft. In jeder Phase haben Frauenärztin oder Frauenarzt die Gesundheit von Mutter und Kind im Blick, um Vertrauen, Sicherheit und Wohlbefinden zu bieten. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen nicht nur die umfassende Dokumentierung des regelrechten Wachstums des Babys, sondern schaffen auch wertvolle Momente der Vorfreude. Im Rahmen der Schwangerenberatung soll die Ärztin oder der Arzt in der Schwangerschaft bedarfsgerecht über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind aufklären: frühzeitig sensibilisieren und rechtzeitig an eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt verweisen.

Die Relevanz der Mundgesundheit während der Schwangerschaft

Schwangerschaftsbedingte hormonelle Veränderungen beeinflussen den gesamten Körper, einschließlich des Mundraums. Diese hormonellen Schwankungen können zu einer erhöhten Anfälligkeit für Gingivitis und Parodontitis führen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass unbe-

Qualitätsmanagement

von Zahnärzten für Zahnärzte entwickelt

handelte Zahnfleischerkrankungen mit einem höheren Risiko für Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht in Verbindung stehen. Daher sind eine stringente Mundhygiene und regelmäßige zahnärztliche Kontrollen während der Schwangerschaft von zentraler Bedeutung. Die Frauenärztin oder der Frauenarzt wird im Verlauf der Schwangerenvorsorge die Schwangere regelmäßig nach ihrem Befinden und auch Zahnproblemen fragen – denn auch Übergeben oder neue Essgewohnheiten beeinflussen den Mundraum zusätzlich – und ggf. an eine Zahnarztpraxis verweisen.

Gesundheitsrisiken minimieren – Präventivmaßnahmen maximieren

Unbehandelte orale Infektionen können weitreichende gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen. Durch eine enge interdisziplinäre Kooperation zwischen Frauenärzten und Zahnärzten können präventive Maßnahmen frühzeitig ergriffen werden, um Risiken zu minimieren und eine optimale gesundheitliche Betreuung sicherzustellen. Schwangeren wird empfohlen, ihre Mundgesundheit regelmäßig überprüfen zu lassen und bei Anzeichen von Zahnfleischentzündungen umgehend zahnärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Idealerweise sollten werdende Mütter bereits vor der Schwangerschaft einen Zahnarzttermin wahrnehmen, um sicherzustellen, dass keine unbehandelten Zahnkrankheiten vorliegen. Während der Schwangerschaft sind Zahnkontrollen besonders im zweiten Trimenon – zwischen der 13. und 21. Schwangerschaftswoche – empfehlenswert. Zu diesem Zeitpunkt ist das Risiko für Komplikationen am geringsten und der Komfort für die Schwangere am größten. Darüber hinaus wird eine professionelle Zahnreinigung im zweiten Trimester angeraten, um Zahnbeläge und Bakterien effektiv zu entfernen und das Risiko für Zahnfleischentzündungen zu reduzieren.

Gemeinsam für eine optimale, medizinische Gesundheitsversorgung

Der Tag der Zahngesundheit 2024 bietet eine wertvolle Plattform für BVF und BZÄK, um das Thema „Mundgesundheit in der Schwangerschaft“ in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken und die Aufklärung zu intensivieren. Auf dem Schwangerenvorsorgekanal „Schwanger mit dir“ auf Instagram wird in mehreren Reels auf die wichtigsten Themen der Zahngesundheit in der Schwangerschaft eingegangen.

Detaillierte Informationen finden sich im Fachartikel „Die Mundgesundheit der werdenden Mutter“ in FRAUENARZT Nr. 9, Veröffentlichung am 19.09.2024. ■
_____ BZÄK, Presseinformation

ZQMS



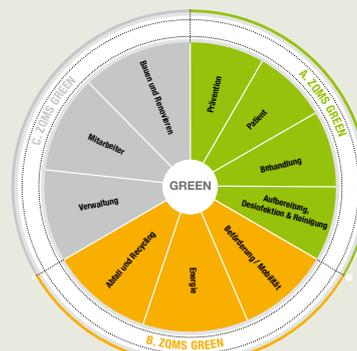
ZQMS – Qualitätsmanagementsystem

ZQMS ECO



ZQMS ECO – Praxisführungsinstrument

ZQMS Green



ZQMS Green – Instrument zur Förderung der Nachhaltigkeit in Zahnarztpraxen

Drei starke Partner für Ihre Praxis – schon registriert? www.zqms-eco.de



www.zkn.de/zahnaerzte-und-praxisteam/zahnaerzte-und-zahnaerztinnen/praxisfuehrung/zqms/

Der Countdown der Top 10 des Bürokratiewahnsinns in der Zahnarztpraxis



Foto: MQ.Design Werbeagentur/generiert mit KI

VORWORT

Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Konstantin von Laffert, hat den folgenden „Offenen Brief“ verfasst, in dem er die TOP 10 des Bürokratiewahnsinns für Zahnarztpraxen in Deutschland anschaulich beschreibt. Zeitlich parallel dazu fragt die Zahnärztekammer Niedersachsen unter ihren Mitgliedern deren größte Belastungen im Praxisalltag im Zusammenhang mit Anforderungen unter dem Begriff Bürokratie ab. Erste Analysen der bis Drucklegung eingegangenen Umfragerückläufer zeigen, dass die TOP 10 des Offenen Briefes die aus den Praxen reklamierten Belastungen sehr gut wiedergeben. ■

_____ NZB-Redaktion

Liebe Aufsichtsbehörden, liebes RKI, liebes BfArM, wir behandeln täglich in unseren Praxen zahllose Patientinnen und Patienten mit kleinen und großen Problemen. Dabei engagieren wir uns für die Prophylaxe und die Zahnerhaltung, nehmen den Menschen kleine und große Ängste und finden leider immer weniger Personal für diese nicht immer leichte, aber sehr befriedigende Aufgabe. In Zeiten des Personalmangels in den Praxen sind die Mitarbeiterinnen, die täglich die Versorgung sichern, durch unzählige Vorschriften und Gesetze gebunden, die im Alltag Stress, Unzufriedenheit mit dem Beruf und manchmal sogar Wut erzeugen.

Wir bitten Sie daher, mit unserer „Top 10 des Bürokratiewahnsinns“ um ECHTEN Bürokratieabbau – der zwar bei der Politik als Wahlkampfschlager in aller Munde, bei uns in den Praxen aber leider nicht spürbar ist. Ganz im Gegenteil: Wir leiden unter massivem BürokratieAUFBAU. Wenn nichts passiert, wird die Patientenversorgung aus diesem Grunde irgendwann nicht mehr funktionieren und nur noch zentral gesteuerte renditeorientierte Investoren

werden die Zahnmedizin zur Vermehrung ihres Kapitals nutzen. Eine solche Zahnmedizin wollen wir nicht! Im Einzelnen sind es diese Themen, die uns Zeit, Kraft und Energie kosten, die wir besser in die Mundgesundheit unserer Patientinnen und Patienten investieren würden:

10. Fangen wir einmal klein an: **Röntgenaufnahmen von Minderjährigen** muss man grundsätzlich bis zum 28. Lebensjahr der meist kleinen Patienten aufbewahren. Das macht wenig Sinn, denn mit 28 sind in den wenigsten Fällen noch Milchzähne aus der Kindheit vorhanden. Auch wenn diese Bilder in Zeiten von digitalem Röntgen maximal unsere Festplatten verstopfen: Diese Regelung sollte einfach abgeschafft werden zugunsten der üblichen 10 Jahre.
9. Auch Europa kann Bürokratie: Der EuGH hat entschieden, dass die Mitgliedstaaten die Arbeitgeber verpflichten müssen, ein objektives, verlässliches und zugängliches System einzurichten, mit dem die täglich geleistete Arbeitszeit einer jeden Arbeitnehmerin bzw. eines jeden Arbeitnehmers gemessen werden kann. Als Reaktion darauf sollen die Praxen verpflichtet werden, Beginn, Ende und Dauer der Arbeitszeit von jedem Arbeitnehmer und jeder Arbeitnehmerin **elektronisch zu erfassen**. Vor allem für kleinere Praxen ist das meist teuer und unnötig. Ohne Ausnahmeregelungen für kleine Unternehmen oder für Modelle der modernen Arbeitswelt, wie z.B. freiwillige Vertrauensarbeitszeitmodelle, erzeugt der EuGH bloße Bürokratie ohne jeden Mehrwert.
8. In der gerade verabschiedeten neuen Medizinproduktebetreiberverordnung werden neue Betreiberpflichten eingeführt, nach denen **Softwareprodukte nur nach einer durchgeführten Prüfung der Installation und einer speziellen Einweisung betrieben und angewendet werden dürfen**. Auch diese kleine Verschärfung wird uns Zeit und Energie kosten. Bisher gab es in diesem Bereich keinerlei Pro-

bleme – offensichtlich zielt auch diese Vorschrift mal wieder auf die Krankenhäuser mit ihren komplexen OP-Robotern etc. Für die Zahnarztpraxis ist das ausschließlich belastend.

7. Ebenfalls im Entwurf der gleichen Verordnung: **Personen, die beabsichtigen, künftig Medizinprodukte aufzubereiten**, haben dies der zuständigen Behörde vor Aufnahme der Tätigkeit anzuzeigen und auf Verlangen der zuständigen Behörde nachzuweisen, dass sie die „Voraussetzungen nach Absatz 1“ erfüllen.

Glücklicherweise wurde diese vollkommen überflüssige Vorschrift nach zahlreichen Protesten auch von unserer Seite wieder aus der Verordnung entfernt. Ein solches Datengrab, dessen Verwaltung sicherlich in jeder Behörde ein bis zwei Planstellen verlangt, braucht zumindest im Bereich der Zahnmedizin niemand. Wir hoffen, die Gerüchte, dieses „Melderegister für Aufbereitende“ solle später doch noch Gesetzeskraft erlangen, bewahrheiten sich nicht.

6. Das **Bestandsverzeichnis aller nicht implantierbaren Medizinprodukte**. Eine Auflage, die offenbar für große Strukturen wie Krankenhäuser gemacht wurde. Was aber in einem Krankenhaus vielleicht Sinn macht, wenn man den OP-Roboter im Keller von Gebäude 11 wiederfinden möchte, ist in der übersichtlichen Struktur Zahnarztpraxis bis auf wenige Ausnahmen eher sinnlos. Bitte einfach abschaffen!

5. In der Novelle der neuen Medizinproduktebetriebsverordnung wird ein „**Beauftragter für Medizinprodukte**“ bei mehr als 20 Angestellten gefordert. Auch dieser vor wenigen Wochen im Bundesrat von den offenbar nicht besonders gut beratenen Fachministerinnen und -ministern beschlossene weitere BürokratieAUFBAU geht uns auf die Nerven und hat keinerlei positive Auswirkung auf die Versorgung. Auch hier gilt: Es mag sein, dass so etwas in einem Krankenhaus mit einigen Hundert oder gar 1000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sinn macht. Bei uns ist es ein Papiertiger, der unserem bereits jetzt überforderten Personal weitere Auflagen zumutet.

4. Ein Evergreen, bei dem viele sich jedes Mal wieder fragen: Warum nur? Zehntausende Mitarbeiterinnen und Kollegen pilgern ziemlich klimaschädlich alle 5 Jahre zur Verlängerung ihrer **Röntgen Fachkunde** durch die Republik. Ob dadurch auch nur ein einziges Röntgenbild besser wird, wagen wir zu bezweifeln, auch wenn wir dort aufopferungsvolle Referenten haben, die diese Pflichtveranstaltung immer wieder toll gestalten. Dennoch: Warum wird dieser Teil unseres Staatsexamens alle 5 Jahre neu zur Disposition gestellt? Muss ich irgendwann auch alle 5 Jahre einen Zahn unter Aufsicht ziehen, um zu sehen, ob ich das kann? Zumindest eine Verlängerung auf 10 Jahre wäre doch mal ein erster Fortschritt, lieber Gesetzgeber!

3. Auch dieses bürokratische Folterinstrument ist altbekannt: Die Ablehnung der „**Tagesabschlussdokumentation**“ in den meisten Bundesländern. Warum ist es denn so schwierig, statt nach jedem Durchgang des Autoklaven eine Unterschrift zu leisten, dass der Prozess fehlerfrei verlief, diese Dokumentation am Ende des Tages durchzuführen? Spart bei uns einfach viel Zeit und Womanpower. Was dabei schwierig oder gefährdend für Patientinnen und Patienten sein soll, bleibt uns schleierhaft.

2. Durch die Pflicht zur Validierung der Hygienegeräte in den Zahnarztpraxen nach § 8 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind Zahnarztpraxen verpflichtet, die Prozesse der Hygienegeräte wie des Sterilisators und des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) **regelmäßig zu validieren**. Grundsätzlich gilt, dass die Zahnarztpraxen neue Sterilisations- und Reinigungsgeräte nach der Inbetriebnahme validieren lassen müssen (nur zum Vergleich, das ist so, als müssten wir mit jedem fabrikneuen Auto erstmal zum TÜV, um zu prüfen, ob es funktioniert). Die nächste Validierung steht dann bei Reinigungs- und Desinfektionsprozessen in der Regel jährlich, bei Sterilisationsprozessen in der Regel alle zwei Jahre oder nach 4000 Chargen beziehungsweise nach Angabe im Validierungsbericht an.

Validierte Verfahren zur Aufbereitung von Medizinprodukten wurden in den Krankenhäusern eingeführt, da die dort verwendeten Großgeräte auf die Anforderungen des Krankenhauses konzipiert und erst vor Ort zusammengebaut wurden. In der Folge mussten diese im Rahmen einer Erstvalidierung ihre Funktionstüchtigkeit mit den Betriebsmitteln des Krankenhauses (Betriebswasser, Verpackung etc.) beweisen. Die Vielfalt an Instrumenten im Krankenhaus und deren Anforderungen an die Aufbereitung unterscheidet sich allerdings wesentlich von den Anforderungen einer Zahnarztpraxis. Das Patienten-klientel, die Art der Eingriffe und das überschaubare Instrumentenspektrum bedingen ein signifikant geringeres Risiko für die Übertragung schwerwiegender nosokomialer Infektionen in Zahnarztpraxen als in Krankenhäusern. Der Umfang von Prozessvalidierungen kann nach individueller Risikoanalyse unter Berücksichtigung gerätespezifischer Prozessbeurteilungssysteme ohne einen Verlust an Sicherheit reduziert werden. Für Validierungsintervalle ist ein Festhalten an starren Fristen fachlich daher nicht geboten.

Wir schlagen vor, anstelle eines Festhaltens an starren Fristen bundesweit die Durchführung von Validierungen mit risikoadjustiertem Umfang und Intervallen zu ermöglichen, wie es in einigen Bundesländern schon möglich ist.

1. Immer noch der ungeschlagene Spitzenreiter: Das von den Aufsichtsbehörden angedachte **Verbot der „abschließenden Wischdesinfektion“** von semikritischen ►►

► Medizinprodukten! Hier wiehert der Amtsschimmel lauter denn je, denn ein völlig unproblematisches Verfahren, dass seit Menschengedenken problemlos durchgeführt wird, wird wegen des „nicht messbaren Anpressdruckes“ plötzlich für unzulässig erklärt. Momentan muss sich tatsächlich eine Gruppe gestandener Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit der Erstellung einer Leitlinie zu diesem Thema befassen – ihnen gilt unser Dank und Mitgefühl! Dieser Aufwand ist kaum zu glauben, da es bis heute keinen einzigen nachgewiesenen Fall einer Infektion nach mangelhafter Wischdesinfektion gibt. Bitte stoppen Sie, liebe Aufsichtsbehörden, RKI und BfArM

diesen völlig aus der Luft gegriffenen bürokratischen Supergau!

Und bitte, liebe Behörden: Erklären Sie uns jetzt nicht, in welchen Vorschriften das alles zu finden ist – wir wissen es! Ändern Sie einfach mal was daran – im Interesse unserer Mitarbeiterinnen und unserer Patientinnen und Patienten! ■

*Mit freundlichen Grüßen
Konstantin von Laffert
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer*

GOZ als Gebührenordnung 2. Klasse? Bundeszahnärztekammer fordert Bundesregierung zum Handeln auf

Die Bundeszahnärztekammer nimmt zur Kenntnis, dass das Bundesjustizministerium (BMJ) einen Referentenentwurf vorgelegt hat, der eine spürbare Steigerung der Rechtsanwaltsvergütung zum Gegenstand hat. Die Anwaltsgebühren wurden seit 2021 nicht mehr erhöht. Das BMJ nimmt seine Pflicht wahr, die wirtschaftliche Entwicklung zu beobachten und die Vergütung der Anwaltschaft an diese Entwicklung anzupassen. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) würde es begrüßen, wenn das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vergleichbar gewissenhaft arbeiten und die GOZ nicht als Gebührenordnung 2. Klasse behandeln würde. Denn die Begründung des BMJ für die Erhöhung bei den Rechtsanwälten lassen sich 1:1 auf die Zahnärzteschaft übertragen: ein erheblich gestiegener Kostendruck durch einen Anstieg von Energie- und weiteren Sachkosten sowie die Notwendigkeit einer auskömmlichen Vergütung, um die Niederlassung auch in strukturschwachen Regionen zu gewährleisten. Die Gebühren der Zahnärzte wurden seit 1988 nicht mehr erhöht, aber das BMG verweigert bis heute die dringend notwendige Anpassung. „Die Zahnärzteschaft gönnt den Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten eine Erhöhung der Vergütung, sie leisten als unabhängige Berater und Vertreter ihrer Mandanten einen wichtigen Beitrag. Die Erhöhung macht allerdings deutlich, wie sehr das BMG im Vergleich die Zahnärzteschaft mit Ignoranz straft, die sich tagtäglich für die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten einsetzt. Über 35 Jahre Nichtanpassung des

Punktwertes sind schlichtweg ein Skandal! Die Kolleginnen und Kollegen werden gezwungen, mit einer völlig veralteten Gebührenordnung zu arbeiten, in der inzwischen 160 zahnärztliche Leistungen nicht mehr beschrieben sind. Das ist auch gegenüber den Patientinnen und Patienten ein Unding. Die Bundeszahnärztekammer fordert die Bundesregierung mit Nachdruck auf, dem zahnärztlichen Beruf endlich auch die Anerkennung zukommen zu lassen, die er verdient. Eine Anpassung der GOZ an die wirtschaftliche Entwicklung ist hierfür unerlässlich“, so BZÄK-Vizepräsidentin Dr. Romy Ermler. ■ *_____ BZÄK, Presseinformation*





Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse¹

IM 1. QUARTAL 2024

Ausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum in Prozent – Veränderungsraten

Leistungsbereich	GKV absolut
Ärztliche Behandlung ²	4,7
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	5,3
Zahnersatz	5,2
Arznei- und Verbandmittel	9,1
Summe Hilfsmittel	7,5
Summe Heilmittel	11,1
Krankenhausbehandlung insgesamt mit stationärer Entbindung	8,5
Krankengeld	4,5
Fahrkosten	6,0
Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	13,0
Schutzimpfungen	13,0
Früherkennungsmaßnahmen	5,9
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung	0,8
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	12,2
Dialyse	2,6
Ausgaben für Leistungen insgesamt	7,5
Netto-Verwaltungskosten (Netto-Vwk)	-3,2
Netto-Vwk ohne Altersrückstellungen	3,2
Ausgaben insg. für Leistungen und Netto-Vwk	7,0

Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen (absolut in Mio. EUR)

Ausgaben/Einnahmen	GKV
Ausgaben insgesamt	80.222
Einnahmen insgesamt	79.447
davon:	
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ³	70.671
Mittel aus dem Einkommensausgleich	7.538
Beitragseinnahmen ⁴	296
Sonstige Einnahmen ⁵	940
Überschuss/Defizit (-)	-776

1 Die landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) nimmt nicht an dem zum 01.01.2009 eingeführten Gesundheitsfonds teil.

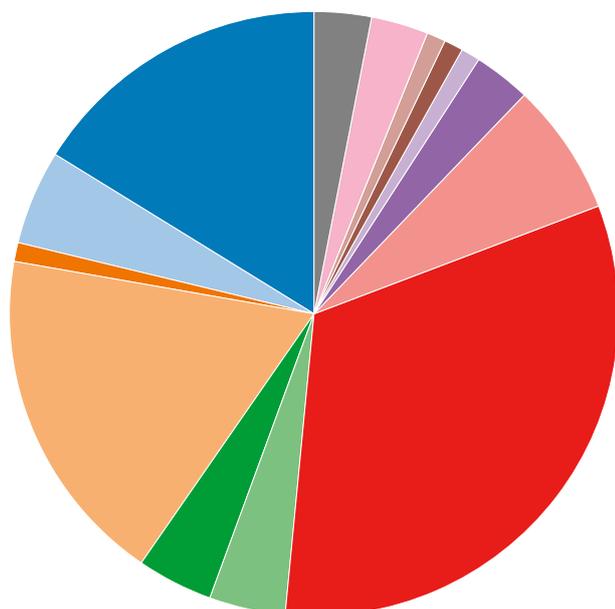
2 einschließlich Integrierte Versorgung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch sowie ohne Dialysesachkosten und ohne von den Versicherten geleistete Zuzahlungen.

3 von den Krankenkassen ausgewiesene Zuweisungen für den Berichtszeitraum einschließlich Forderungen und Verpflichtungen

4 Der Wert bezieht sich hauptsächlich auf die Beitragseinnahmen der LKV, die nicht am Gesundheitsfonds teilnimmt; die übrigen Kassenarten erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

5 Bei der LKV insbesondere Zuschüsse des Bundes für die landwirtschaftlichen Altenteiler sowie bei allen Krankenkassen insbesondere Erstattungen von Dritten und Vermögenserträge.

_____ Bundesministerium für Gesundheit



ANTEILE AN DEN AUSGABEN INSGESAMT IM 1. QUARTAL 2024

AUSGABEN

- Ärztliche Behandlung: 16%
- Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz: 5%
- Zahnersatz: 1%
- Arzneimittel: 18%
- Hilfsmittel: 4%
- Heilmittel: 4%
- Krankenhausbehandlung: 32%
- Krankengeld: 7%
- Fahrkosten: 3%
- Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen: 1%
- Schutzimpfungen: 1%
- Früherkennungsmaßnahmen: 1%
- Schwangerschaft und Mutterschaft: 0%
- Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege: 3%
- Sonstige Leistungsausgaben: 3%

3D-gedruckte Restaurationen als noninvasive Therapieoption bei ausgeprägten Erosionsgebissen

Dr. Elisabeth Prause, Robert Nacic, Prof. Dr. Florian Beuer, Prof. Dr. Jeremias Hey



Die Rekonstruktion generalisierter Zahnhartsubstanzdefekte stellt eine therapeutische Herausforderung dar. Vor mehr als zehn Jahren wurden Konzepte auf der Basis von noninvasiven Vorgehensweisen veröffentlicht. Die aufwendige Vorgehensweise verhinderte einen flächendeckenden Einsatz. Die additive Fertigung eröffnet dafür neue Chancen. In einer klinischen Untersuchung wird die Bewährung gedruckter Aufbisse aus Hybridmaterial validiert. Exemplarisch für diese Studie wird im Folgenden ein Patientenfall erläutert.

Behandlungsmethode

Im dargestellten Patientenfall bestand die Problematik eines generalisierten, ausgeprägten Erosionsgebisses. Die Rekonstruktion basierte auf einem volldigitalen Workflow und führte zu 27 gedruckten Aufbissen im Non-prep-Design aus einem Hybridmaterial. Nach Eingliederung erfolgten eine Farbbestimmung mittels Spektalfotometers sowie ein Intraoralscan zur Beurteilung des Verschleißverhaltens. Beide Maßnahmen wurden nach sechs, zwölf, 24 und 36 Monaten wiederholt.

Ergebnisse

Nach zwölf Monaten Tragezeit wurden ein durchschnittlicher Materialverschleiß von 0,09 mm und eine Farbveränderung von $\Delta E = 6,3 \pm 2,3$ ermittelt. Zudem kam es zu drei Abplatzungen.

Schlussfolgerung

Das Patientenbeispiel zeigte die Verwendung gedruckter Hybridmaterialien als noninvasive Therapiemaßnahme. Eine schnelle Verbesserung der Ästhetik, verbunden mit einer Bisshebung, wurde ohne eine langwierige Vorbehandlung mittels Bisshebungsschiene erreicht. Zur weiteren Beurteilung der Behandlungsoption müssen die Ergebnisse einer größeren Kohorte über einen längeren Zeitraum abgewartet werden.

Einleitung

Die additive Fertigung im dentalen Bereich hat sich in den letzten Jahren enorm entwickelt. Mittlerweile wird sie routinemäßig nicht mehr nur für die Herstellung von Schienen, Schablonen oder individuellen Abformträgern genutzt, sondern auch für provisorische Kronen und Brücken¹⁻³. Seit einigen Monaten ist sogar ein Hybridmaterial (VarseoSmile Crown plus, Bego, Bremen, Deutschland) für den Druck von definitivem Einzelzahnersatz verfügbar. Es handelt sich dabei um ein keramisch gefülltes Veresterungsprodukt mit einem Gesamtanteil an anorganischen Füllstoffen zwischen 30 und 50 Massen-% (Partikelgröße 0,7 μm). Der große Vorteil gegenüber der subtraktiven Fertigung besteht in einem ökonomischen Materialverbrauch sowie der Realisierung komplexerer Formgestaltung, beispielsweise der Anfertigung spitzwinkliger Innengeometrien oder sehr dünner Schichtstärken.

In Bezug auf die klinische Anwendung ist es technisch möglich, defektorientiert zu drucken. Restaurationen für Zahnhartsubstanzdefekte mit scharfkantiger Konfiguration lassen sich ohne ein Abrunden derselben passgenau anfertigen. Insbesondere Patienten mit Erosionen und Abrasionen könnten von dieser Therapiemöglichkeit profitieren. Der im Folgenden vorgestellte Patient wurde im Rahmen einer klinischen Studie behandelt. Der genaue Behandlungsablauf wird nachstehend dargestellt. Die klinische Studie wurde von der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin (Referenznummer EA2/013/21) genehmigt.

Therapiebeschreibung

Der Patient stellte sich im Zahnärztlichen Notdienst in der Charité-Universitätsmedizin Berlin vor. Aufgrund einer Caries profunda an Zahn 16 wurde eine endodontische Behandlung eingeleitet. Der Patient äußerte den Wunsch nach einer Weiterbehandlung in domo. Bei der erweiterten Befundaufnahme (Abbildung 1a bis e) berichtete der Patient von Hypersensibilitäten bei heißen oder kalten Speisen bzw. Getränken. An allen Zähnen



Fotos: Charité, Privat

Abb. 1a bis e: Intraoraler Ausgangsstatus

waren ausgeprägte Zahnhartsubstanzdefekte feststellbar. Dies störte ihn seit Längerem insbesondere aus ästhetischen Gründen. Eine Schiene zur Reduktion der nächtlichen Abnutzungsaktivität hatte er noch nie. Zudem lag eine zahnärztliche Konsultation schon viele Jahre zurück. In Anbetracht des deutlichen Verlusts von Zahnhartsubstanz wurde ein CMD-Kurzbefund erhoben. Dieser zeigte lediglich eine asymmetrische Mundöffnung.

Diagnose: Generalisierte, ausgeprägte Erosionen, Abrasionen und Attritionen mit einem Verlust der vertikalen Dimension; Hypersensibilitäten; multiple kariöse Läsionen; keine funktionellen Einschränkungen; Gingivitis; Schalllücke regio 36; reduzierte Ästhetik (Abbildung 1a bis e und 2a bis b).

Nach erfolgter präprothetischer Vorbehandlung in Form einer endodontischen und kariologischen Behandlung an den Zähnen 16, 17, 46 und 47 wurde dem Patienten eine

Bisshebung angeraten. In Anlehnung an die Shimbashi-Dimensionen wurde ein vertikaler Höhenverlust von 4,2 mm ermittelt. Des Weiteren zeigten sich ein verkürztes unteres Gesichtsdrittel sowie ein generalisierter Verlust der Zahnhartsubstanz durch Erosionen, Abrasionen und Attritionen. Eine professionelle Zahnreinigung aufgrund einer manifesten und generalisierten Gingivitis wurde präprothetisch ebenfalls durchgeführt. Im Verlauf der Behandlung wurde sie regelmäßig wiederholt. Sowohl der konventionelle Weg, die Adaptation des Kausystems an eine neue Bisslage mittels Bisshebungsschiene für mindestens drei Monate, als auch eine Bisshebung durch fest fixierte Aufbisse im Rahmen der klinischen Studie wurden dem Patienten erläutert. Er entschied sich für die Teilnahme an der Studie. Der Studienablauf ist in Abbildung 3 schematisch dargestellt. Nach einer professionellen Reinigung wurden die Zähne ►►

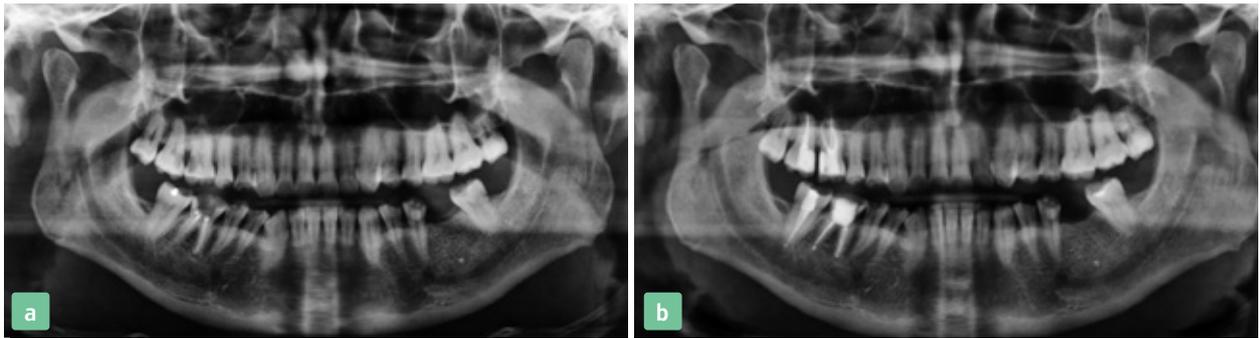


Abb. 2a und b: Röntgenologischer Ausgangsbefund mit einer Caries profunda an den Zähnen 16, 17, 46 und 47 (a). Nach konservierender Vorbehandlung (b) wurde die prothetische Rehabilitation eingeleitet.

► ohne Präparation gescannt (Primescan, Dentsply Sirona, Charlotte, North Carolina, USA) (Abbildung 4). Beim Scannen wurde großer Wert auf die vollständige Erfassung sämtlicher Zahnflächen gelegt. Der Sulkusbereich hingegen war von untergeordneter Bedeutung. Eine Darstellung

des paragingivalen Bereichs durch Retraktionsfäden oder Ähnliches fand nicht statt. Die Weiterverarbeitung der digitalen Informationen erfolgte im klinikeigenen Dentallabor. Dort wurden neben einer virtuellen Bisshebung auch das Design (DentalDesigner 2020, 3shape, Kopenhagen, Dänemark) und der Druck der Restaurationen (Varseo XS, Bego) durchgeführt (Abbildung 4, 5 und 6). Der Biss wurde um 4 mm in der Rotation angehoben. Dadurch ergab sich eine Bisshebung von ungefähr 2,5 mm im Prämolaren- und von 1,5 mm im Molarenbereich. Als Design der 3D gedruckten Restaurationen wurden initial Einzelkronen festgelegt (DentalDesigner 2020, 3shape). Die Restaura-tionsgeometrien wurden anschließend individuell bestimmt. So konnte eine defektorientierte Gestaltung mit dünn auslaufenden Restaurationsrändern erfolgen. Die fazialen Zahnflächen der Frontzähne im Ober- und Unterkiefer wurden aus ästhetischen Gründen mit einbezogen. Die dabei entstehende Überkonturierung der Zähne konnte durch die Tatsache harmonisiert werden, dass alle Zähne neu versorgt wurden. Aufgrund des deutlichen Verlusts an Zahnhartsubstanz entstanden keine ästhetischen Einbußen durch überdimensioniert wirkende Zähne. Die Restaura-tionen im Seitenzahnbereich beschränkten sich auf die Zahnhartsubstanzdefekte und die Okklusalfächen zwecks der Bisshebung. Die Fräserradiuskorrektur wurde für den 3D-Druck nicht berücksichtigt, da so im Druckprozess die Geometrie des natürlichen Zahns abzüglich der Klebefuge ohne Verzerrungen wiedergegeben werden konnte. Die 3D-gedruckten Restaurationen wurden adhäsiv eingesetzt (Abbildung 7a bis e). Sie wurden dafür mit Aluminiumoxid (Microetcher CD, DANVILLE Materials LLC, Anaheim, CA, USA) sandgestrahlt und mit einem Universal-Primer (Monobond Plus, Ivoclar, Schaan, Liechtenstein) konditioniert. Die Zähne wurden, sofern Schmelz vorhanden war, einer 37-prozentigen Phosphorsäureätzung (Orbis Dental Handelsgesellschaft mbH, Münster, Deutschland) unterzogen. Sowohl Schmelz als auch Dentin wurden mit einem selbstätzenden Universaladhäsiv (Scotchbond SE, 3M Espe, Landsberg am Lech, Deutschland) vorbehandelt.



Abb. 3: Studienablauf



Abb. 4: Digitalisierung des Ausgangszustands mithilfe eines Intraoralscans



Abb. 5: Digitale Bisshebung und Design der gedruckten Restaurationen

Für die Eingliederung wurde ein Befestigungskomposit (RelyX Ultimate, 3M Espe) verwendet. Die Approximalkontakte wurden initial mit Zahnseide gereinigt. Überschüssiges Befestigungsmaterial konnte schnell zu einer Verblockung der Approximalräume führen. Nach Entfernung der Zementreste in allen anderen Bereichen und Lichthärtung wurde die statische und dynamische Okklusion überprüft. Die Verzahnung mit einer halben Prämolarenbreite mesial

wurde gemäß der Ausgangssituation übernommen. Eine Gruppenführung wurde eingestellt. Nach der Feinjustierung der Okklusion erfolgte eine Politur der Restaurationen mithilfe von Polierscheiben (Sof-Lex XT, 3M Espe). Bei der ersten Nachsorge einige Tage nach der Eingliederung wurden die okklusalen Verhältnisse nochmals überprüft. Anschließend folgte ein Intraoralscan (Primescan), um die Ausgangssituation nach Eingliederung festzuhalten. Dieser ►



Abb. 6: 27 gedruckte Restaurationen im Ober- und Unterkiefer mit einer Schichtstärke von partiell unter 1 mm: Verschiedene Restorationsgeometrien sind individuell druckbar (Table Tops, Veneers, Kronen), um eine noninvasive Therapie zu ermöglichen.



Abb. 7a bis e: Zustand nach volladhäsiver Eingliederung der gedruckten Restaurationen: Eine individuelle Aufstellung wurde im Bereich der Unterkiefer-Frontzähne gewählt. Die Schaltlücke regio 036 sollte später mit einer implantatgetragenen Einzelzahnkrone versorgt werden.

► Datensatz wurde anschließend mit den Scandaten der Recall-Sitzungen verglichen. Rückschlüsse auf den Materialverlust konnten so gezogen werden (s.u.). Der Basisscandiente außerdem zur Herstellung von zwei 0,8 mm dicken Tiefziehschienen (Erkodur, Erkodent, Pfalzgrafenweiler, Deutschland) für die Farbbestimmung im Ober- und Unterkiefer. Die Schienen wurden an den Zähnen 16, 15, 11, 23, 34, 42, 44 und 46 mit einem Durchmesser von 0,6 mm freigeschliffen. Die Öffnungen ermöglichten eine exakte Reponierung des Farbmessgeräts (s.u.).

Verlaufskontrolle und Komplikationen

Nach sechs Monaten wurde eine Abplatzung an Zahn 27 (palatinaler Höcker) festgestellt. Im Defektbereich bestand

auch nach der Abplatzung ein ausgeprägter statischer Kontakt. Vermutlich ist dies auf einen initialen Vorkontakt zurückzuführen. Nach weiteren sechs Monaten zeigten sich zwei weitere Abplatzungen an den Zähnen 17 (ebenfalls palatinaler Höcker) und 25 (distale Randleiste). Die Abplatzungen wurden jeweils erst bei den Nachsorgeuntersuchungen vermerkt, da sie den Patienten nicht störten. Er gab an, dass die Komplikationen nach ungefähr drei und zehn Monaten aufgetreten seien. An allen frakturierten Restaurationen konnte eine intraorale Korrektur durchgeführt werden. Am Zahn 25 wurde die distale Randleiste geglättet und poliert (Sof-Lex XT, 3M Espe). Die Abplatzungen an den Zähnen 17 und 27 wurden nach dem Sandstrahlen mit Aluminiumoxid (Microetcher CD, DANVILLE Materials

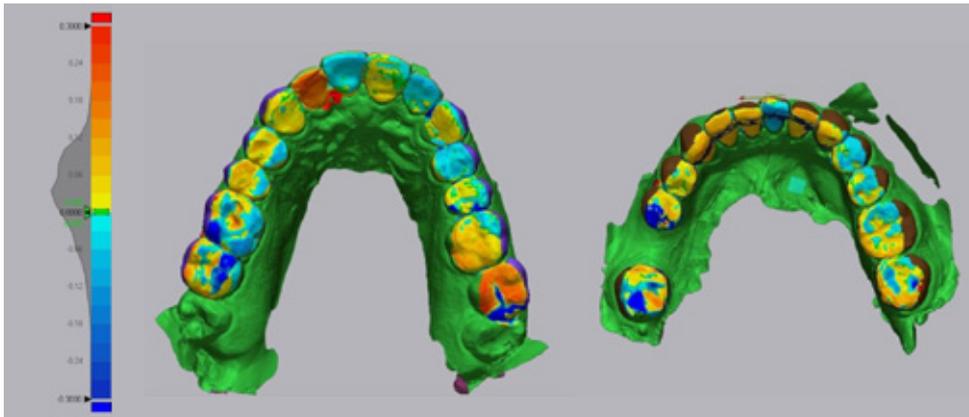


Abb. 8: Überlagerung der Intraoralscans (Zustand nach Eingliederung im Vergleich zum Zwölf-Monats-Scan): Der durchschnittliche Verschleiß nach zwölf Monaten betrug 0,09 mm. Abplatzungen sind dunkelblau gekennzeichnet.

LLC) und Konditionierung (selektive Schmelzätzung: Phosphorsäure 37%, Orbis Dental Handelsgesellschaft mbH; Universal Adhäsiv: Scotchbond SE, 3M Espe) mithilfe eines Kompositmaterials (Ceram.x Spectra ST HV, Dentsply Sirona) repariert. Nach Modellation und Lichthärtung des Kompositmaterials wurde die Okklusion überprüft und eine Politur durchgeführt. Während der gesamten Nachbeobachtungszeit zeigten sich keine Anzeichen für kranio-mandibuläre Dysfunktionen infolge der Bisshebung.

Für die Analyse des Verschleißverhaltens der 3D-gedruckten Restaurationen wurden bisher Intraoralscans einige Tage nach der Eingliederung im Rahmen der ersten Nachsorge sowie nach sechs und zwölf Monaten durchgeführt. Die Daten wurden anschließend mit dem Ausgangsscan überlagert (Geomagic Control X 64, 3D-Systems, Rock Hill, South Carolina, USA). Aus der Differenz zwischen den Datensätzen wurde der Abtrag ermittelt (Abbildung 8).

Die Analyse der Farbstabilität der 3D-gedruckten Restaurationen erfolgte mithilfe eines Spektralfotometers (VITA Easyshade V-Gerät, 5. Generation, VITA Zahnfabrik) (Abbildung 9). Die Farbbestimmung wurde zehn Tage nach der Eingliederung im Rahmen der zweiten Nachsorge und anschließend nach sechs und zwölf Monaten durchgeführt. Zur Ermittlung der Farbveränderungen (ΔE) wurden die $L^*a^*b^*$ -Werte (L^* = Helligkeit; a^* = Rot-grün-Wert; b^* = Gelb-blau-Wert) gemessen (Tab. 1). Darauf basierend wurde

$$\Delta E = \sqrt{(L_2 - L_1)^2 + (a_2 - a_1)^2 + (b_2 - b_1)^2}$$

errechnet. Es zeigte sich eine sichtbare Veränderung von $\Delta E = 1$, die jedoch im klinisch akzeptablen Bereich lag (Referenz: $\Delta E = 6,8$) (Tab. 2).

Die klinische Akzeptanz wurde in einem Spektrum von ΔE 5,5 – 6,8 eingeordnet^{4,5}. Eine professionelle Zahnreinigung wurde vor den Messungen nicht durchgeführt, um die Farbstabilität des druckbaren Hybridmaterials nach Einfluss von Ernährungs- und Hygienegewohnheiten beurteilen zu können.

Diskussion

Das Patientenbeispiel zeigt die Verwendung gedruckter Hybridmaterialien als noninvasive Therapiemaßnahme. Eine initiale Verbesserung der Ästhetik verbunden mit einer Bisshebung ohne Präparation der Zähne wurde erreicht. Der Fall ist Bestandteil einer klinischen Studie, die die Bewahrung von 3D-gedruckten Restaurationen im Non-prep-Design für die Versorgung von Patienten mit ausgeprägten Abrasionen, Erosionen und Attritionen validiert. Bereits vor mehr als zehn Jahren wurden Konzepte veröffentlicht, die auf noninvasiven Vorgehensweisen zur Behandlung von generalisiertem Zahnhartsubstanzverschleiß basierten⁶. Die aufwendige Vorgehensweise verhinderte jedoch eine flächendeckende Anwendung. Die additive Fertigung eröffnet dafür neue Chancen und könnte für dieses Indikationsspektrum eine große Relevanz erreichen. Da geringste Schichtstärken gedruckt werden können, kann der Übergang von der 3D-gedruckten Restauration zum Zahn sehr grazil gestaltet werden. Ausgeprägte positive Stufen mit ►►



Abb. 9: Spektralfotometer mit Repositionierungsschiene zur Farbmessung. An Zahn 14 und 16 sind die Öffnungen zum Aufsetzen des Messkopfes erkennbar.

Farbbestimmung (Zeitpunkt + Zahn)	L*	a*	b*
Baseline 16/12 Monate 16	66,6/60,5	0,9/0,5	18,4/21,5
Baseline 15/12 Monate 15	69,2/62	1,5/0,5	23,4/19,5
Baseline 11/12 Monate 11	71,8/65,1	1,4/1,2	26,1/26
Baseline 23/12 Monate 23	71,1/67,3	1,2/1,6	28,5/27,6
Baseline 34/12 Monate 34	75,5/66,3	0,9/0,1	24,2/21,9
Baseline 42/12 Monate 42	74,3/68,7	0,9/0,9	26/26,9
Baseline 44/12 Monate 44	72,7/70,6	1,7/0,8	24,4/24
Baseline 46/12 Monate 46	71,8/64,2	4,3/2,7	24,8/21,9

Tab. 1: Darstellung der L*a*b*-Werte an verschiedenen Zähnen nach der Eingliederung (Baseline) und nach zwölf Monaten

► der Gefahr der Entstehung von Sekundärkaries können vermieden werden. Verfärbungen im Randbereich können jederzeit nachpoliert werden. Bisher ist wenig über die Eignung von 3D-gedruckten Restaurationen aus Hybridmaterial als dauerhafter Zahnersatz bekannt. Es liegen lediglich einige wenige In-vitro-Studien vor. Klinische Studienergebnisse fehlen gänzlich. Dementsprechend können keine Aussagen über ihre Bewährung und im Speziellen bei noninvasiver Anwendung gemacht werden⁷. Die bisherigen Kenntnisse basieren auf In-vitro-Ergebnissen⁷. Insbesondere bei Patienten, die eine Bisshebung benötigen, ist eine Prognose des Aktivitätslevels des Kausystems schwierig. Unklar ist weiterhin, ob Patienten mit hoher Aktivität von einem geringen Verschleißverhalten des Restaurationswerkstoffs profitieren oder umgekehrt. Grundsätzlich kann der Verschleiß durch diverse Faktoren beeinflusst werden^{2, 8, 9}. Dazu zählen unter anderem Ernährungsgewohnheiten, funktionelle Störungen, aber auch eine schlecht eingestellte Okklusion¹⁰. Die Langzeitstabilität einer Restauration wird maßgeblich von der Abrasionsstabilität des Materials bestimmt^{11, 12}. Gedruckte Hybridmaterialien zeigen in bisherigen Studien eine konventionellen Kompositen ebenbürtige bis überlegene Abrasionsstabilität^{11, 13}. Die hohe Abrasionsstabilität könnte aus der spezifischen Kompositmatrix resultieren. Eine homogene und gleichmäßige Struktur des Materials kann so sichergestellt werden^{7, 14, 15}. Klinisch zeigten sich bei dem dargestellten Patientenfall Abplatzungen. Diese ereigneten sich nach Patientenangaben nach drei bzw. zehn Monaten. Um das Verschleißverhalten des gedruckten

Materials zu überprüfen, werden im Rahmen der klinischen Studie bewusst keine Schienen zum Schutz der Restaurationen hergestellt. Frakturen und Abplatzungen sind demnach gerade in dieser Patientengruppe mit ausgeprägten Parafunktionen, Malokklusion und Bruxismus zu erwarten. Eine intraorale Reparatur der 3D-gedruckten Restaurationen bietet den Vorteil, dass ein vollständiges Entfernen und Neuherstellung der Restauration umgangen werden kann. Insbesondere bei kleineren Defekten ist dies positiv zu bewerten. Ressourcen werden geschont. Zusätzliche Behandlungstermine können den Patientinnen und Patienten erspart werden. Medizinisch relevant werden Abplatzungen oder Frakturen, wenn sie Aufschlüsse über mögliche Fehlerquellen geben. In diesem Zusammenhang sind eine fehlerhafte Okklusion, Früh- bzw. Störkontakte und exzessive interokklusale Kräfte zu nennen. Feinjustierungen sind allerdings nachträglich zu jeder Zeit möglich. Eine Verbesserung der komplexen oralen Gesamtsituation kann sukzessive erreicht werden. Im Rahmen eines voll digitalen, CAD/CAM-basierten Workflows sind Intraoralscans ein fester Bestandteil des Behandlungsablaufs. Sie vereinfachen die Digitalisierung der Patienteninformationen, um eine möglichst detailgetreue 3D-Kopie der Zahnsituation des Patienten zu erhalten¹⁶. Die Datensätze werden mittels einer CAD-Software übereinander gelagert und miteinander verglichen. Dafür gibt es verschiedene Analysetechniken. In der derzeit durchgeführten klinischen Studie wird der

Farbbestimmung (Zeitpunkt + Zahn)	Farbveränderung (ΔE) in vivo
Baseline 16/12 Monate 16	6,9
Baseline 15/12 Monate 15	7,3
Baseline 11/12 Monate 11	6,7
Baseline 23/12 Monate 23	3,9
Baseline 34/12 Monate 34	9,5
Baseline 42/12 Monate 42	5,7
Baseline 44/12 Monate 44	2,3
Baseline 46/12 Monate 46	8,3
Mittelwert	6,3
Standardabweichung	2,3

Tab. 2: Ermittlung der Farbveränderungen (ΔE) sowie des Mittelwerts und der Standardabweichung

referenzbasierte Best-Fit-Algorithmus angewendet. Dieser beschreibt das Übereinanderlegen von Datensätzen, indem vom Bediener identifizierte Abschnitte des Datensatzes für die Analyse markiert werden¹⁶⁻¹⁸. Diese Technik erwies sich bisher als die genaueste Auswertungsmethode hinsichtlich des Verschleißverhaltens des 3D-gedruckten Materials¹⁶. Die Farbmessungen werden mit einem dentalen Spektralfotometer (VITA Easyshade V, VITA Zahnfabrik) durchgeführt. Dieses Gerät zeigte in verschiedenen Studien eine große Validität und Reliabilität, sodass es gegenwärtig als Goldstandard in der digitalen Farbbestimmung angesehen wird¹⁹⁻²². Die Vorgaben der Internationalen Beleuchtungskommission CIE wurden für die Auswertung der Farbmessungen herangezogen. Diese orientieren sich an einem Farbbestimmungsmodell, das auf dem retinalen Aufbau des menschlichen Auges basiert²³. Da es bisher keine vergleichbaren klinischen Studienergebnisse hinsichtlich der Farbstabilität von 3D-gedruckten Restaurationen gibt, werden die Ergebnisse der momentan durchgeführten Studie als erster Richtwert für zukünftige Studien angesehen. Um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, werden vor der Farbbestimmung keine professionellen Zahnreinigungen durchgeführt. Die zusätzliche Anwendung von Repositionierungsschienen soll die Validität und Reliabilität der Methodik unterstützen.

Schlussfolgerung

Nach einem Beobachtungszeitraum von bisher zwölf Monaten zeigte der Patient ästhetisch ansprechende Restaurationen und moderate, reparable Komplikationen. Er hatte keine Beschwerden und war zufrieden. Der dargestellte Patientenfall zeigt, dass 3D-gedruckte Restaurationen eine schonende Therapieoption für Patienten mit reduzierter Zahnhartsubstanz sind. Eine schnelle Verbesserung der Ästhetik, verbunden mit einer Elimination von Hypersensibilitäten, kann ohne eine langwierige Vorbehandlung mittels einer Bisshebungsschiene erreicht werden. Die additive Fertigung bietet sich daher insbesondere für Patienten mit ausgeprägten Erosions- und Abrasionsgebissen an, da noninvasive Restaurationen defektorientiert druckbar sind.

Interessenkonflikt

Die Autorin und die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht. ■

Kontakt

Dr. Elisabeth Prause
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik,
Alterszahnmedizin und Funktionslehre
Aßmannshäuser Str. 4 – 6, 14197 Berlin

Dr. Elisabeth Prause

Charité-Universitätsmedizin
Berlin, Abteilung für Zahnärztliche
Prothetik, Alterszahnmedizin und
Funktionslehre



Univ.-Prof. Dr. med. dent.

Florian Beuer MME

Charité-Universitätsmedizin
Berlin, Abteilung für Zahnärztliche
Prothetik, Alterszahnmedizin und
Funktionslehre



ZTM Robert Nicic

Charité-Universitätsmedizin
Berlin, Abteilung für Zahnärztliche
Prothetik, Alterszahnmedizin und
Funktionslehre



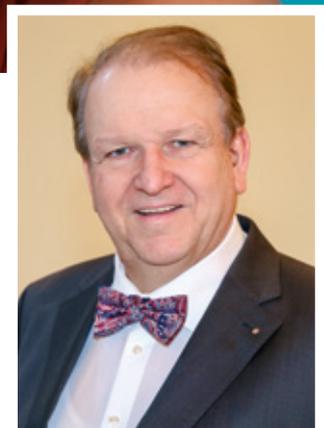
Prof. Dr. Jeremias Hey

Martin-Luther-Universität Halle-
Wittenberg, Universitätspoliklinik
für Zahnärztliche Prothetik,
Department für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde



Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der
Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ) 05/2023
<https://t1p.de/xjm3b>

Das Literaturverzeichnis können Sie unter
nzb-redaktion@kzvn.de anfordern



Dr. Karl Reck

Der neue KFO-Katalog

TEIL 5 – MEHRKOSTEN IN DER KFO: ETABLIERT UND AKZEPTIERT

Politikerinnen und Politiker ziehen meist nach hundert Tagen im Einsatz eine erste Bilanz. Die neuen KFO-Mehrkostenregelungen der KZBV blicken dagegen schon beinahe ein dreiviertel Jahr auf eine voll umfänglich etablierte Erfolgsgeschichte zurück.

Die Umsetzung der Neuregelungen verläuft in Nordrhein gänzlich reibungslos. Nach wie vor wurden im KFO-Referat der KZV Nordrhein keine Beschwerden über die neuen Regelungen bekannt. Martin Hendges, Vorsitzender des KZBV-Vorstandes, ist es offensichtlich gelungen, gemeinsam mit dem Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) eine beispielgebende Lösung des lange Jahre virulenten Problems zu finden. Entsprechend haben sich die Gemüter aller Beteiligten zwischenzeitlich beruhigt.

Hoher Vertragsstandard

Klar ist, Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige vertragliche kieferorthopädische Behandlung. Diese wird selbstverständlich durch die bekannten Grundlagen des BEMA zeitgemäß gewährleistet. Aber es gibt auch eine Wirklichkeit außerhalb der solida-

risch finanzierbaren Versorgung, die in den Bereich der Eigenverantwortung der Patienten fällt. Kein System ist in der Lage, alle individuellen Patientenwünsche rund um eine kieferorthopädische Behandlung voll umfänglich zu erfüllen. Entscheidend ist es in einer sozialen Marktwirtschaft wie der unseren, die Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung im Auge zu behalten.

Patientinnen und Patienten, Versicherungen, aber auch Behandelnde dürfen gleichermaßen nicht überfordert werden. Es ist die Aufgabe der Politik, für einen fairen Interessenausgleich zu sorgen, ohne eine Gruppe überproportional zu benachteiligen, wie es leider seit über einem Jahr durch die erneute Budgetierung für die zu behandelnden Personen und die Zahnärzteschaft wieder der Fall ist. Für endliches Geld kann es nur endliche Leistungen geben. Budgetierung dient nicht der Versorgung. An dieser Tatsache kommt niemand vorbei. Mit der neuen Mehrkostenregelung ist es den Verhandlungspartnern jedenfalls in der KFO gelungen, die Teilhabe der Patientinnen und Patienten an einem sich ständig weiterentwickelnden Behandlungsspektrum sozialverträglich zu gestalten.

Massive Störung des Wohlbefindens

Das oben aufgeführte, sehr komplexe Beispiel aus der Alltagspraxis erläutert mit einer Mischung aus Mehr-, Zusatz- und Anderen Leistungen die einzelnen Elemente der MZA-Leistungen. Die Abbildungen 1, 2 und 3 zeigen den Ausgangsbefund einer hochgradigen Störung der Kau-gesundheit, verbunden mit einem enormen psychischen Leidensdruck. Der Patient hielt beim Sprechen immer die Hand vor den Mund und wollte, wenn irgend möglich, seinen Biss nicht zeigen und verzichtete auf ein Lächeln. Mini-brackets sind nach den neuen Regelungen Mehr-leistungen (Abb. 7b). Bei den Mini-brackets geht es nicht so sehr um zusätzliche Materialkosten, die ggf. eine Abschnit G-GOZ Vereinbarung [Vereinbarung nach Abschnitt G, GOZ] erfordern würde, sondern um einen aufwendigeren Be-handlungsablauf. Durch die Verkleinerung der Wirkflächen der Brackets erscheint ihre optische Wahrnehmung zwar unauffälliger, biomechanisch sind aber nur reduzierte Kraftübertragungsmöglichkeiten gegeben. Ebenso gestaltet sich das Einbinden der Bögen komplizierter.

Superelastische Bögen (Abb. 7b) bieten verschiedene mecha-nische Vorteile gegenüber konventionellen Edelstahlbögen. Sie können aber im Gegensatz zu einfach biegbaren Edel-stahlbögen nur aufwendig unter Einsatz von thermischen Hilfsmitteln verarbeitet werden. Bögen nach BEMA 128a und 128b können sowohl Mehrleistung als auch Zusatzleistung (Z-Leistung) sein.

Mehrleistung sind sie immer dann, wenn z.B. vertraglich genehmigte Edelstahlbögen durch nur aufwendig zu ver-arbeitende Bögen, mit z.B. superelastischen Eigenschaften, ersetzt werden sollen. Zusatzleistung sind sie immer dann, wenn eine fallspezifische, als wirtschaftlich anzusehende Bogenanzahl, z.B. nach gutachterlicher Festsetzung, dem Einzel-fall entsprechend durch zusätzliche Bögen erhöht werden soll. Andere bzw. A-Leistungen (Abb. 7b) sind selbstständige Leistungen, die auch ohne kieferorthopädische Behandlung anfallen können, wie z.B. eine Kiefergelenksuntersuchung nach Prof. Bumann. Derartige funktionsanalytische Leistungen sind bereits seit langen Jahren nicht Gegenstand der zahn-ärztlichen Versorgung gemäß SGB V und folgerichtig wie Zusatzleistungen von Patientinnen und Patienten komplett selbst zu bezahlen.

Eine Vereinbarung nach § 2, Abs. 1 und 2, GOZ ist nur bei einem Faktor größer 3,5 vorgeschrieben. Faktoren größer 2,3, aber kleiner 3,5 sind bei der Rechnungslegung gemäß § 5, GOZ zu begründen, was möglicherweise im Falle von vorweggenommenen Begründungen in einer Vereinbarung zu Diskussionen führen kann, da sich manche Begründungen erst aus der konkreten Leistungserbringung ergeben können. Eine Vereinbarung nach § 2, 1 und 2, GOZ kann daher in beiderseitigem Interesse bei jedem auch unter 3,5 liegen-den Faktor Abrechnungssicherheit bieten und somit eine sinnvolle Alternative zu Begründungen nach § 5, GOZ sein. ►►



Abb. 1: Ausgangsbefund schräg von vorne einer höchstgradigen Anomalie des progenen Formkreises



Abb. 2: Ausgangsbefund von frontal mit engstehender Oberkieferfront und circulärem Kreuzbiss, trotz vorzeitigen Verlustes eines mittleren Schneidezahnes

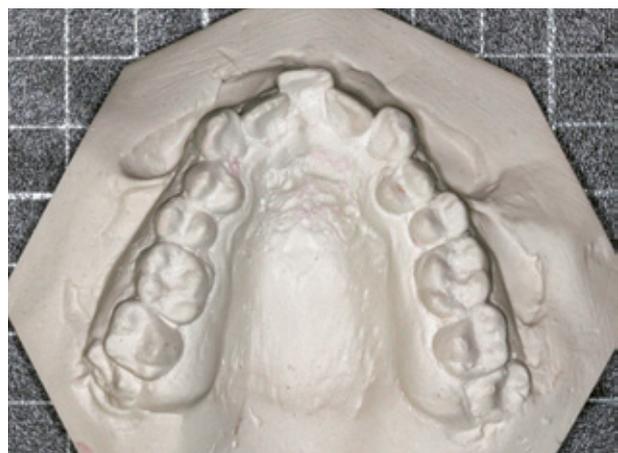


Abb. 3: Oberkieferaufsicht des Ausgangsbefundes zur Darstellung der transversalen Enge

Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vertragsnummer: 1

Dr. Reck, Venloer Str. 107, 50259 Pulheim	Vertragszahnarztstempel
Gerald Zahnstein-Krämer Zahnsteinstr. 101 77777 Entenhausen	

Zwischen Heinz Zahnstein
Zahlungspflichtiger
und Zahnärztin/Zahnarzt
für Gerald Zahnstein-Krämer
Versicherter (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privatärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

Leistungen	Betrag in EUR
Privatärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	1.554,54
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA	631,76
Zwischensumme	922,78
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten	60,00
Ihr voraussichtlicher Kostenanteil	982,78

Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Pulheim, den 14.3.2024
Ort, Datum
Unterschrift Zahlungspflichtige/r
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Seite 1 von 3

Foto: © M0.Design Werbeagentur/generiert mit KI

►► Jan Böhmermann hat gut Lachen

Als Herr Böhmermann neulich sein strahlendes Lächeln in seiner Sendung zeigte, hat er nicht erläutert, ob er es der Natur oder der Kieferorthopädie zu verdanken hat. Richtig ist, der Mensch kann ohne Zähne alt werden. Nicht ohne Grund soll aber in Deutschland möglichst vielen Kindern unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Eltern ein unbeschwertes Lächeln mit einem kau-funktionalen Gebiss ermöglicht werden. Deshalb gewährleistet auch eine Vertragsbehandlung grundsätzlich einen hohen Behandlungsstandard in der vertragskieferorthopädischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Es ist sicher nicht wünschenswert, wenn man die soziale Herkunft eines Kindes wieder an den Zähnen erkennen kann. Ordentlich gepflegte und gutstehende Zähne sind gleichermaßen kein Nachteil für Kinder und Erwachsene. Wie man am vorgestellten Beispiel unschwer nachvollziehen kann, dient Kieferorthopädie nicht nur funktionell der Kaugesundheit, sondern bewirkt auch einen sehr hohen Grad an Zufriedenheit und seelischem Wohlbefinden. ■

Anhang: Kostenaufstellung

zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V für Gerald Zahnstein-Krämer Vertragsnummer: 1

Erläuterung zur Tabelle

Art der Leistung:

M = Materialleistung: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt die/r Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.

Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/r Versicherte.

A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/r Versicherte.

Kostenanteil Versicherte/r:

Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialien und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um voraussichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

Privatärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ, ggf. Erläuterungen					Von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA					Kostenanteil Versicherte/r	
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)	Betrag (€)
Z	0060	Abformung/Teilabformung beider Kiefer für Situationsmodell	2,300	2	67,26						67,26
Z	6010	Analyse von Kiefermodellen, je Leistung nach 0060	2,300	2	46,56						46,56
M	6100	Minisäbels									
M	6102	Eingliederung eines Kiebelbrackets Superelastische Bögen	3,100	20	575,40	126a	Eingliedern eines Bracketts	20	369,20	206,20	206,20
M	6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens je Kiefer Superelastische Bögen	2,300	8	517,44	126a	Konfektionsierter Vollbogen	8	262,56	254,88	254,88
Z	6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens je Kiefer	2,300	4	258,72						258,72
		Kiefergelenksanalyse									
A	8000	Befunderhebung des stomatognathen Systems einschließlich Dokumentation	2,300	1	64,68						64,68
A	A6	Eingeh. Untersuchung des stomatognathen Systems, zur Feststellung von Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten	2,200	1	12,82						12,82
A	A1	Beratung, auch telefonisch	2,500	1	11,66						11,66
Zwischensumme					1.554,54				631,76	922,78	

Voraussichtlicher Kostenanteil der/des Versicherten für die obenstehenden privatärztlichen Leistungen: 922,78
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten: 60,00
Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag: 982,78

Abb. 7a-c: Seite 1-3 des neuen KFO-Mehrkostenformulars



Abb. 4: Oberkieferansicht nach weitgehender Ausformung mit Ersatzzahn nach chirurgisch unterstützter Gaumennaht-erweiterung und bimaxillärer Umstellungsosteotomie mit two-piece-maxilla (Prof. Dr. Dr. Hölzle und Prof. Dr. Dr. Modabber, Uni Aachen)



Abb. 5: Aktuelle Seitenansicht von links



Abb. 6: Aktuelle Ansicht von frontal mit Platzhaltereersatzzahn

TEIL 6 UND LETZTER TEIL – MZA-LEISTUNGEN, EIN SOLIDES FUNDAMENT IN STÜRMISCHEN ZEITEN.

Das deutsche Gesundheitssystem gewährleistet weltweit einmalig einen hohen Standard in der kieferorthopädischen Patientenversorgung. Ein solidarisches Krankenversicherungssystem kann aber aus nachvollziehbaren Gründen kein unendliches Leistungsversprechen abgeben. Im sechsten und letzten Teil der Artikelserie über den Katalog der MZA-Leistungen wird am Beispiel der Lingualtechnik noch einmal gezeigt, wie die gesetzlichen Neuregelungen die Schnittstellen zwischen dem privaten Bereich und dem Solidarbereich verknüpfen.

Die GKV als eine tragende Säule des deutschen solidarischen Krankenversicherungssystems kann nur eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung finanzieren, wie es das SGB V vorgibt und damit den vertraglichen Anspruch begrenzt. Es gibt dem gegenüber eine nicht unerhebliche Wirklichkeit in der kieferorthopädischen Versorgungslandschaft außerhalb dieser Normen. Deshalb war es nach der Einführung des Patientenrechtegesetzes 2013 unabdingbar, eine Verknüpfung der Schnittstellen zwischen dem Bereich der Eigenverantwortung und dem Solidarbereich zu schaffen, um allen Patienten ihre erlangten Mitspracherechte bzw. die Teilhabe am Fortschritt des Fachgebietes insbesondere in Bezug auf Komfort und Ästhetik von Behandlungsapparaturen zu ermöglichen. Folgerichtig musste eine Problemlösung gefunden werden, die den hohen qualitativen Standard der kieferorthopädischen Regelversorgung weiterhin erhält und zusätzlich den Patienten selbstbestimmte Wahlmöglichkeiten eröffnet, die ihren teilweise höchst individuellen persönlichen Wünschen entsprechen. Dass solche Neuerungen gleichwohl nie alle Wünsche erfüllen können, versteht sich von selbst. ►►

► Recht der Patienten

Bereits 2016 haben der heutige Ehrenvorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang Esser, und der heutige Vorsitzende der KZBV, Martin Hendges, mit dem TSVG die Weiterentwicklung der kieferorthopädischen Versorgung in der GKV angestoßen. Die engagierte Politik des KZBV-Vorstands schloss zukunfts fest die frühere Regelungslücke zwischen dem vertraglichen Anspruch auf eine zeitgemäß wissenschaftlich fundierte kieferorthopädische Behandlung und dem individuellen Recht der Patienten, die dafür erforderlichen Behandlungsmittel aus einem breiten Angebot nach den jeweils individuellen Bedürfnissen auswählen bzw. ergänzen zu können.

Im Mittelpunkt des MZA-Katalogs stehen diagnostische Maßnahmen und bewährte Behandlungsapparaturen, die einem verbrieften hochwertigen Behandlungsziel dienen, in ihrer Erscheinungsform in Bezug auf Komfort, Ästhetik und Mengen aber variieren und in vielen Varianten aus wirtschaftlichen Gründen nicht vollumfänglich im Vertrag abgebildet werden können. Bedeutsam ist auch, dass die kieferorthopädischen Geräte regelmäßig nur vorübergehend im Mund eingesetzt werden, wodurch sich zweckmäßig strukturierte vertragliche Ansprüche insbesondere in der kieferorthopädischen Regelversorgung gut nachvollziehbar begründen lassen.

Heute können gesetzlich Versicherte neben dem durch die vertraglichen Grundlagen gewährten Anspruch auf eine qualitativ hochwertige kieferorthopädische Versorgung auf eigenen Wunsch aus einem breiten Angebot an substituierenden und ergänzenden Möglichkeiten, rechtssicher „Mehr-, Zusatz- und Andere“ Leistungen wählen, die ihrer teilweise höchst individuellen Sicht auf den Komfort und die Ästhetik von Behandlungsapparaturen entsprechen. Für die Verwendung jeder dem Medizinproduktegesetz entsprechenden Bracketart gibt es gute Gründe. Linguale Brackets sind z. B. im Unterschied zu in der Funktion gleichwertigen bukkalen Brackets, ganz gleich, ob diese als Mini Brackets aus Metall oder als weiße Kunststoff- oder als transparente Keramik-Brackets eingesetzt werden, optisch am unauffälligsten. Lingualsysteme werden u. a. als Komplettpaket mit vollindividualisiert aufeinander

abgestimmten gefertigten Brackets und Bögen angeboten. Die hohen Materialkosten derartiger Lingualsysteme können – neben einem angemessenen zahnärztlichen Honorar für die kompliziertere Verarbeitung der Multiband/Bracket-Teile auf den Zahninnenseiten – als Mehrleistung bei Vertragsbehandlungen durch die MZA-Neuregelungen formal korrekt vereinbart werden.

Die Abbildungen 1 bis 6 zeigen einen von Prof. Wiechmann, Bad Essen, dankenswerterweise zur Verfügung gestellten vollindividualisierten Lingualtechnikfall mit herausfordernden Behandlungsaufgaben. In den Abbildungen 7 bis 9 wird am komplizierten Vereinbarungsbeispiel Lingualtechnik nochmals das Zusammenwirken des neuen MZA-Formulars mit einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 (1,2) GOZ und einer Sondermaterial-Vereinbarung nach Abschnitt G GOZ anschaulich dargestellt.

Erst seit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 24. April 2023 zu den MZA-Neuregelungen im SGB V, ist es bundesweit einheitlich möglich, im Fachbereich Kieferorthopädie BEMA und GOZ an ihrer Schnittstelle systematisch zu verknüpfen und somit Mehrleistungen in der vertragskieferorthopädischen Versorgung unter Einhaltung der einschlägig bekannten BEMA- und GOZ-Abrechnungs-Formvorschriften formal korrekt und dem Einzelfall angemessen zu vereinbaren. Die in den Abbildungen 7 bis 9 ausgewiesenen Preise und Mengen sind beispielhaft ohne Allgemeingültigkeit zu verstehen; sie können individuell, z. B. durch Rabatte, variieren.

Gegen Anfeindungen immunisiert

Die MZA-Neuregelungen mit ihren eindeutig definierten Möglichkeiten, ihren für Laien klar und gut verständlich lesbaren Formularhilfen sowie den im SGB V verankerten, die korrekte Einhaltung der Bestimmungen gewährleistenden Prüfrechten der KZVen haben sich auch in der hoffentlich bald hinter uns liegenden Krisenzeit bewährt. Es ist sehr bedeutsam, dass die KZBV unseren Berufsstand mit den MZA-Neuregelungen gegen die von Zeit zu Zeit auftretenden Versuche, das kieferorthopädische Fachgebiet und die Kolliegenschaft unsachlich zu diskreditieren, im übertragenen Sinne erfolgreich und umfassend flächendeckend immunisiert hat.

Foto: Prof. Wiechmann



Abb. 1: Ausgangsbefund, vollständiger Deckbiss, Engstände (von frontal)



Abb. 2: Ausgangsbefund Distalbiss, vollständiger Deckbiss (von links)



Abb. 3: Vollindividualisierte Lingualapparatur (Oberkieferaufsicht)



Dies war im Übrigen nur aufgrund des langjährig konstruktiven Dialogs des KZBV-Vorstandes mit seinen Ansprechpartnern in der Politik möglich. Ohne das so aufgebaute Vertrauen wären viele Dinge anders ausgegangen. Diese Immunisierung der KFO durch die KZBV ermöglicht heute Gelassenheit und erübrigt lästige Reaktionen auf Medienkampagnen, weil sie die sich in wechselnden Abständen wiederholenden, Einzelfall bezogenen, bekannt tendenziösen Vorhaltungen ohne Bezug zum großen Ganzen und immer wieder negativ flankiert von denselben Personen, a priori in die Bedeutungslosigkeit verweist; also dorthin wo sie hingehören.

Wichtiger Teil der Zahnheilkunde

Nachdem die Mundgesundheitsstudie DMS-6 bereits anschaulich den hohen präventiven Stellenwert der Kieferorthopädie für die Mundgesundheit und die zielgenaue, positive Versorgungsrealität wissenschaftlich gut nachvollziehbar belegen konnte, bestätigte nunmehr auch eine Studie einer großen deutschen Krankenkasse vor kurzem den präventiven Charakter von kieferorthopädischen Behandlungen.

Dass sich regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von kieferorthopädischen Leistungen in unserem Land

ergeben können, deckt sich mit Erfahrungen aus anderen medizinischen und zahnmedizinischen Leistungsbereichen und liegt bei der föderalen Organisationsstruktur Deutschlands, verbunden mit der Notwendigkeit eines solidarischen Finanzausgleichs unter den wirtschaftlich verschieden leistungsfähigen Bundesländern, ebenso auf der Hand, wie eine unterschiedliche Interessiertheit bzw. ein differenziertes Engagement von Jungen und Mädchen für kieferorthopädische Behandlungen.

Die aus der Krankenkassenstudie gewonnenen Erkenntnisse regen an, darüber nachzudenken, wie Jungen gerade in der pubertären Alterskohorte noch besser für die KFO als eine Form der Prävention motiviert werden können. So könnten die medizinischen Behandlungsbedarfe landesweit gleichmäßig in der Bevölkerung gewährleistet werden, damit möglicherweise regional und in unterschiedlichen Sozialstrukturen keine Unterversorgung von männlichen Patienten entsteht.

Weitere Entwicklung

Die vertragskieferorthopädische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland bietet einen weltweit einmalig hohen Standard mit gesichert zeitnahe und wohnortnahe Zugang zu einer Behandlung für alle sozialen Schichten. ►►



Abb. 4: Vollindividualisierte Lingualapparatur (Unterkieferaufsicht)



Abb. 5: Behandlungsergebnis (von frontal)



Abb. 6: Behandlungsergebnis seitlich (von links)



► Wahlrechte von Patienten sind mit den MZA-Neuregelungen bedarfsgerecht gewahrt und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ist objektiv gesichert. Zahn- und Kieferkorrekturen mögen sich in ihrer Bedeutsamkeit fürs Überleben von der Herzchirurgie unterscheiden, aber solange Erwachsene illegal und legal Rauschmittel, Drogen und sonstige schädliche Substanzen konsumieren können und die daraus entstehenden Gesundheitsschäden im Reparaturbetrieb der Sozialsysteme mit hohen Kosten für die Solidargemeinschaft therapiert werden, lässt es sich nicht vertreten, Kindern, die für Zahn- und Kieferfehlstellungen nie verantwortlich sein können, ihren Anspruch auf den Biss fürs Leben weiter einzuschränken. Dies sollten sich die redundanten Kritiker des Fachgebietes zuallererst vor Augen halten.

Kein Luxusgut

Ein funktionales Gebiss mit geraden Zähnen als Luxusgut nur für Kinder von Familien, die sich aus der Vertragsversorgung ausgegrenzte, medizinisch notwendige Behandlungen leisten können, das kann und darf nicht sein! Mangelnde Zahn- und Kieferkorrekturen dürfen kein Indikator für die soziale Herkunft eines Kindes sein. Die kieferorthopädische Versorgungsrealität in Deutschland spiegelt weit überwiegend genau diesen Anspruch unserer Kinder an die Generationengerechtigkeit. Mit den neuen MZA-Regelungen ist sie auch vollwertiger Bestandteil der sozialen Marktwirtschaft.

Vereinbarung von kieferorthopädischen Sondermaterialien gemäß den allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der GOZ

Zwischen

Gerald Mustermann

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

Dr. Hans Krone

Zahnärztin/Zahnarzt

für

Emil Mustermann

Patient/-in (falls abweichend von Zahlungspflichtiger/-m)

wird gemäß den allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der GOZ, die Verwendung der folgenden, über Standardmaterialien hinausgehenden Materialien vereinbart:

Kosten für vereinbartes Material			Abzüglich Kosten für Standardmaterial			Mehrkosten für vereinbartes Material
Zu GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Betrag EUR	Leistungsbeschreibung	Betrag EUR	Anzahl	Betrag EUR
	Beispiel vollindividualisierte Lingualapparatur					+1936,08
6100			Standardmaterial Edelstahl, Bukkalbracket, konfektioniert	-3,20	22	-70,40
6150			Edelstahlbogen bukkal, konfektioniert	-1,19	10	-11,90
Summe:						1.853,78

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der vorstehend ausgewiesenen Mehrkosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Abb. 7a: Seite 1: MZA- Vereinbarungformular

Anhang: Kostenaufstellung

zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V für Emil Mustermann

Vereinbarungsnummer: 1

Erläuterung zur Tabelle

Art der Leistung:

M = Mehrleistungen: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt die/r Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.

Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/r Versicherte.

A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/r Versicherte.

Kostenanteil Versicherte:

Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialen und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um voraussichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOA, ggf. Erläuterungen						Von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA				Kostenanteil Versicherte	
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)	
M	6100	Eingliederung eines Kiebrackets	3,800	22	775,72	126a	Eingliedern eines Brackets	22	406,12	369,60	
		Für Eingliederung Lingualbracket einer Lingualapparatur									
M	6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens je Kiefer	3,600	10	1.012,40	128a	Konfektionierter Vollbogen	10	328,20	684,20	
		Für Eingliederung ungeteilter Spezialbogen einer Lingualapparatur									
Zwischensumme					1.788,12					734,32	1.053,80

Voraussichtlicher Kostenanteil des/der Versicherten für alle obenstehenden privatärztlichen Leistungen 1.053,80
 Voraussichtliche private Material- und Laborkosten 1.853,78
 Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag 2.907,58

Abb. 7b: Seite 2: MZA- Vereinbarungformular

**Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen
bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V**

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vereinbarungsnummer: 1

Dr. Hans Krone, Kronenweg 8, 77777 Musterhausen Emil Mustermann Zahnsteinstr. 101 77777 Musterhausen	Vertragszahnarztstempel Dr. Hans Krone Kronenweg 8 77777 Musterhausen
---	--

Zwischen Gerald Mustermann
 und Dr. Hans Krone
 für Emil Mustermann
Versichert/er (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

Abb. 8: Anlage 1, § 2 (1,2) GOZ- Formular

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privat Zahnärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

Leistungen	Betrag in EUR
Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	1.788,12
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA	734,32
Zwischensumme	1.053,80
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten	1.853,78
Ihr voraussichtlicher Kostenanteil	2.907,58

Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der Zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum _____ Ort, Datum _____
 Unterschrift Zahlungspflichtiger _____ Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt _____

Anlage 1

Abweichenden Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

zwischen

Patient:
 Emil Mustermann, geb. 01.01.13
 Zahnsteinstr. 101
 77777 Musterhausen

Behandler:
 Dr. Hans Krone
 Kronenweg 8
 77777 Musterhausen

Beide Vertragsparteien vereinbaren hiermit die Höhe der Gebühren für die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß § 2 Abs. 1 und Abs. 2 GOZ wie folgt:

GOZ- / GOÄ-Nr.	Anzahl	Leistung	Faktor	Betrag EUR
6100	22	Eingliederung eines Klebebrackets	3,800	775,72
6150	10	Eingliederung eines ungeteilten Bogens je Kiefer	3,600	1012,40

Eine Erstattung der oben aufgeführten Beträge durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Abb. 9: Sondermaterialvereinbarung nach Abschnitt G-GOZ

Ort, Datum _____

Name Patient(in) _____ Unterschrift Patient(in) bzw. des / der Zahlungspflichtigen _____ Name, Unterschrift Zahnarzt / Zahnärztin (Dr. Hans Krone) _____
(Ersatzweise Name des/der Zahlungspflichtigen als gesetzlicher Vertreter)

Es genügt ein kurzer Blick auf das englische NHS, um zu erkennen, dass es wenig hilfreich erscheint, andere Länder, die sich eine mit Deutschland vergleichbare, öffentliche ärztliche und zahnärztliche Versorgung ihrer Bevölkerung volkswirtschaftlich nicht leisten können oder wollen, zu populistischen Vergleichen heranzuziehen.

Die heutige deutsche Vertragskieferorthopädie stellt in Verbindung mit den neuen MZA-Regelungen ein stabiles Fundament für eine umfassende und zukunftsfeste kieferorthopädische Versorgung aller Patienten dar und kann mit dieser soliden Basis bei Fortschreiten der Erkenntnisse im Fachgebiet, von Zeit zu Zeit ggf. bedarfsgerecht weiterentwickelt werden, sofern nicht die Gesundheitspolitik durch unsinnige Budget- oder sonstige gesetzliche Regelungen, vernünftiges Handeln bei allen Beteiligten verunmöglicht.



„Das KZBV-MZA-Formular löst in der KFO rechtssicher die Schnittstellenprobleme von BEMA und GOZ.“

Dr. Karl Reck

Der für die Neuregelungen verantwortlichen KZBV-Mannschaft, insbesondere dem Vorsitzenden, Martin Hendges, und dem Ehrenvorsitzenden, Dr. Wolfgang Esser, gebührt zum Schluss nochmals der uneingeschränkte Dank für die durch ihr weitsichtiges Handeln geschaffenen, rechtssicheren therapeutischen Wahlmöglichkeiten zum Wohle der Patienten. ■

_____ Dr. Karl Reck, KFO-Referent der KZV Nordrhein

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Rheinischen Zahnärzteblattes

Teile 1 und 2 lesen Sie im NZB 05/2024, Teil 4 und 5 im NZB 07-08/2024

Parodontitis mit erschreckendem Sterberisiko assoziiert



Eine große Kohortenstudie hat den Zusammenhang zwischen Parodontitis und Sterblichkeit unter Berücksichtigung von Demografie, Lebensstil, klinischen Messungen und Komorbiditäten in den USA genauer untersucht.

Frühere Untersuchungen hatten einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und erhöhter Sterblichkeit vermutet, doch fehlte es bisher an belastbaren Beweisen. Die Arbeit umfasste 15.030 erwachsene US-Bürger, die aus sechs NHANES-Zyklen (National Health and Nutrition Examination Survey) von 1999 bis 2014 rekrutiert wurden. Analysiert wurden zudem die Sterblichkeitsdaten aus dem National Death Index bis Dezember 2019. Die Teilnehmer wurden bis Dezember 2019 nachbeobachtet, was einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 9 Jahren entspricht. Die Gesamtmortalität und die ursachenspezifische Mortalität wurden mit multivariablen Cox- Proportional-Hazards- und Fine-Gray-Modellen modelliert, um konkurrierende Risiken zu berücksichtigen. Es wurden Anpassungen für demografische Variablen, Lebensstilfaktoren, klinische Messungen und Komorbiditäten vorgenommen.

Parodontitis in den USA

Ungefähr 1,1 Milliarden Menschen haben weltweit eine schwere Parodontitis. In den USA leiden bis zu 45 Prozent der Erwachsenen an leichter, mittelschwerer oder schwerer Parodontitis. Es ist allgemein anerkannt, dass Parodontitis mit der Entwicklung nicht übertragbarer Krankheiten assoziiert ist, insbesondere mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Zu den Ergebnissen:

- ▶ Das Gesamtmortalitätsrisiko war bei Personen mit Parodontalerkrankungen um 22 Prozent höher als in der Kontrollgruppe. Das Mortalitätsrisiko durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD), Atemwegserkrankungen und Diabetes war bei Teilnehmern mit schwerer Parodontitis am höchsten
- ▶ Das Risiko einer Gesamtmortalität stieg mit der Schwere der Parodontitis schrittweise an: Bei Teilnehmern mit leichter oder mittelschwerer Parodontitis erhöhte sich das Risiko um 4 Prozent im Vergleich zur Kontrollgruppe. Parodontitis war dabei signifikant mit einem erhöhten Risiko

für diabetesbedingte Mortalität verbunden. Patienten mit schwerer Parodontitis hatten ein um 59 Prozent höheres Risiko für diabetesbedingte Mortalität.

- ▶ Personen mit schwerer Parodontitis haben das größte Sterberisiko aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Erkrankungen und Erkrankungen der unteren Atemwege.
- ▶ Die durch Krebs oder bösartige Erkrankungen verursachte Mortalität war die zweithäufigste zugrunde liegende Todesursache bei Probanden mit Parodontitis. Teilnehmer mit schwerer Parodontitis oder Zahnlosigkeit hatten ein um 28 Prozent höheres Risiko einer malignen Mortalität als Kontrollpersonen.
- ▶ Die Studie ergab auch, dass Personen mit Parodontalerkrankungen ein um 22 Prozent höheres Sterblichkeitsrisiko hatten als Personen ohne Parkinson.
- ▶ Parodontitis war zudem signifikant mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko aufgrund von Grippe und Lungenentzündung sowie Erkrankungen der unteren Atemwege verbunden. Das Sterberisiko aufgrund von Erkrankungen der unteren Atemwege war bei Teilnehmern mit schwerer Parodontitis um 62 Prozent höher.

Eine schwere Parodontitis hat signifikanten Einfluss auf das Mortalitätsrisiko

Diese Ergebnisse unterstreichen den Autorinnen und Autoren zufolge den signifikanten Einfluss einer schweren Parodontalerkrankung auf das Mortalitätsrisiko: „Die erhöhten Risiken für die Gesamtmortalität sowie für bestimmte Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Diabetes deuten darauf hin, dass eine Parodontitis die zugrunde liegenden Erkrankungen verschlimmern oder zu systemischen Entzündungen beitragen kann, was wiederum den Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert.“ Die Ergebnisse verdeutlichen die Rolle der Mundgesundheitspflege und der Behandlung von Parodontalerkrankungen für die Senkung des Gesamtmortalitätsrisikos.

„So liefert diese groß angelegte, prospektive Studie eindeutige Beweise dafür, dass schwere Parodontalerkrankungen mit einem erhöhten Risiko für die Gesamtmortalität und die ursachenspezifische Mortalität bei Erwachsenen in den USA verbunden sind“, resümieren die Wissenschaftler. Die Ergebnisse belegen demnach die dringende Notwendigkeit, die Mundgesundheit in die allgemeine Gesundheitsfürsorge zu integrieren, um die mit Parodontalerkrankungen verbundenen negativen Folgen zu mildern. ■ [zm-online](#)

Neues aus der Versorgungsförderung – Austausch mit der Gemeinde Drochtersen und dem Landkreis Stade

Auf Einladung des Bürgermeisters der Gemeinde Drochtersen, Herr Mike Eckhoff, fand am 31.05.2024 ein gemeinsamer Austausch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, vertreten durch das Vorstandsmitglied Frau Silke Lange, zur zahnärztlichen Versorgung in der Gemeinde und dem Landkreis Stade statt. Der Versorgungsgrad der Gemeinde Drochtersen, die rund 11.500 Einwohnende zählt, liegt bereits mit Stand des aktuellen Bedarfsplans vom 31.12.2023 unter 75 Prozent. Nun droht sich, die Versorgungslage in der Gemeinde durch einen nicht absehbaren, kurzfristigen Ausfall an zahnärztlicher Kapazität weiter zu verschlechtern. Auf den Weg gebracht wurde dieses kurzfristige Treffen durch die engagierte Suche nach einer Praxisnachfolgerin bzw. einem Praxisnachfolger durch die dortige Praxismanagerin Frau Goedeke. An dem informativen Austausch nahmen zudem Frau Hatecke, Bürgermeisterin der Samtgemeinde Nordkehdingen, Frau Brahmst, Dezernentin für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie sowie Frau Fitze, Projektmanagerin des Projekts „Landgang Stade“, teil.

Sowohl die Gemeinde Drochtersen als auch der Landkreis Stade engagieren sich seit Jahren für die Förderung der allgemeinmedizinischen Versorgung in ihrer Region. So

fördert Drochtersen beispielsweise die Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten durch die Vergabe von zinslosen Darlehen. Auch beteiligt sich die Gemeinde am ESF-geförderten Projekt BRIDGE, zur Gewinnung ausländischer Ärztinnen und Ärzte für den ländlichen Raum sowie an einem telemedizinischen Projekt. Mit dem 2017 begonnenen Projekt Landgang Stade will der Landkreis Stade aktiv dem sich abzeichnenden, fortschreitenden Versorgungsproblem im allgemeinmedizinischen Bereich entgegenwirken und den ärztlichen Nachwuchs für eine Tätigkeit in Landarztpraxen gewinnen. Hierzu unterstützt der Landkreis angehende Ärztinnen und Ärzte während eines Praktikums in der Region unter anderem mit kostenfreier Unterbringung und Freizeitmöglichkeiten.

Im Rahmen des Treffens diskutierten die unterschiedlichen Akteure verschiedene Ansätze, die bestehenden Fördermöglichkeiten auch auf den zahnärztlichen Nachwuchs zu erweitern, um die Versorgungslage in der Region langfristig zu verbessern. Dazu werden in der nächsten Zeit Gespräche auf kommunaler sowie auf Landkreisebene geführt. ■

____ Magnus Hermann
Referent für Versorgungsforschung
und -förderung der KZVN



Silke Lange und Dr. Bieber (rechts im Bild) im Austausch zur zahnärztlichen Versorgung in der Gemeinde Drochtersen und dem Landkreis Stade



Mike Eckhoff und Silke Lange

Zahnärztinnentag in Münster

Am 22.06.2024 fand in den Räumen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZV WL) in Münster der fünfte Zahnärztinnentag mit insgesamt 180 Teilnehmenden unter dem Motto „Nie wieder sprachlos: Mehr Selbstbewusstsein und Erfolg im Beruf“ statt. Beginnend mit der Pilotveranstaltung im Jahr 2019 wird die Veranstaltung seit 2021 jährlich im Hybrid-Format angeboten und erfreut sich einer stetig wachsenden Beliebtheit. Er wendet sich mit seinen wechselnden Themen insbesondere an die Bedürfnisse von Zahnärztinnen. Selbstverständlich ist die Teilnahme auch für männliche Kollegen möglich. Der Zahnärztinnentag wird seit dem Jahr 2022 durch Workshops im kleineren Rahmen mit etwa 40 Teilnehmenden zu unterschiedlichen Themen wie Stimmtraining, Gewaltprävention, Teamführung oder Zeitmanagement ergänzt. Die Themen ergeben sich dabei aus den vielfältigen Rückmeldungen der Teilnehmenden aus den Feedbackbögen zur Veranstaltung und werden von der siebenköpfigen AG Zahnärztinnen aufbereitet und moderiert.

Inhaltlich wurde der diesjährige Zahnärztinnentag mit dem Vortrag „Starke Stimme – Starker Auftritt“ von Kirsten Mall, Stimmtrainerin und Coachin aus Münster, eröffnet. Frau Mall sensibilisierte die Teilnehmenden für die Bedeutung ihrer Stimme im Alltag und gab alltagstaugliche Tipps und Tricks, um die eigene Stimme als Ressource erfahren und nutzen zu können. Anschließend berichtete Frau Dr. Silke Henne, Mitglied in der AG Zahnärztinnen, in ihrem Vortrag „Der Ton macht die Musik – ein Bericht aus der Praxis“ über ihre Erfahrungen als niedergelassene Zahnärztin

in einer Berufsausübungsgemeinschaft, Mutter und stv. Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZV WL sowie zur Wirkung der Stimme und der Stimmlage, die sie unter anderem aufgrund ihrer Fortbildungen in unterschiedlichen Bereichen der Persönlichkeitsentwicklung sammeln konnte. Da der Zahnärztinnentag neben dem Fokus auf dem Wissenstransfer innerhalb der Zahnärztinnenschaft aber auch externe Perspektiven von beispielsweise Gründerinnen oder Vorständinnen im Jobsharing aufgreift, wurde die diesjährige Keynote zum Thema „Female Leadership: Strategien für die erfolgreiche Karriere“ von Frau Julia Hadrossek, Geschäftsführerin der WBO Wirtschaftsbetriebe Oberhausen GmbH, gehalten. Frau Hadrossek beschrieb anschaulich, wie sie sich erfolgreich gegen Widerstände, Vorurteile und eigene Unsicherheiten durchgesetzt hat.

Im Anschluss an die Veranstaltungen bot sich den Teilnehmenden noch die Möglichkeit, untereinander in den Austausch zu gehen und Kontakte zu Kolleginnen zu knüpfen. Jetzt ist Ihre Meinung gefragt: Haben Sie Interesse, Anregungen und Ideen für einen Zahnärztinnentag in Niedersachsen? Senden Sie uns gerne Ihr Feedback an herrmann@kzvn.de.

Danksagung:

Dieser Beitrag entstand mit Unterstützung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. ■

_____ *Magnus Herrmann*

Referent für Versorgungsforschung und -förderung der KZVN





Foto: Umlandt/ZKN

Jugendzahnpflege: Treffen und Schulung „Diagnostik mit dem Hirn“

Auch in diesem Jahr erlebten die Jugendzahnpflegereferentinnen und -referenten der ZKN („JZPR“) etwas Neues in der Vorbereitung auf ihre Schulung und das damit verbundene Treffen in der Zeißstraße in Hannover: Die Feedbackbögen zu den Aktivitäten, der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Jugendzahnpflege und in diesem Jahr auch zur Motivation für die ehrenamtliche Arbeit, wurden zur Entlastung aller online erfasst.

Besonders positiv fiel auf, dass die Beteiligung bei der für die JZPR kostenfreien Präsenzveranstaltung trotz teils weiter Anfahrtswege am 12.06. wieder sehr hoch war. Ein Umstand, der sicher neben der hohen Motivation der JZPR auch dem hochkarätigen Referenten PD Dr. Julian Schmoeckel von der Universität Greifswald aus dem Team um Prof. Splieth zu verdanken war.

Dr. Schmoeckel behandelt seit über einem Jahrzehnt in Greifswald ausschließlich Kinder und war an zahlreichen Studien zu minimalinvasiven Behandlungsmethoden bei diesen beteiligt oder federführend. Genau diese Expertise führte zur Einladung des versierten Kollegen, der nicht enttäuschte: Nach einer Einführung in die Epidemiologie und der Entwicklung von frühkindlicher Karies in Deutschland ging es in medias res.

Schmoeckel plädierte für eine „Diagnostik mit dem Hirn“. Sprich dort nach der Karies zu schauen, wo es für das jeweilige Alter typisch ist. Bei compliancebedingt oft eingeschränkter Blickzeit auf das corpus delicti müsse jeder Blick sitzen. Also statt ruhiger Beschau der in der Regel kariesfreien Unterkieferfront direkt den Spiegel schwingen und sich die Querfissuren der Oberkiefermilchfüer anschauen. Bei den Schulkindern unbedingt die frisch durchgebrochenen Sechser begutachten – hat sich in den tiefen Fissuren schon eine hinterhältige Neukaries gebildet? Auch plädierte der frisch habilitierte Kollege für eine angemessene Diagnostik. Bissflügel sollten bei kariesaktiven Kindern zum guten Ton des suffizienten diagnostischen

Geschehens gehören, das der Indikationsfindung unbedingt vorangehen sollte. Nur so kann eine altersgerechte Therapie der Läsionen folgen.

Weil dies manchmal durch junges Alter oder mangelnde Motivation für die „Drill&Fill“ Praktiken bedingt nicht klappt, hatte Schmoeckel einige Therapieoptionen im Zauberkoffer mit dabei: SDF, Hall-Technik, Self-assembly peptides und co. Der angehende Professor veranschaulichte die Therapien eindrucksvoll, aber zeigte gleichzeitig auch klar die Grenzen dieser Verfahren auf.

Wer nun noch mehr erfahren möchte: Das Team von Prof. Splieth und PD Dr. Schmoeckel hat im Juni passend zur Schulung das neue Buch „Kinderzahnheilkunde in der Praxis“ veröffentlicht, was der Autor dieses Artikels direkt erworben und nach Studium dessen für praxisnah, hochaktuell und unverzichtbar für die kinderzahnärztliche Praxis beurteilen darf.

Wenn der geneigte Leser nun den Eindruck gewonnen haben sollte, dass selbiger Autor hier etwas zu sehr die Begeisterungsbrille aufgesetzt hat, so verrät ein Blick auf die Feedbackbögen zur Schulung, die die JZPR digital nach Scan des entsprechenden QR-Codes ausfüllen konnten, dass er nicht alleine mit seiner Begeisterung ist: Die JZPR beurteilten den Referenten im Schnitt mit „1,26“, womit die Schulnote eins gemeint ist. Die Organisation durch das Team von Frau Rena Umlandt der ZKN ergatterte sogar eine „1,0“.

Sie sehen: JZPR zu sein lohnt sich – Sie genießen die Veranstaltung inkl. Referent und Verpflegung kostenfrei und treffen nebenbei viele Gleichgesinnte. Wie Sie JZPR werden? Einfach mal auf die Webside der ZKN schauen: Dort finden Sie alle Infos auch zu den durch die ZKN organisierten Aktionen wie dem KIGARU, der jedes Jahr beliebter wird in den Kindergärten von Niedersachsen und einen großen Beitrag dazu leistet, die Mundgesundheit von Kindergartenkindern noch mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken. ■ _____ Dr. Tobias Tetzlaff, Hannover

75 Jahre Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)

Am 8. Juli 1949 wird in Frankfurt/M. die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (damals „Deutscher Ausschuß für Jugendzahnpflege“) gegründet. Ziel ist es, an die Aufgaben des ehemaligen deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen anzuknüpfen.

Die DAJ vertritt die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe auf der Bundesebene. Die Umsetzung vor Ort übernehmen wegen der föderalistischen Gliederung des Bundes und der Zuständigkeit der Länder für die Gesundheit die Landesarbeitsgemeinschaften der einzelnen Bundesländer mit ihren regionalen Arbeitskreisen für Jugendzahnpflege. Die

Gruppenprophylaxe ist in den Schulen und Kindertagesstätten fest etabliert. Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie zahnärztliches Fachpersonal suchen Kinder und Jugendliche in deren unmittelbaren Lebensumfeld auf. Zu ihren Aufgaben zählen die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoride, die Vermittlung der richtigen Mundhygiene und von zahngesunder Ernährung. In enger Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehenden und Lehrkräften engagieren sich rund 13.000 Akteurinnen und Akteure. Sie erreichen 77% aller Kindergarten- und Grundschulkindern mindestens einmal jährlich mit einer mundgesundheitlichen Präventionsmaßnahme. In den fünften und sechsten Klassen sind es rund ein Drittel aller Kinder. Damit ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe das reichweitenstärkste Programm für Kindergesundheit in Deutschland.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe basiert auf Paragraph 21 des Sozialgesetzbuches V (Verhütung von Zahnerkrankungen – Gruppenprophylaxe; 1989). Darin wird erstmalig verbindlich festgelegt, dass Krankenkassen, Zahnärzteschaft und die für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen gemeinsame und einheitliche Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer versicherten Kinder und Jugendlichen durchzuführen haben.

2022 investierten die gesetzlichen Krankenkassen dafür rund 39 Millionen Euro. Zu der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzierung durch die Krankenkassen kommen weitere Aufwendungen seitens der Zahnärzteschaft und der Kommunen.

Zentrale Aufgaben der DAJ sind neben koordinierenden Tätigkeiten, Qualitätsentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Dokumentation und Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxe. Die dafür regelmäßig beauftragten Epidemiologischen Begleituntersuchungen belegen, dass die Zahngesundheit der 12-jährigen Kinder in Deutschland ein Spitzenniveau erreicht hat. 80% der 12-jährigen haben gesunde bleibende Zähne (2016). Während 1983 jedes Kind noch durchschnittlich 6,8 kariöse oder wegen Karies behandelte bzw. fehlende bleibende Zähne aufwies, waren es 2016 nur noch 0,44.

Auch die Zahngesundheit im Milchgebiss der Kinder in Deutschland hat sich in den letzten Jahren verbessert. Der dmft-Index (Anzahl von kariösen bzw. wegen Karies

Wechsel im Vorstand des DAJ

Am 30.06.2024 endete die DAJ-Vorstandslegislatur für Silke Lange auf eigenen Wunsch. Als gewählte LAG-Votreterin wurde sie vor vier Jahren in den DAJ-Vorstand gewählt.

Als Nachfolger wurde auf Bundesebene wieder ein zahnärztlicher Kollege aus Niedersachsen (als einer von drei LAG-Votretern), Dr. Tobias Tetzlaff, Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde aus Hannover, in den neuen Vorstand gewählt. Wir wünschen ihm viel Erfolg!



behandelten oder fehlenden Zähne) 6- bis 7-jähriger Erstklässler in Deutschland ist von 2,89 im Jahr 1994/95 auf nunmehr 1,73 im Jahr 2016 gesunken – im Vergleich zur Mundgesundheit der 12-Jährigen kein großer Sprung, aber doch ein Erfolg. Die Milchzahnkaries entsteht oft bereits in den ersten drei Lebensjahren. Deswegen haben die in der DAJ zusammengeschlossenen Organisationen die Prävention frühkindlicher Karies zu einem Handlungsschwerpunkt gemacht.

Und es gibt weiterhin viel zu tun. Denn Ziel ist es, dass alle Kinder von Anfang an und unabhängig von ihrer Herkunft die Chance haben, mit gesunden Zähnen aufzuwachsen. Hierfür wird sich die DAJ auch künftig nach Kräften engagieren und den Schulterschluss mit Politik und anderen Fachgruppen suchen. ■

*Deutsche Arbeitsgemeinschaft für
Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)*



Foto: DAJ, 1953

Wie Bakterien ihre Tarnkappen gegen die Immunabwehr befestigen

MHH-Forschende klären auf, wie Krankheitserreger eine Verbindung zwischen ihrer Zellaußenseite und ihren schützenden Kapseln herstellen

Bakterien haben unterschiedliche Strategien, um sich zu schützen. Einige bakterielle Krankheitserreger umgeben sich mit einer Hülle aus vielen dicht aneinander liegenden Zuckerketten, die auch als Kapselpolymere bezeichnet werden. Diese schützt die Bakterien vor Austrocknung und physischem Stress. Außerdem macht die Kapsel die Krankheitserreger für unsere körpereigene Abwehr sozusagen unsichtbar und hilft ihnen, im Körper zu überleben. Den Bau der Kapsel zu verhindern, würde die Bakterien entscheidend schwächen. Daher sind Enzyme, die solche Kapseln bauen, mögliche Angriffspunkte für Medikamente und wertvolle biotechnologische Werkzeuge für die Herstellung von Impfstoffen. Trotz ihrer Bedeutung ist nach wie vor unbekannt, wie die – je nach Bakterienart sehr unterschiedlichen – Kapselpolymere an der Bakterienmembran befestigt sind.



Foto: M0.Design Werbeagentur/generiert mit KI

„Ankerkette“ und Enzyme entschlüsselt

In der Membran selbst sitzt als „Anker“ ein Fettsäuremolekül. Das Zwischenstück, also sozusagen die Ankerkette, mit der Anker und Kapsel verbunden sind, hat ein interna- ►►



Foto: Karin Kaiser/MHH

Dr. Timm Fiebig und seine Mitarbeiterin Dr. Christa Litschko haben mit Hilfe eines speziellen Chromatografiegeräts die Enzyme untersucht, die die Ankerkette zwischen Bakterienmembran und Kapsel bauen.

► tionales Team um Dr. Timm Fiebig, Leiter der Arbeitsgruppe „Mikrobielle Glykobiologie und Impfstoffentwicklung“ am Institut für Klinische Biochemie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), jetzt identifiziert. Den Forschenden ist es nicht nur gelungen, diesen sogenannten Linker bei einer größeren Gruppe bakterieller Erreger genau zu beschreiben, sondern auch die Enzyme namens Transitionstransferasen zu charakterisieren, welche den Linker herstellen. Mit der Erstbeschreibung stehen diese nun als potenzielle Zielstrukturen für die Entwicklung antibakterieller Wirkstoffe sowie als Synthesewerkzeuge für die Impfstoffentwicklung zur Verfügung. Die Arbeit ist in der Fachzeitschrift „Nature Chemical Biology“ veröffentlicht worden.

Kapselbauende Enzyme verlängern Verbindungskette

Eine wichtige Rolle beim Bau der Verbindungskette spielen auch die sogenannten Kapselpolymerasen, welche die unterschiedlichen Polysaccharidkapseln herstellen. „Die Polymerase erkennt den Linker und kann ihn verlängern“, erklärt Dr. Fiebig. Auch diesen Schritt des Kapsel-Biosyntheseweges konnten die Forschenden aufklären. Mit einem speziellen Chromatografiegerät konnten sie die Enzyme und den Linker reinigen, strukturell untersuchen und die Kapselsynthese im Reagenzglas nachstellen. „Dabei hat sich gezeigt, dass die Transitionstransferasen die Kapselpolymerase zur Bildung besonders langer Zuckerketten stimulieren, die das Bakterium vermutlich noch effektiver schützen“, stellt der Biochemiker fest. Wie die Kapselpolymerasen die Bakterienkapsel aufbauen, konnte die AG Fiebig bereits in früheren Untersuchungen unter anderem



„Das Bakterium wäre dem Angriff des Immunsystems schutzlos ausgeliefert.“

für das Bakterium *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) nachweisen, das Infektionen der oberen und unteren Atemwege, aber auch schwerwiegendere Erkrankungen wie Mittelohrentzündung, Hirnhautentzündung oder Blutvergiftung verursacht.

Ansatzpunkt für neue antibakterielle Medikamente

Neben einer möglichen biotechnologischen Nutzung der Enzyme ist die Arbeit auch für die grundlagenwissenschaftliche Erforschung der Kapselherstellung von Bedeutung. „Zum einen konnten wir zeigen, dass Transitionstransferasen in konservierten Regionen des bakteriellen Erbgutes vorkommen, ihre Gene also unabhängig von der Bakterienspezies immer am selben Ort im Erbgut zu finden sind“, erklärt Dr. Christa Litschko, Wissenschaftlerin am Institut und Erstautorin der Studie. „Zum anderen haben wir entdeckt, dass sich der Linker entgegen bisheriger Annahmen strukturell vom Kapselpolymer unterscheidet.“ Diese Beobachtungen werden helfen, weitere Kandidaten dieser Enzymklasse zu finden, die Verbindungen zwischen der Außenmembran des Bakteriums und seiner Kapsel schaffen.

Da verschiedene Bakterienarten die gleiche Methode nutzen können, um die Ankerkette herzustellen, könnte hier ein Ansatzpunkt für Medikamente liegen, die ähnlich wie Antibiotika gleich gegen mehrere Bakterienstämme einsetzbar sind. In ihren Untersuchungen haben die Forschenden beispielsweise Übereinstimmungen in Bauart und Bauweise des Linkers bei verschiedenen Krankheitserregern gefunden, die etwa Hirnhautentzündung und Harnwegsentzündungen auslösen können. „Indem wir die Enzyme inaktivieren, die den Linker bauen, könnten wir die Befestigung aber auch die Bildung der Kapselhülle verhindern, und das Bakterium wäre dem Angriff des Immunsystems schutzlos ausgeliefert“, betont Dr. Fiebig. „Bis dahin ist allerdings noch viel Forschungsarbeit nötig.“ ■

_____ Kirsten Pötzke

MHH, Presseinformation, 30.07.2024

Traditionelle Feierstunde in der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)

50 JAHRE – EIN HALBES JAHRHUNDERT – ZAHNÄRZTLICH APPROBIERT

In bewährter Tradition lud der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN), Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, auch dieses Jahr zur traditionellen Feierstunde ein. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die vor 50 Jahren, im Jahr 1974, ihre Approbation erhalten hatten und noch Mitglied der ZKN sind, kamen zusammen, um dieses besondere Jubiläum zu feiern.

Begrüßung und Rückblick

Am 26. Juni, einem warmen Sommertag, versammelten sich dreizehn Kollegen und drei Kolleginnen, um ihre langjährige berufliche Laufbahn zu würdigen. Die Feier fand in der Zahnärztekammer in Hannover statt, wo die Jubilare aus verschiedenen Regionen Niedersachsens zusammenkamen.

Die Veranstaltung begann mit persönlichen Begrüßungen durch Präsident Bunke, der die Gäste herzlich willkommen hieß und ihre Bedeutung für die Zahnmedizin in Niedersachsen hervorhob. Bei Kaffee und Kuchen tauschten die Jubilare Anekdoten aus ihrer Studienzeit und den frühen Jahren ihrer beruflichen Tätigkeit aus. Der Austausch von Erinnerungen reichte von den ersten Tagen an der Universität bis hin zu den Herausforderungen und Erfolgen ihrer Karrieren. Von den anwesenden zwei Zahnärztinnen und 10 Zahnärzten sind aktuell immer noch beide Kolleginnen und drei Kollegen berufstätig.

Anerkennung und Ausblick

In seiner Ansprache betonte Präsident Bunke die Wichtigkeit des lebenslangen beruflichen Engagements und der fortwährenden Fortbildung. Er würdigte die Jubilare für ihren Einsatz und ihre Treue zur Kammer, die auch nach einem halben Jahrhundert noch stark ist. „Es ist inspirierend zu sehen, wie einige von Ihnen immer noch aktiv mit dem Zahnarztberuf und damit auch dem Berufsstand verbunden sind“, fügte er hinzu.

Nach einer gegenseitigen Vorstellungsrunde führte der Präsident die Anwesenden durch die neuesten Einrichtungen der Akademie der Kammer, die mit modernster Technik und Lehrmaterialien ausgestattet ist. Die Führung bot einen Einblick in die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der zahnmedizinischen Ausbildung und Praxis.

Besonders beeindruckt zeigten sich die Jubilare von dem modernst ausgestatteten Filmstudio ihrer Kammer. Zum Abschluss der Feierstunde erhielten die Jubilare je eine mit Widmung erstellte Ausgabe „Der hohle Zahn“ von Wilhelm Busch, als eine humorvolle Anerkennung ihrer langen Berufslaufbahn, und eine Urkunde, die ihr 50-jähriges Approbationsjubiläum bestätigt. Diejenigen, die nicht anwesend sein konnten, erhalten ihre Urkunden per Briefpost zugeschickt.

Mit dem Gefühl der Dankbarkeit und der stolzen Rückbesinnung auf fünf Jahrzehnte im Dienst der Zahnmedizin endete die Feierstunde, die auch ein Beleg dafür ist, dass die ZKN ihre Mitglieder bis über das aktive Berufsleben hinaus weiterhin wertschätzt und ehrt. ■ _____/r

Muster einer Urkunde zum Approbationsjubiläum mit Widmung

Foto: Referat/ZKN



Die Jubilare (einschließlich einer Begleiterin und dem Präsidenten) versammelten sich im Innenhof der Zahnärztekammer, sichtlich erfreut über das Wiedersehen nach so vielen Jahren.



Fotos: DGAZ

Deutscher Preis für Seniorenzahnmedizin 2024

HERAUSRAGENDE AUSZEICHNUNGEN FÜR FORSCHUNG UND PROJEKTE IN DER SENIORENZAHNMEDIZIN

In diesem Jahr wurden im Rahmen des Deutschen Preises für Seniorenzahnmedizin besondere Projekte und Forschungen gewürdigt, die sich durch ihren innovativen Ansatz und ihre Bedeutung für die Seniorenzahnmedizin auszeichnen.

Traditionell werden jeweils eine wissenschaftliche und eine praktische Arbeit mit einem Preisgeld von 2.500 Euro ausgezeichnet. Doch 2024 war eine Ausnahme: Der Praktikerpreis wurde an die Arbeitsgruppe für Menschen mit Beeinträchtigungen in Westfalen-Lippe verliehen. Unter der Mitwirkung von Dr. Ilse Weinfurtner, ZÄ Ina Dahnke, Dr. Kirsten Uhlig, ZA Dominic Jäger, Dr. Christoph Koebe und Dr. Wilfried Beckmann erhielt das Projekt „Erleichterung des Einstiegs in die aufsuchende zahnmedizinische Versorgung durch Ausleih-Service für die mobile Behandlungseinheit“ die Auszeichnung. Dieses innovative Projekt bietet eine mobile Behandlungseinheit zur Ausleihe für interessierte Kolleginnen und Kollegen an, denen eine eigene Anschaffung nicht wirtschaftlich erscheint oder die das Gerät zunächst testen möchten. Ziel des Projekts ist es, die Hemmschwellen zu verringern, sich in der aufsuchenden Versorgung zu engagieren. Seit Einführung wurde dieses Angebot bereits von vielen Zahnarztpraxen genutzt, und es wird über die Anschaffung einer weiteren mobilen Einheit nachgedacht.

Der Wissenschaftspreis wurde in diesem Jahr an zwei herausragende Projekte aus dem Bereich der Lehre verliehen. Da die Jury keiner der beiden Einreichungen den Vorrang geben konnte, wurden beide Projekte gleichermaßen geehrt. Beide Arbeiten liefern wichtige Erkenntnisse für

die Universitäten, die aufgrund der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte Lehrstoff im Bereich der Seniorenzahnmedizin vermitteln müssen. Die erste ausgezeichnete Arbeit, eingereicht von Dr. Luisa Dörr, Dr. Kirstin Vach, Prof. Dr. Benedikt C. Spies, Prof. Dr. Daniel R. Reißmann und Dr. Anna-Lena Hillebrecht, trägt den Titel „Einstellung und Motivation von Zahnmedizinstudierenden im Bereich Seniorenzahnmedizin im Verlauf der Einführung der Neuen Zahnärztlichen Approbationsordnung“. Die zweite Arbeit, von PD Dr. Julia Jockusch, ZA Martin Holter und Prof. Dr. Ina Nitschke, befasst sich mit dem Lehrmodul „Der Gero-Parcours: Zur Simulation altersbedingter Einschränkungen bei Patienten in der Ausbildung von Zahnmedizinern“ und berichtet über die ersten Erfahrungen mit diesem innovativen Lehransatz.

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ), Dr. Ilse Weinfurtner, Dr. Anna-Lena Hillebrecht und Privat-Dozentin Dr. Julia Jockusch, nahmen die Würdigung ihrer Leistungen mit Freude und Applaus während der Mitgliederversammlung am 8. Juni 2024 auf dem Landgut Stober bei Nauen entgegen.

Der Vorstand der DGAZ bedankt sich bei der Jury und dem Stifter eines der Preise, dem Wissensforum Allgemeine Zahnmedizin (WiFo-AZM), in dem sich Peter Brehm besonders engagiert. Die Preisträgerinnen und Preisträger wurden herzlich beglückwünscht. Zudem weist der Vorstand darauf hin, dass auch für das Jahr 2025 wieder eine Ausschreibung geplant ist. ■

_____ DGAZ, Presseinformation



BOOSTER-TIPP

Foto: shutterstock.com - Pasuwan



Fokus Personalführung – Booster-Tipp für Führungsqualitäten

SIND SIE VON IHREM PRODUKT „STELLE“ ÜBERZEUGT?

Ein Leser dieser Rubrik hat unseren heutigen Fall eingereicht. Herzlichen Dank dafür: „Im Wettbewerb um Mitarbeiter ziehe ich im Vergleich zu anderen Praxen, aber auch dem ortsansässigen Autohersteller immer wieder den Kürzeren. Die anderen haben mehr zu bieten. Ich weiß gar nicht, was ich in einer Stellenanzeige dagegenhalten soll. Haben Sie einen Tipp für mich?“

Wenn Sie selbst nicht davon überzeugt sind, ein attraktiver Arbeitgeber zu sein, wie wollen Sie dann andere davon überzeugen?

Bewerber merken schnell, wenn Sie selbst daran zweifeln, gegenüber Ihrem Wettbewerb vor Ort als Arbeitgeber genügend Anziehungskraft zu haben: an einer beliebig wirkenden Anzeige, an der Tonlage im Telefonat, an der Körperhaltung im Bewerbungsgespräch. Die Diskrepanz zwischen innerer Haltung und gesprochenem Wort wird offenbar.

Beschönigen ist auch keine Alternative. Denn schnell wird deutlich, dass Dinge doch nicht so sind, wie sie dargestellt wurden. Die Enttäuschung des Bewerbers ist vorprogrammiert.

Daher: Seien Sie ehrlich mit sich selbst und machen Sie eine Bestandsaufnahme. Was läuft (noch) nicht so, wie es sich Bewerber wünschen und was wollen Sie angehen, um im Wettbewerb um Mitarbeiter die Nase vorn zu haben?



„Nur wer selbst brennt,
kann Feuer in anderen entfachen.“

Augustinus Aurelius (354 – 430), Bischof von Hippo, Philosoph, Kirchenvater und Heiliger

Das sollten Sie dann schnellstmöglich umsetzen. Denn der Fachkräftemangel wird sich noch verschärfen, wenn die Babyboomer in Rente gehen.

Häufig hilft ein externer Sparringpartner, um den Blick für nötige Veränderungen zu bekommen und die erforderlichen Schritte auf dem Weg zum attraktiven Arbeitgeber zu gehen.

Wie überzeugt sind Sie von sich als attraktivem Arbeitgeber? Sind Sie schon ein Bewerbermagnet?

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



Adnan Öztürk
Justiziar u. Leiter der
Rechtsabteilung der ZKN

Achtung! Besondere Vorsicht bei Werbung im Gesundheitswesen

WANN LIEGT VERBOTENE WERBUNG VOR?

In der – auch im Gesundheitswesen – zunehmenden Kommerzialisierung kommt es nicht selten vor, dass Wettbewerber häufig zu unfairen Mitteln greifen, um ihre Dienstleistungen oder ihre Produkte besser an den Patienten vermitteln zu können. Aber gerade im Gesundheitswesen sind, angesichts der hohen Bedeutung des Gutes Gesundheit des Menschen, enge Grenzen gesetzt.

Was aber ist erlaubt und was verboten?

Die Grundregeln hierzu stehen u.a. in der Berufsordnung „BO“ (Übrigens: für Sie abgebildet und jederzeit nachzulesen auf der ZKN-Homepage www.zkn.de unter „Rechtliche Grundlagen“) und in dem UWG-Gesetz. Die Details jedoch werden in Einzelfallentscheidungen durch die Rechtsprechung festgelegt.

Der rechtliche Rahmen und die Grundregeln für werbende Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niedersachsen ergeben sich erstrangig aus der Berufsordnung für die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niedersachsen. Darin heißt es u.a. wie folgt:

§ 21 BO: Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zahnärztinnen oder Zahnärzten sind sachliche Informationen über ihre Berufstätigkeit gestattet. Berufswidrige Werbung ist ihnen untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende, herab-

setzende oder vergleichende Werbung. Sie dürfen eine berufswidrige Werbung durch Dritte weder veranlassen noch dulden und haben dem entgegenzuwirken.

- (2) Zahnärztinnen oder Zahnärzte dürfen auf ihre besonderen, personenbezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen. Hinweise nach Satz 1 sind unzulässig, soweit sie die Gefahr der Verwechslung mit Fachgebietsbezeichnungen begründen oder sonst irreführend sind.
- (3) Zahnärztinnen oder Zahnärzte, die eine nicht nur vorübergehende belegzahnärztliche oder konsiliarische Tätigkeit ausüben, dürfen auf diese Tätigkeit hinweisen.
- (4) Es ist Zahnärztinnen oder Zahnärzten untersagt, ihre zahnärztliche Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke zu verwenden oder ihre Verwendung für gewerbliche Zwecke zu gestatten.
- (5) Eine Einzelpraxis sowie eine Berufsausübungsgemeinschaft darf nicht als Akademie, Institut, Poliklinik, Ärztehaus oder als ein Unternehmen mit Bezug zu einem gewerblichen Betrieb bezeichnet werden.



Werbung muss sachlich und richtig sein



„Eine Handlung ist irreführend und wettbewerbswidrig, wenn sie beim Patienten ein falsches Bild erzeugt“

§ 22 BO: Praxisschild

- (1) Niedergelassene Zahnärztinnen oder Zahnärzte haben am Praxissitz die Ausübung des zahnärztlichen Berufs durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.
- (2) Zahnärztinnen oder Zahnärzte haben an jedem Praxisort auf dem Praxisschild Namen und die Berufsbezeichnung sowie im Falle einer Zahnheilkundengesellschaft die jeweilige Rechtsform anzugeben. Zahnärztinnen oder Zahnärzte, die ihren Beruf gemeinsam ausüben, haben unter Angabe des Namens aller in der Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossenen Zahnärztinnen oder Zahnärzte ein gemeinsames Praxisschild zu führen.
- (3) Praxisschilder müssen hinsichtlich Form, Gestaltung und Anbringung den örtlichen Gepflogenheiten entsprechen.
- (4) Die Verlegung der Praxis darf ein Jahr lang durch ein mit Angabe der neuen Anschrift versehenes Schild am früheren Praxissitz angezeigt werden. Zahnärztinnen oder Zahnärzte dürfen die von ihnen im letzten Jahr

behandelten Patientinnen oder Patienten von der Praxisverlegung benachrichtigen.

- (5) Wer die Praxis anderer Zahnärztinnen oder Zahnärzte übernimmt, darf neben dem eigenen Praxisschild deren Praxisschild mit einem entsprechenden Hinweis nicht länger als ein Jahr weiterführen.

Des Weiteren gilt:

Weitere rechtliche Vorgaben enthält das sog. UWG. Dabei handelt es sich um das „Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb“ (UWG). Das UWG ist die gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs im deutschen Recht.

Das UWG normiert die spezifischen Regeln im Wettbewerb und untersagt damit bestimmte Verhaltensweisen im Wettbewerb, um Mitbewerber, Verbraucher und die Allgemeinheit vor verbotenem, irreführendem, verwechslungsträchtigem Werbeverhalten zu schützen.

Was wird unter unlauterer Werbung bei Zahnärztinnen und Zahnärzten verstanden?

Eine Werbung ist unlauter, wenn sie gegen das UWG verstößt – oder im speziellen Fall der Berufsausübung der Zahnärztin oder des Zahnarztes – wenn sie gegen die o.g. Berufsordnung der Zahnärzte verstößt.

In den meisten Fällen sind damit irreführende Werbung und/oder irreführende Erklärungen gemeint. Irreführende ►►



- Werbung kann die Verbraucher bzw. die Patienten verleiten oder schädigen, indem sie unverhältnismäßige, täuschende oder aggressive Werbetechniken einsetzt.

Insbesondere sind folgende Werbeverhalten in diesem Zusammenhang verboten:

Gemäß § 5 UWG wird der Patient bzw. Verbraucher vor irreführenden Werbehandlungen geschützt. Eine Handlung ist irreführend und wettbewerbswidrig, wenn sie beim Patienten ein falsches Bild erzeugt, das nicht der Realität entspricht. Der Patient darf nicht durch unwahre oder falsche Aussagen getäuscht und zum Eingehen eines Behandlungsvertrages bewegt werden.

Das bedeutet, dass insbesondere zahnärztliche Werbung sachlich und richtig sein muss. Das gilt selbstverständlich auch bei der Angabe der Berufsbezeichnung und der Angabe eines Doktorgrades. Das unberechtigte Führen eines Doktorgrades sowie der Missbrauch von Titeln und Berufsbezeichnungen kann gem. § 132a Strafgesetzbuch zudem auch zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen.

Es liegt auch dann eine Irreführung vor, wenn dem Patienten Informationen vorenthalten werden, die für die Entscheidungsfindung relevant waren, ebenso wenn wichtige Informationen bewusst verschleiert oder verzerrt werden (§ 5a UWG).

Darüber hinaus dürfen Zahnärztinnen und Zahnärzte gemäß § 4a UWG, Patienten nicht in ihrer Entscheidungsfreiheit beeinflussen, indem sie sie durch aggressive Handlungen zu einer Entscheidung drängen (z.B. wie in einem Fall, in dem ein Zahnarzt eine Patientin zum Abschluss einer bestimmten Zahnzusatzversicherung drängte).

Nach § 7 UWG ist solche Werbung untersagt, die eine unzumutbare Belästigung darstellt, weil – der Natur der Sache nach – Werbung situationsbedingt unerwünscht ist (werbendes Anpreisen, während der Patient an starken Schmerzen leidet).

Es ist auch untersagt, in der Werbung negative und schädliche Aussagen über die Dienstleistung oder Berufstätigkeit einer anderen Kollegin oder eines anderen Kollegen zu machen und dadurch die Reputation der Zahnärzteschaft insgesamt zu beeinträchtigen (§ 6 UWG).

Diese Gesetzesnorm entspricht i.Ü. dem Kollegialitätsgrundsatz in § 8 der Berufsordnung (s. oben).

Verboten ist i.Ü. auch anpreisende Werbung (beispielsweise bei der Wahl des Internetauftritts: verboten ist beispielsweise „www.top-zahnarzt.de“ oder „www.best-dentist.de etc.)

Übrigens: Grundsätzlich ist die Form des Werbeträgers (ob elektronisch im Internet oder physisch) unbeachtlich. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu ausgeführt, dass das als Werbeträger genutzte Medium ohne entscheidende Bedeutung ist. Somit ist Werbung in Büchern, Info-Blättern, auf Trikots von Fußballmannschaften, Einkaufswagen, TV, Radio, Werbetafeln etc. erlaubt, sofern die übrigen Voraus-

setzungen eingehalten sind und die nicht zulasten des Patienten geht (verboten sind demnach auch Telekommunikation, Textmitteilungen etc., die zu Kosten bei den Patienten führen).

Hingegen ist es juristisch von Bedeutung, wie oft in dem jeweiligen Werbemedium geworben wird. Beispielsweise kann eine extreme Häufigkeit von Werbung (auf jeder 2. oder 3. Seite des Telefonbuches) übertrieben anpreisend und zu viel sein, weil nach Auffassung der Gerichte damit in der Öffentlichkeit der Eindruck hervorgerufen wird, dass es dem werbenden Arzt nur reißerisch darum geht, seine berufliche Dienstleistung aggressiv „an den Mann bzw. die Frau“ zu bringen und damit einer nicht gewollten zunehmenden Kommerzialisierung des ärztlichen Berufes Vorschub geleistet wird.

Übrigens: Auch die Werbung für eine andere Firma ist gemäß § 21 Abs. 4 der Berufsordnung untersagt, ebenso wie vergleichende Werbung (mit Bezug auf andere Kolleginnen oder Kollegen) gem. § 21 Absatz 1 BO untersagt ist.

Fazit:

Vermeiden sie daher – auch im Interesse der gesamten Zahnärzteschaft – berufswidrige Werbung. Wenn geworben wird, dann nur sach- und rein berufsbezogen auf die Zahnärztin oder den Zahnarzt zugeschnitten, zurückhaltend, unaufdringlich, sachlich richtig und der Wahrheit entsprechend. Ohne Übertreibung. Das dient allgemein der Sache und dem berechtigt hohen Stand der Zahnärzteschaft am besten.

Sie haben noch Fragen? Wenden Sie sich an Ihre ZKN. ■

Adnan Öztürk

Justiziar u. Leiter der Rechtsabteilung der ZKN



Foto: MQ.Design Werbeagentur/generiert mit KI



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

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

ZKN-Relevante Rechtsprechung

Hinsichtlich der Zeit, die zwischen Aufklärung und wirksamer Einwilligung in eine zahnärztliche oder ärztliche Behandlung verstreichen muss, existiert keine fest definierte Frist.

Der Bundesgerichtshof (Az.: VI 375/21 vom 20.12.2022) hat hierzu wie folgt entschieden:

„Zu welchem konkreten Zeitpunkt ein Patient nach ordnungsgemäßer – insbesondere rechtzeitiger – Aufklärung seine Entscheidung über die Erteilung oder Versagung seiner Einwilligung trifft, ist seine Sache. Sieht er sich bereits nach dem Aufklärungsgespräch zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage, ist es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen. Wünscht er dagegen noch eine Bedenkzeit, so kann von ihm grundsätzlich erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt und von der Erteilung einer – etwa im Anschluss an das Gespräch erbetenen – Einwilligung zunächst absieht.“

Der Patient muss zu diesem Zeitpunkt allerdings über volle Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit verfügen. Der Arzt muss die Gesamtumstände und das Verhalten des Patienten bei der Annahme der Einwilligung des Patienten berücksichtigen. ■

ZKN-BERECHNUNGSEMPFEHLUNG

Im Unterschied zu den Geb.-Nrn. 2050/2070/2090/2110 GOZ wird das Anlegen einer Matrize von den Leistungsbeschreibungen der Geb.-Nrn. 2060/2080/2100/2120 GOZ nicht erfasst. Diese Anwendung berechtigt deshalb als besondere Maßnahme zum Ansatz der Geb.-Nr. 2030 GOZ.

Geb.Nr. 2090 GOZ Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig (exemplarisch)

Geb.-Nr. 2100 GOZ Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts (exemplarisch)

Geb.-Nr. 2030 GOZ Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z.B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Dr. Michael Striebe, Hemmingen
ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht

SEMINARPROGRAMMZahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 HannoverAnsprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de**→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte****27./28.09.2024 CF 01.8 17 Fortbildungspunkte****Form und Funktion natürlicher Zähne**Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
27.09.2024 von 14:00 bis 19:30 Uhr
28.09.2024 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr: 550,- €**28.09.2024 Z 2431 9 Fortbildungspunkte****Milchzahnendodontie und Kinderkronen**Monika Quick-Arntz
29.08.2024 von 9:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr: 500,- €**09.10.2024 Z/F 2439 2 Fortbildungspunkte****Online-Seminar****Das fetale Alkoholsyndrom (FAS):
Risiken für Zahn- und Mundgesundheit**Dr. Moritz Tilman Blanck-Lubarsch, Oldenburg
09.10.2024 von 15:00 bis 16:30 Uhr
Kursgebühr: 52,- €**16.10.2024 Z/F 2433 7 Fortbildungspunkte****Kleiner Fingerdruck – Große Wirkung
(Akupressur für die Praxis)**Andrea Aberle, Delmenhorst
16.10.2024 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr: 231,- €**23.10.2024 Z/F 2434 4 Fortbildungspunkte****Online-Seminar****Kommunikation: Social-Media-Speak:
Professionell oder wie ein Troll?**Rubina Ordemann, Bassum
23.10.2024 von 15:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr: 44,- €**26.10.2024 Z 2435 5 Fortbildungspunkte****Online-Seminar****BWL für „Zahnis“ BWL/Praxisführung-Basics
für Zahnärztinnen und Zahnärzte**Dr. Fabian Godek, Rinteln
26.10.2024 von 9:00 bis 13:00 Uhr
Kursgebühr: 138,- €**KOMPAKTCURRICULUM PARODONTOLOGIE**

Wissenschaftlicher Leiter Professor Dr. Ingmar Staufenbiel (MHH)

3 Module – Das Curriculum ist nur als Komplettpaket buchbar!

Die Parodontitis gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen. Die neue S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) ist die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I-III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP). Sie bildet den aktuellen Stand der Wissenschaft ab und hat umfangreiche Konsequenzen für die Strukturierung und das Leistungsgeschehen von Befundung, Diagnose und der systematischen Therapie parodontaler Erkrankungen. Die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) fußt auf der S3-Leitlinie und stellt die parodontologische Versorgung der gesetzlich versicherten Bevölkerung seit Juli 2021 auf eine komplett neue Grundlage. Mit diesem „Kompakt-curriculum Parodontologie“ bieten Professor Dr. Ingmar Staufenbiel und sein Referententeam an drei Wochenenden als Onlineveranstaltung und zum Abschluss als Präsenzveranstaltung die Vermittlung des fachlichen

und abrechnungstechnischen Wissens und Könnens auf Basis aktueller wissenschaftlicher Kenntnisse in einem attraktiven zeitlichen Rahmen und zu preiswerten Konditionen an. Doch schauen Sie selbst, wie attraktiv für Sie und Ihre beruflichen Ziele das Programm ist. Professor Dr. Ingmar Staufenbiel und sein Referententeam freuen sich auf Sie!

Referenten:Prof. Dr. Ingmar Staufenbiel, Hannover
Dr. Marco Flohr, Hannover
Dr. Hiam Kecho, Hannover
Dr. Knut Adam, Hannover
Min-Young Kim, Osnabrück
Dr. Tim Hörnschemeyer, Osnabrück
Prof. Dr. Anne-Kathrin Lührs, Hannover

Das fetale Alkoholsyndrom (FAS): Risiken für Zahn- und Mundgesundheit

Online-Seminar

Der intrauterine Kontakt mit Alkohol stellt eine nicht zu unterschätzende Gefahr für das Ungeborene dar. Die multiplen durch Alkoholexposition in Utero entstehenden physischen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten sind keine temporären Erscheinungen, sondern begleiten die Betroffenen ein Leben lang. Diese Entwicklungsschäden haben teilweise massiven Einfluss auf die Zahngesundheit und Wachstumsauffälligkeiten können sich auch im zahnärztlichen Bereich im Sinne von Zahn- und Kieferfehlstellungen auswirken. Bei einer weltweit sehr hohen Prävalenz von 0,8% und einer noch höheren Prävalenz in Europa von 2% bedeutet dies für uns ZahnmedizinerInnen, dass vermutlich jeder von uns im Praxisalltag PatientInnen mit FAS betreut. Somit kommt unserem Fach eine besondere Bedeutung im Rahmen der engmaschigen Prophylaxe und der Instruktion von betreuenden Personen zu. Verschiedene Möglichkeiten zur Erkennung orofazialer Merkmale von PatientInnen mit FAS(D), die Sensibilisierung des Themas Alkohol während der Schwangerschaft, sowie die Beleuchtung von kieferorthopädischer Behandlungsdauer und -ergebnis bei Kindern mit generellem besonderem Assistenzbedarf sollen Thema dieses Seminars sein.

Referent: Dr. Moritz Tilman Blanck-Lubarsch, Oldenburg

Mittwoch, 09.10.2024 15:00 – 16:30 Uhr

Kursgebühr: 52,- €

Kurs-Nr.: Z/F 2439



Dr. Moritz Tilman
Blanck-Lubarsch

Foto: Pflaet

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

20./21.09.2024 F 2466

Die UPT ist nicht Prophylaxe: Sie ist der Schlüssel zum Langzeiterfolg für PAR-Patienten

Simone Klein, Berlin

20.09.2024 von 13:00 bis 19:00 Uhr

21.09.2024 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr: 440,- €

27.09.2024 Z/F 2425

Bema trifft auf GOZ

Marion Borchers, Rastede-Loy

27.09.2024 von 9:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 264,- €

09.10.2024 Z/F 2426

CAD/CAM-Technologie in der Abrechnung

Stefan Sander, Hannover

09.10.2024 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: 152,- €

09.10.2024 F 2457

Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

Ute Wurmstich, Wedemark

09.10.2024 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: 127,- €

11.10.2024 F 2454

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeitende

Brigitte Kühn, Tutzing

11.10.2024 von 9:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 270,- €

12.10.2024 F 2456

Die Rezeption – Das Herz der Praxis

Brigitte Kühn, Tutzing

12.10.2024 von 9:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 270,- €

Termine:

Modul 1 – Update Grundlagenwissen (Online-Seminar)

27.09.2024, 14:00 – 19:30 Uhr und 28.09.2024 09:00 – 18:30 Uhr

Modul 2 - Diagnostik und Therapie (Online-Seminar)

15.11.2024, 14:00 – 19:30 Uhr und 16.11.2024 09:00 – 18:30 Uhr

Modul 3 - Periimplantitis und Abrechnung (Präsenz-Seminar)

24.01.2025, 14:00 – 19:30 Uhr und 25.01.2025 09:00 – 16:00 Uhr

Kursgebühr: 1.200,- €; zahlbar je Modul zu 400,- €

Kurs-Nr.: VE0104

45 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Termine



21. September 2024 Hannover
Tag der Akademie

Die zukunftsweisende Zahnarztpraxis



11.- 13. Oktober 2024

25 Jahre Dentists for Africa

Infos unter:

<https://dentists-for-africa.org/en/home-english-2/>

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

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 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

13.11.2024,
17:00 – 20:00 Uhr

Präsenz-Seminar

Pharmakologie in der Zahnheilkunde, Prof. Dr. Jürgen Brockmöller, Göttingen

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Online über zoom

Fortbildungsreferent: Dr. Arthur Buscot, Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig, Tel.: 0531 49695, E-Mail: info@buscot.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

06.11.2024,
17:00 – 20:00 Uhr

Online-Seminar

Prothetische Therapie im reduzierten Restgebiss, Prof. Dr. Torsten Mundt, Greifswald

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Zahnärztekammer Niedersachsen, Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

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

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

04.12.2024,
18:00 – 20:00 Uhr

Präsenz-Seminar

Zahnrettung/Tief zerstörter Zahn, Dr. Jan Behring, M.Sc., Hamburg

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Online über zoom

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

23.10.2024,
19:00 – 21:00 Uhr

Online Seminar

Toxikologie und Verträglichkeit von Zahnkunststoff-Materialien, Univ.-Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl, München

13.11.2024,
19:00 – 21:00 Uhr

Online Seminar

Tipps und Tricks in der Endodontie, Maythem Al-Fartousi, M.Sc., Karlsruhe

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

18.07.2024 Dr. Michael Kolde (70), Nordhorn

18.07.2024 Dr. Rainer Halves (70), Hameln

18.07.2024 Christa-Marie Eisert-Darsow (88), Estorf

19.07.2024 Dr. Bernd Schröder (70), Wolfenbüttel

19.07.2024 Dr. Harald Werner (75), Kissenbrück

22.07.2024 Norbert Gross (97), Hildesheim

22.07.2024 Ralf Jünemann (70), Burgwedel

26.07.2024 Dr. Ekkehard Heinrich (80)

26.07.2024 Dr. Harald Erle (80), Ankum

27.07.2024 Dr. Heinz-Hermann Brahms (90),
Bad Zwischenahn

27.07.2024 MUDr./Univ. Bratislava Ladislav Szaraz (85),
Oldenburg

31.07.2024 Dr. Rüdiger Ahlers (70), Hannover

01.08.2024 Dr. Jutta Upmeier (75), Adelheidsdorf

02.08.2024 Mieczyslaw Rozanski (99), Hannover

02.08.2024 Dr. Peter Mitschke (70), Wolfsburg

03.08.2024 Dr. Claus Nitschke (75), Rodenberg

04.08.2024 Elisabeth Hesse (70), Obernkirchen

06.08.2024 Dr. Imogen Riehm-Schulze (80), Hannover

09.08.2024 Dr. Gabriele Hübener (70), Langeoog

09.08.2024 Dr. Dr. Karlpeter Müller (70), Lüneburg

12.08.2024 Dr. Ingo Große-Brauckmann (75), Twist

14.08.2024 Rolf Tödtmann (75), Rastede

15.08.2024 Gerhard Kempf (94), Wennigsen



Foto: MO Design Werbeagentur/generiert mit KI

16.08.2024 Hans Dieter Klie (92), Steyerberg

26.08.2024 Dr. Rolf Schmele (88), Brake

27.08.2024 Michael Benze (75), Esens

29.08.2024 Dr. Cornelia Stach-Albers (70), Seevetal

30.08.2024 Dr. Wolfgang Niemann (80), Bad Iburg

30.08.2024 Dr. Dirk Struckmeyer (70), Seelze

03.09.2024 Dr. Ingrid Jakob (75), Hannover

03.09.2024 Beate Westendorf (70), Göttingen

04.09.2024 Dr. Klaus-Peter Klewe (70), Braunschweig

09.09.2024 Bernadeta Kleczka (75), Braunschweig

14.09.2024 Dr. Dieter Autschbach (75), Neuenkirchen

Wir trauern um unsere Kollegen

Dr. Heinzjürgen Look

geboren am 27.12.1940, verstorben am 18.04.2024

Dr. Jens Otto Lahrmann

geboren am 23.01.1933, verstorben am 21.06.2024

Dr. Klaus Mainz

geboren am 13.01.1940, verstorben am 24.06.2024

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

Persönliches

15 JAHRE VOLLSTES ENGAGEMENT IN DER PRAXIS GOEPPEL & KOLLEGEN

Frau Kathrin Harbers begann eindrucksvoll ihre berufliche Laufbahn mit bestimmenden Worten schon im Bewerbungsgespräch und begann am 3. August 2009 ihre Ausbildung bei uns, die sie mit Bravour im Juni 2012 bestand. Ihre dann anschließenden beruflichen Tätigkeiten waren geprägt mit vielen Fortbildungen in allen Bereichen, wobei sich ihr Talent in der Organisation und zum Management immer weiter herausstellte.



Frau Harbers schloss die Ausbildung zur Praxismanagerin mit Auszeichnung im November 2018 ab. Seit 15 Jahren sind wir dankbar, stolz und glücklich Frau Kathrin Harbers in unserem Team zu haben. Es ist eine Zeit mit unzähligen Momenten der Freude, des Lächelns und der harmonischen Zusammenarbeit. Frau Harbers steht sich nicht nur für die Führung und Betreuung der Auszubildenden und Assistenzärzte, sondern bringt sich mit ihren professionellen Fähigkeiten, ihrem Einfühlungsvermögen und ihrer unermüdlichen Hingabe jeden Tag für alle Dinge in der Praxis ein. Ihr stets strahlendes Lächeln hat nicht nur bei unseren Patienten, sondern auch bei uns, ihrem Team, immer Hilfe und Unterstützung gegeben. Sie gibt mit ihrer jederzeit positiven Ausstrahlung dem gesamten Team Sicherheit und Souveränität. Die Höhen und wenigen Tiefen der letzten 15 Jahre wurden mit geprägt durch die Hingabe ihrer Berufung als ZFA und Managerin der Praxis. Ihre fachlichen Fähigkeiten und ihr Organisationstalent sind ein Schlüssel für unsere gesamte Arbeit.

Es ist Zeit, Danke zu sagen für ihren unermüdlichen Einsatz, ihre Liebe zum Detail, ihre Professionalität und ihre Loyalität im Miteinander.

Wir beglückwünschen sie zu ihrem 15jährigen Praxisjubiläum und wünschen uns für die kommende Zeit eine weiterhin so zuverlässige und professionelle Praxismanagerin. Unser Team hätte sich ohne Frau Harbers nicht so entwickeln können. ■

Tiefe Dankbarkeit und beste Wünsche kommen hier von Jens Goepel, Steffen Steinbrück und dem gesamten Team der Praxis Goepel & Kollegen.



SILVIA NAGEL IST SEIT ÜBER 30 JAHREN ERFOLGREICH AKTIV BEI DEN ZAHNÄRZTEN DRES. LIETZ IN GÖTTINGEN

Gut ein Jahr nachdem Dr. Sabine und Dr. Ronald Lietz ihre Gemeinschaftspraxis in Göttingen 1993 eröffnet hatten, bewarb sich Silvia Nagel auf eine ZFA-Stelle und passte von Anfang an super ins Team. Am 1. Juli 2024 jährte sich dieser Tag zum 30. Mal und wir blicken voller Dankbarkeit und Stolz zurück auf diese Zeit. Die Zahnärzte Lietz haben diesen Tag zum Anlass genommen, um mit dem Praxis-Team gemeinsam zu feiern und Frau Nagel für ihr Engagement zu danken. Hochschwanger hat sie vor gut 25 Jahren die dreijährige Zusatzausbildung zur ZMF erfolgreich absolviert und ist seitdem eine feste Größe in der Parodontaltherapie. Heute kommen Patienten nicht nur wegen des umfassenden Dienstleistungsangebots der beiden Zahnärzte in die Praxis, sondern sie kommen auch, weil die professionelle Zahnreinigung von Frau Nagel und ihr empathischer Umgang mit den Patienten ein fester Bestandteil ihrer Gesundheitsvorsorge ist. ■

_____ Ihr Praxisteam Lietz, Göttingen

DIENSTJUBILÄUM IN DER KZVN



10-jähriges Jubiläum

- ▶ am 08.09.2024 Irina Röttig (Prüfungsstelle Wirtschaftlichkeitsprüfung)

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

NACHRUF DR. HENNING GODE

Am 15. Juli verstarb Dr. Henning Gode aus Neustadt im gesegneten Alter von 94 Jahren. Unsere aufrichtige Anteilnahme möchten wir auch an dieser Stelle zum Ausdruck bringen. Henning Gode kam am 08. März 1930 in Bartin (ehemals Kreis Rummelsburg/Pommern) zur Welt, absolvierte sein Studium der Zahnmedizin mit anschließender Promotion in Marburg und ließ sich 1959 in Neustadt/Rübenberge nieder, wo er bis Ende 1999 als Vertragszahnarzt tätig war. Auch mit Henning Gode nehmen wir in diesem Jahr von einem „standespolitischen Urgestein“ Abschied, für den die Freiberuflichkeit ebenfalls an oberster Stelle stand.



Foto: Privat

40 Jahre standespolitisches Engagement – es darf bezweifelt werden, dass dies in der heutigen Zeit erreicht oder gar übertroffen werden kann. Ob bei der KZVN (von 1995 bis 2004), bei der ZKN (von 1969 bis 2005) oder der KZBV (in den Jahren 1990 bis 1999); die standespolitische Vita beeindruckt auch ob der Vielfältigkeit seiner Arbeitsfelder. Exemplarisch seien hier nur seine langjährigen Mitgliedschaften in der Vertreterversammlung (KZVN) und der Kammerversammlung (ZKN), seine Vorstandstätigkeiten in der Kreisstelle Neustadt oder auch als Beisitzer im Vorstand der KZVN genannt.

Ein tatkräftiges (standespolitisches) Leben ist zu Ende gegangen.

Unsere aufrichtige Anteilnahme gilt der Familie, den Angehörigen von Henning Gode. ■

_____ Die Vorstände von KZVN und ZKN

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dierk Thalmann.....Nr. 6020 vom 24.08.2007

Dr. Jens Otto Lahrmann ...Nr. 4199 vom 24.10.2001

Carolin Rathke.....Nr. 9151 vom 28.02.2017

Dr. Martin Gerlach.....Nr. 8020 vom 29.10.2013

Michael Förster..... - vom 10.05.1999

Dr. Helmut KümperNr. 1228 vom 16.07.1981

Carolina Palacios Castillo...Nr. 10502 vom 16.02.2021

Dr. Kirsten RedeckerNr. 6929 vom 03.08.2010

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

_____ZKN

KZVN AMTLICH

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Braunschweig Struve, Abelone Constanze

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover Alebrahim Dehkordy, Mazijar

Hannover Niemann, Steven

Verwaltungsstelle Hildesheim

Hildesheim Simo, Rokhasch

Hildesheim Dr. Stünkel, Robert

Verwaltungsstelle Oldenburg

Oldenburg Monzavifar, Oliver-Taghi

Oldenburg Saloum, Isam

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Norden Dr. Voß, Thekla Kristina

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

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen

Geschäftsstelle

Zeißstraße 11, 30519 Hannover

Tel.: 0511 8405-323/361, E-Mail: zulassung@kzvn.de

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN (www.kzvn.de/zulassungswesen) 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 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: August 2024

Aktualisierungshinweise Vertragsmappe

07+08/2024



Fach-Nr.	Inhalt	Hinweis	gültig ab
1.1.	Sozialgesetzbuch V (SGB V)		30.05.2024
3.4.2.	Richtlinien für die Geschäftsführung der Verwaltungsstellen der KZVN		01.09.2024
4.3.	Bundsmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)		27.06.2024
5.1.4.	Vereinbarung über die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB ff. Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)		01.07.2022

Die endgültige 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.:

→ Die Bekanntmachungen der 47. Änderungsvereinbarungen zum BMV-Z finden Sie auf der Website der KZBV unter: <https://www.kzbv.de/bundsmantelvertrag.1223.de.html>

Hinweis zu Fach 5.1.4.:

Geändert wurde:

- § 16 „Verfahren vor der Prüfungsstelle“:
Neu: „Die Eröffnung des Prüfverfahrens ist der betroffenen Praxis durch Übersendung des Antrags und den Vertragsparteien auf elektronischem Weg bekannt zu geben.“
- Formale Änderung in der Anlage 1.2. (Auswahlliste)



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

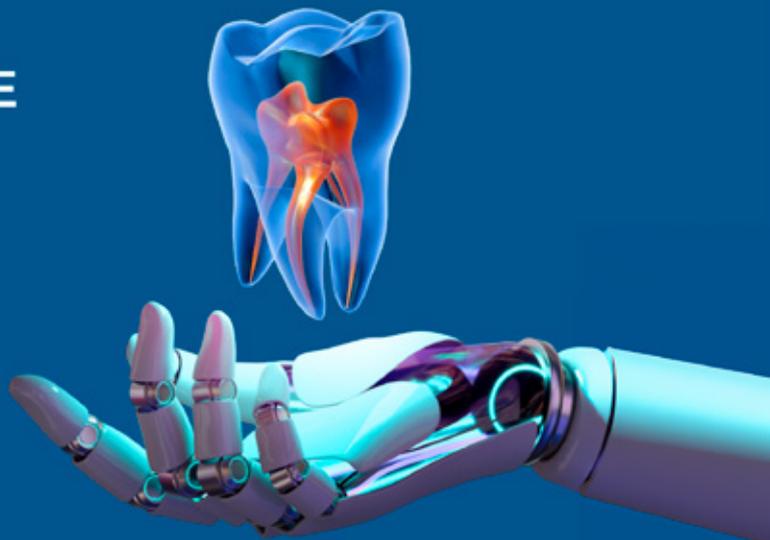
KZVN
Kassenzahnärztliche
Vereinigung Niedersachsen

TAG DER AKADEMIE

DIE ZUKUNFTSWEISENDE ZAHNARZTPRAXIS

SAMSTAG, 21.09.2024

ONLINE AUS DEM ZKN-STUDIO



Programm:

- 11:00 Uhr Begrüßung
- 11:05 Uhr Digitalisierung – Intraoralscanner: Wo stehen wir?
Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Giessen
- 12:15 Uhr Digitalisierung in der festsitzenden Implantatprothetik
PD Dr. Maximiliane Schlenz, M.Sc., Giessen
- 13:30 Uhr Künstliche Intelligenz in der Röntgenauswertung
Prof. Dr. Falk Schwendicke, München
- 14:45 Uhr ChatGPT und seine Möglichkeiten in der Zahnarztpraxis
Dominique Bouyer, Frankfurt
- 16:00 Uhr Abschlussworte

Jetzt über den
QR-Code
anmelden!

Die Veranstaltung wird mit 6 Punkten nach BZÄK/DGZMK bewertet.

