



**„DAS OBERSTE  
ZIEL IST FÜR UNS  
DER SCHUTZ DER  
BEVÖLKERUNG IN DIESER  
GESUNDHEITSKRISE!“**

Gesellschafter-  
versammlung der  
gematik beschließt  
Aus für Konnektoren  
S. 6 ff.

PAR-Richtlinie und  
Delegation: Sie dürfen  
zwar nicht alles – aber  
sie können fast alles!  
S. 28 f.

PAR-Behandlung bei  
„§22a-Versicherten“ –  
kurz und prägnant  
S. 30 f.



# Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Etwa 35.000 Praxen haben dafür einen Fragebogen 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 Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit
- **Vorteil für Sie!** Kostenloser Praxisbericht für einen Vergleich Ihrer Praxis mit dem bundesdeutschen Durchschnitt
- **Vorteil für Sie!** Kostenlose Chefübersicht für Ihre Finanzplanung
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

## Sie haben Fragen zum ZäPP?

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

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Arend Baumfalk 0511 8405-242  
Barbara Hertrampf 0511 8405-280  
E-Mail [panel@kzvn.de](mailto:panel@kzvn.de)

**Letzter Abgabetermin:  
31. Januar 2022!**

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an [kontakt@zi-ths.de](mailto:kontakt@zi-ths.de)

**Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!**

# Quadratur des Kreises

**S**ehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

in meinem letzten Editorial hatte ich über Mehrwerte geschrieben, Mehrwerte wie z.B. die neue PAR-Strecke als zeitgemäße Behandlung oder auch den Entfall der Budgetierung für das letzte und für das vor uns liegende Jahr. Fragen rund um diese und auch andere Themen, die Ihnen und uns wichtig sind, wollten wir im Rahmen von Verwaltungsstellenversammlungen, die wir fest im Auge hatten, mit Ihnen klären. Leider hatte Corona auch diese Absicht wieder zunichte gemacht.

Die Bundestagswahl indes konnte stattfinden, sie hat uns eine neue Regierung und einen neuen Kanzler beschert. Die Abwicklung der Sondierungs- und Koalitionsgespräche wurde allgemein als professionell bewertet. Aber was steckt im Koalitionsvertrag wirklich drin, wie ist die Zielsetzung der Koalition im Gesundheitsbereich? Der Vertrag gibt kein detailliertes Arbeitsprogramm vor, sondern enthält vielmehr vage Zielbestimmungen und Maßnahmen.

Zur Freiberuflichkeit der Heilberufe finden sich keine Aussagen, ebenso nicht zur Stärkung der Selbstverwaltung. Das stimmt nicht gerade positiv, vor allem, wenn an anderer Stelle zu lesen ist, dass die Gründung kommunaler MVZs erleichtert werden soll. Auch Angebote durch Gemeindefachschwestern und Gesundheitslotsen sollen ausgebaut werden, die beabsichtigte Delegationsfähigkeit von Schmerzmitteln für Gesundheitsberufe runden das Bild ab. Da braucht es nicht viel Phantasie, um sich den „Gesundheitsmarkt“ der Zukunft vorzustellen.

Natürlich muss das Gesundheitssystem auf einer stabilen Finanzierung fußen. Leistungskürzungen soll es auf keinen Fall geben, so der neue Gesundheitsminister Lauterbach. Beitragssatzerhöhungen sind im Koalitionsvertrag schon bei der Pflege angekündigt. Wie indes bei weiterer Ausweitung der Leistungskataloge die sozialen Sicherungssysteme auf Dauer zu reformieren sind und die 40-Prozent-Marke bei den Sozialbeiträgen einzuhalten ist, darüber finden sich keine Aussagen. Es kann nur spekuliert werden. Der Bundeszuschuss für den Gesundheitsfonds aus Steuermitteln für das Jahr 2022 beträgt 28,5 Mrd. €, soviel steht jedenfalls schon jetzt fest.

Dr. Jürgen Hadenfeldt  
Stellv. Vorsitzender des  
Vorstandes der KZVN



Foto: © KZBV/Knoth

Das Thema Bürokratieabbau taucht an verschiedenen Stellen auf, so im Unterkapitel „Digitalisierung im Gesundheitswesen“. Die Ampel plant einen allgemeinen, sektorübergreifenden Bürokratieabbau und rennt damit in der Zahnärzteschaft offene Türen ein. Es wird ein „Bürokratiepaket“ angekündigt, das SGB V soll hinsichtlich überholter Dokumentationspflichten überprüft werden, Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben, sollen „verstetigt“ werden. Wünschenswert wäre hier, nicht nur das SGB V nach überflüssiger Bürokratie zu durchforsten!

Die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems können wir nicht lösen. Bei Lösungen zum Bürokratieabbau helfen wir sehr gerne mit, an Themen soll es nicht mangeln! Damit würden wir der Beschlusslage aus vielen unserer Vertreterversammlungen Nachdruck verleihen und nicht nur immer weitere neue Forderungen hinzufügen. Gerne bringen wir uns mit Gestaltungswillen und -bereitschaft mit ein. Die gewählten Vertreter auf Bundesebene haben bereits einen entsprechenden Beschluss an den Verordnungsgeber im Bund gerichtet und angekündigt, einen Maßnahmenkatalog mit den dringendsten Bürokratie-Problemen vorzulegen.

Packen wir es an, verbunden mit dem Ruf in die Politik, unsere Vorschläge ernst zu nehmen und sie auch einer Umsetzung zuzuführen!

Bleiben Sie gesund, ich wünsche Ihnen und Ihren Teams für das Jahr 2022 viel Erfolg und Zufriedenheit! ■

Ihr

Dr. Jürgen Hadenfeldt  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

## NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

57. 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](http://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](http://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](mailto: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](mailto:m.loewener@gmx.de)

#### Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

### REDAKTIONSBÜRO

#### ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

### GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur  
An der Alten Fabrik 4, 30629 Hannover  
Tel.: 0511 5693790; E-Mail: [info@mqdesign-werbeagentur.de](mailto:info@mqdesign-werbeagentur.de)  
Internet: [www.mqdesign-werbeagentur.de](http://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 03/22: 8. Februar 2022

Heft 04/22: 8. März 2022

Heft 05/22: 12. April 2022

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.

4



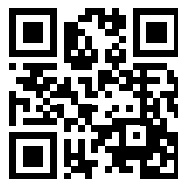
### BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für den

► 69. Winterfortbildungskongress der  
Zahnärztekammer Niedersachsen

bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



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



12

## LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:  
Quadratur des Kreises

## POLITISCHES

- 4 Z-MVZ: Es geht auch schon größer – dafür sorgen die Jacobs Brothers
- 6 Gesellschafterversammlung der gematik beschließt Aus für Konnektoren
- 9 Gesetzliche Krankenversicherung: KV45: Lauterbach „erbt“ ein immer größeres Defizit
- 10 Änderung in der Ausbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten in spezialisierten Praxen
- 11 Sozialversicherung: Neue Rechengrößen ab 2022
- 12 Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
- 15 Erste-Hilfe-Material in der Praxis – Normänderung



18



16

- 16 Erfolgreicher Abschluss der AS Akademie: Eine Zahnärztin und ein Zahnarzt aus Niedersachsen als Teilnehmer berichten
- 17 In eigener Praxis: nur noch 65,8 Prozent der aktiven Zahnärzteschaft

## FACHLICHES

- 18 Ästhetische Analyse für Komposite im Frontzahnbereich: Bestimmung von Zahnfarbe und individueller Charakteristika
- 28 PAR-Richtlinie und Delegation: Sie dürfen zwar nicht alles – aber sie können fast alles!
- 30 PAR-Behandlung bei „§22a-Versicherten“ – kurz und prägnant
- 32 Die Covid-19-Hygienepauschale oder § 5 Abs. 2 GOZ?
- 34 „Covid-19“ beherrschendes Thema der Landesverbandstagung des niedersächsischen Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Zeiten der Pandemie
- 36 Bei Berufsstart schon Fit for Future werden
- 38 GOZ  
ZKN-Relevante Rechtsprechung  
ZKN-Berechnungsempfehlung
- 39 Rechtstipp(s):  
- Gewinnerzielung im Praxislabor  
- Allergien gegen Zahnersatz



34



45

## TERMINLICHES

- 40 ZAN-Seminarprogramm
- 42 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 42 Termine

## PERSÖNLICHES

- 43 Praxisjubiläen  
Günter Eickhoff & Aylin Heyer
- 43 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 44 Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen
- 44 Dr. Klaus-Jürgen Zschaubitz – eine Institution geht „von Bord“
- 45 ZAMB – Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung

## AMTLICHES

- 45 Öffentliche Zustellungen
- 46 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 47 Ungültige Zahnarztanweisung
- 48 Entschädigungsordnung der ZKN
- 48 Schlichtungsordnung der ZKN
- 48 Wahlordnung für die Wahl zur Kammerversammlung der ZKN
- 49 Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages



36



Foto: © AnFamily/Shutterstock.com

## Z-MVZ: Es geht auch schon größer – dafür sorgen die Jacobs Brothers

**S**eit Jahren laufen die Repräsentanten der verfassten deutschen Vertragszahnärzteschaft Sturm gegen das Vordrängen internationaler Investoren in ihren „Markt“. Schließlich eröffnete der Gesetzgeber ab 2015 den „Heuschrecken“ – ob Private Equity Gesellschaft (PEG) oder Family Office (FO) – den Weg dazu. Über den Weg des Kaufs eines kleinen Krankenhauses würden riesige Konglomerate von zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) aufgebaut, die wenig zur Optimierung der zahnmedizinischen Versorgung beitragen. Bereits im I. Quartal 2020 überschritt die Zahl der bundesdeutschen Z-MVZen die magische Schwelle von 1.000. Aber wie viele sich davon aktuell in der Hand von „Heuschrecken“ befinden, wollte oder konnte die Pressestelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) am 12. November 2021 auf Nachfrage der A+S-Redaktion nicht sagen.\* (Anmerkung der NZB-Redaktion) Denn der „Markt“ der Z-MVZen befindet sich permanent in Bewegung. Zwar mag die Einschätzung stimmen, dass die vom französischen Investor PAI Partners SAS unterhaltene Hamburger Zahneins-Gruppe ab dem 1. Januar 2022 die größte Kette

in Deutschland sein wird. Aber es geht noch größer, noch mächtiger und entwickelt sich mittlerweile zu einem Mrd.-€-Geschäft. Und das alles in Besitz von Weltbürgern mit deutschen Wurzeln, wie die A+S-Redaktion nun herausfand.

Die im Dörfchen Borgfeld bei Bremen beheimatete Bauernfamilie Jacobs konnte ihren Traditionshof jeweils nur an den ältesten Sohn vererben. Die Nachgeborenen mussten sehen, wo sie blieben. Einer davon wurde mit dem Rösten von Kaffeebohnen reich, seine Nachkommen bauten das Geschäft weltweit aus. Bis Klaus J. Jacobs (†) in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts aus der Schweiz heraus das aufgebaute wie tradierte Kaffee-Geschäft verkaufte und sich anderen Feldern widmete. In der Züricher Jacobs Holding AG bündelte die Familie ihre Aktivitäten. Neben Beteiligungen am weltweit tätigen Schokoladen-Hersteller Barry Callebaut und der europäischen Privatschulen-Gruppe Cognita verwalten drei seiner sechs Kinder auch die Colosseum Dental Group (CDG), die in Zürich unter dem Namen Colosseum AG auftritt. Und nicht nur das. Philippe Jacobs (37) baute zusätzlich seit 2017 in

London die PEG Telemos Capital auf, zu deren Investments u.a. je eine Gruppe von radiologischen bzw. ophthalmologischen MVZen gehört. Nicolas Jacobs (39) besitzt die Schweizer Consumer Investment Partners AG, die Restaurants entwickelt bzw. betreibt sowie Bier und Saft vertreibt. Das berufliche Credo der beiden operativ tätigen Jacobs Gebrüder soll dahingehen, dass man in „nicht-zyklische“ Branchen investiert. Und Zahnschmerzen haben Menschen schließlich immer, dann brauchen sie eine zahnärztliche Behandlung.

Die CDG war bereits schon Europas größter Betreiber von Zahnkliniken und -praxen wie Lieferant von Dentalprodukten, als sie am 2. August 2021 erneut beherzt zugriff und weiter aufkaufte. Die schwedische EQT Partners AB war mit ihrem 2017 eingegangenen Investment Curaeos B.V. entweder nicht glücklich geworden oder aber die im niederländischen Oosterhout beheimatete „Plattform“ für 186 Zahnkliniken und -praxen im Zentrum Europas „performte“ nicht richtig. Ob in Holland (129 Einrichtungen), Deutschland (15), Italien (24), Belgien (7) und Dänemark (11). Dazu kommen noch 54 Dental-Labore. Die Gruppe trat bisher unter den Marken „Curaeos“, „DentConnect“ und „Dental-Coop“ auf. Aber sie dürfte während der Corona-Pandemie finanziell erheblich Federn gelassen haben. Auf Letzteres lässt eine Aussendung der internationalen Rechtsanwalts-gesellschaft Clifford Change LLP vom 3. August 2021 schließen. Die Juristen brüsteten sich damit, sie hätten Curaeos nicht nur beim Verkaufsdeal, sondern bereits schon 2020 bei einem „restructuring process“ beraten, nachdem die Gruppe durch das Fernbleiben von Patienten heftig ins Trudeln geraten war. Für beide Tätigkeiten dürften üppige Honorarnoten fällig gewesen sein. Das Ende vom Curaeos-Lied: Wer in Stockholm nicht ordentlich bzw. unter Plan „performt“, der wird vermutlich schnell ausgesondert. EQT kann es sich leisten, auch mal ein weniger gutes Geschäft zu machen. Verwaltet man doch ein Anlagevermögen von rund 70 Mrd. € in 27 Fonds.

Wie dem auch sei, der EQT Private Equity Funds VII machte zusammen mit anderen Minderheitsgesellschaften Kasse. Wie hoch der Preis für die 186 Einrichtungen war, darüber schweigen die Beteiligten. Aber die „neue“ CDG verfügt nun über insgesamt 561 Einrichtungen – ohne die Zahnlabore und die Einrichtungen in den U.S.A. Zusammen sollen es weltweit fast 800 Einrichtungen sein, die mehr als 13.000 Fachkräfte beschäftigen und einen kumulierten Jahresumsatz von 1,5 Mrd. € erzielen. Schon die CDG „alt“ erwirtschaftete mit ihren 375 Einrichtungen in neun europäischen Ländern einen Umsatz von über 730 Mill. €. Was die U.S.-Einrichtungen von CDG beitrugen, ist hingegen schwer zu ermitteln.

Das gleiche gilt für den „Bestand“ in Deutschland. Hierzu-lande tritt CDG wie auch Curaeos unter mehreren Markennamen auf (z.B. zahnea) bzw. belässt den aufgekauften Z-MVZ ihre früheren Namen. Findige publizistische Marktbeobachter wie der Hannoveraner Rainer Bobsin (61) kommen auf 45 Einrichtungen (Stand: Ende 2020). Sollte sich daran nichts geändert haben, dann hatte sich die Colosseum Dental Deutschland GmbH in Münster unter der Leitung des ehemaligen Adecco-Managers (einer Ex-Jacobs-Beteiligung) Thomas Bäumer (58) mit mindestens 60 Einrichtungen der Zahneins-Gruppe in Hamburg zuerst gewaltig an die Fersen geheftet, dann für kurze Zeit überholt und hat nun trotzdem ab dem 1. Januar 2022 wieder das Nachsehen. Vor allem, wenn es um die Frage geht: „Wer ist in Deutschland am größten?“

Eines kann man der Mannschaft um Bäumer aber nicht nehmen. Neben der zahneins-Gruppe verfügt CDG seit August 2021 über zwei Krankenhäuser. Um selbst im „Markt“ zum Shoppen aufbrechen zu können, hatte man 2018 die dermatologische Facheinrichtung Vital-Klinik im unterfränkischen Alzenau mit 42 Betten gekauft. Curaeos brachte nun eine von zwei bundesdeutschen Fachkliniken für Migräne- und Kopfschmerzen in Königstein bei Frankfurt mit in die Z-MVZ-Ehe. Das bereits 2016 erworbene Haus hat nur 20 Betten – erfüllte aber bisher seinen strategischen Zweck. Wer über zwei Kliniken verfügt, der kann sich mehr Z-MVZ einverleiben. Daher ist zu erwarten, dass sich ab 2022 CDG und zahneins weiterhin ein Rennen um den ersten „Platz an der Sonne“ liefern werden. ■

\_\_\_\_\_ A+S aktuell, 47-21, 26.11.2021

#### **(\*) Anmerkung der NZB-Redaktion**

Anlässlich der Vertreterversammlung der KZBV am 24./25. November 2021 ging der KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer ausführlich auf die Entwicklung und die Besonderheiten bei der Bildung von „investorbetriebenen“ zahnmedizinischen Versorgungszentren (iZ-MVZ) ein. Danach liegt der Anteil der iZ-MVZ an allen Z-MVZ bereits bei 23%. Und 40% der in der ersten Jahreshälfte 2021 neu gegründeten MVZ werden durch Investoren betrieben. Zudem habe das IGESInstitut, so Eßer, in einem Gutachten festgestellt, dass es praktisch keine Versorgung auf dem Land und praktisch keine Versorgung vulnerabler Patientengruppen durch iZ-MVZ gebe, und dass es eine zunehmend wachsende Zahl von Zahnarztketten und die Ausbildung von Monopolstrukturen sowie eine deutlich erkennbare Renditeorientierung der iZ-MVZ gebe.

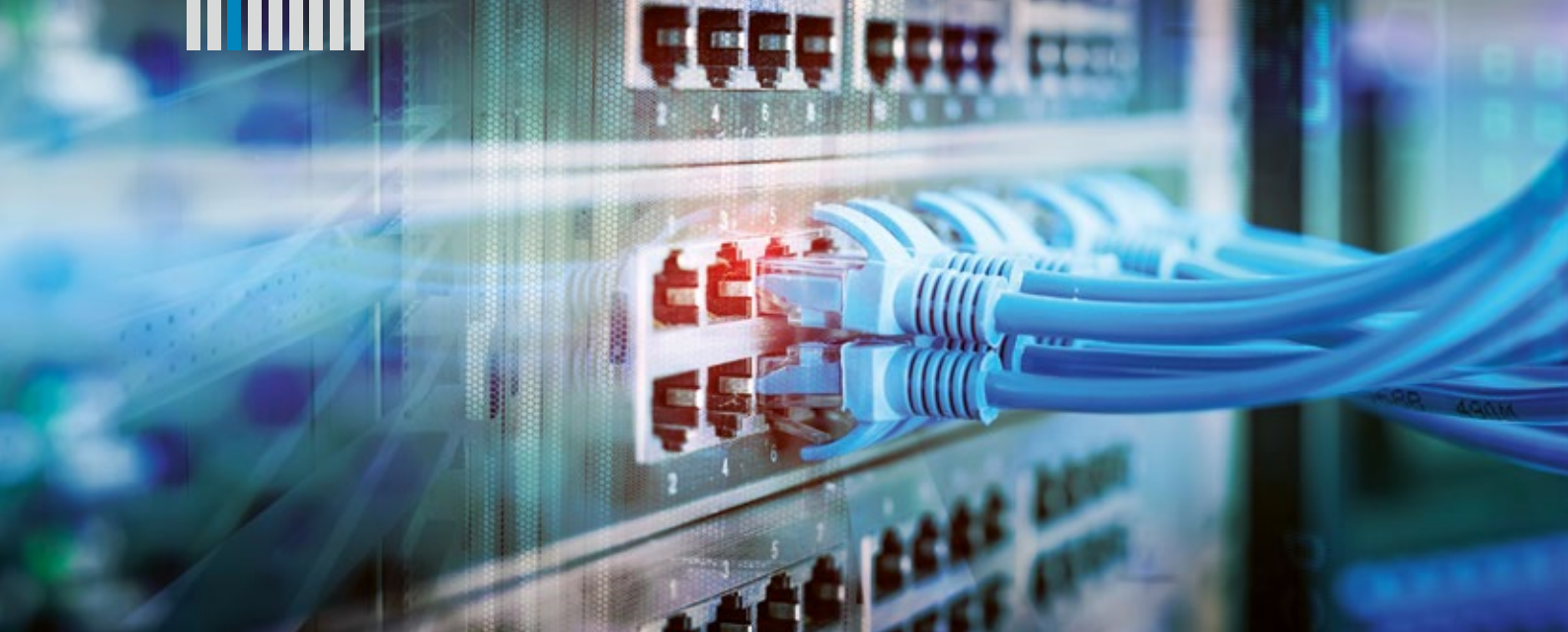


Foto: © asharkyu/Shutterstock.com

# Gesellschafterversammlung der gematik beschließt Aus für Konnektoren

**W**enn es nach der gematik geht, sind Kurs und Ziel für die Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen klar: „Einfacher und flexibler bei gleichbleibend hoher Sicherheit“ müsse diese „jetzt und in Zukunft“ sein, fordert sie. Die Gesellschafterversammlung der gematik legte Ende September die Eckpunkte für eine Modernisierung der TI fest. Hardware-Konnektoren sollen demnach für den Zugriff auf die Telematikinfrastruktur künftig nicht mehr erforderlich sein: Bis Ende 2025 sollen alle Nutzer die TI-Dienste vielmehr direkt über das Internet erreichen können. Voraussetzung dafür ist die Einführung „elektronischer Identitäten“.

Angestoßen hatte die gematik diese Entwicklung bereits Anfang des Jahres. Ende Januar hatte sie ihre Überlegungen zu einer „TI 2.0“ in dem Whitepaper „Arena für digitale Medizin“ veröffentlicht – was für harsche Kritik in der Selbstverwaltung gesorgt hatte. Die Veröffentlichung des Whitepapers sei „unangekündigt“ und „explizit“ entgegen einem in der Gesellschafterversammlung der gematik gefassten Beschluss erfolgt, hatte Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), auch

im Namen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztle- und der Bundeszahnärztekammer, des Deutschen Apothekerverbands, der Deutschen Krankenhausesgesellschaft, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und des Verbands der Privaten Krankenversicherung in einem Brief an gematik-Geschäftsführer Dr. Markus Leyck Dieken moniert: Die Gesellschafterversammlung habe die Neuausrichtung der TI zwar diskutieren, aber (noch) nicht veröffentlichen wollen. Außerdem habe es zunächst eine Machbarkeitsanalyse geben sollen.

Das Vorgehen der gematik sei „unabgestimmt“ und damit „kontraproduktiv“; ein Großteil der Überzeugungsarbeit, die die Körperschaften im Hinblick auf die Einführung neuer Anwendungen wie die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept geleistet hätten, sei durch die Veröffentlichung zunichte gemacht, bedauerte Pochhammer damals. So hätten sich Ärzte und Zahnärzte darüber beschwert, dass sie TI-Komponenten anschaffen müssen, die laut Whitepaper langfristig gar nicht mehr benötigt würden. – Nun scheinen die Wogen geglättet zu sein: Ende September hat die Gesellschafterversammlung die Modernisierung der TI laut einer Pressemitteilung der gematik „100%-einstimmig“ beschlossen.



Damit entsprechen die Gesellschafter zumindest zum Teil auch einer gesetzlichen Vorgabe: Das im Juni 2021 in Kraft getretene „Digitale-Versorgung und-Pflege-Modernisierungsgesetz“ (DVPMG) schreibt unter anderem die Entwicklung eines nicht näher definierten „Zukunftskonnektors“ oder eines „Zukunftskonnektordienstes“ und die Ablösung der elektronischen Gesundheitskarte als Speicherort von Daten – mit Ausnahme der Stammdaten – vor. Überdies beauftragt das DVPMG die gematik, bis zum 1. April 2022 die Voraussetzungen für die Einführung von „sicheren, interoperablen und nicht datengebundenen digitalen Identitäten für Versicherte und Leistungserbringer“ zu schaffen.

### Schrittweise Umstellung bis Ende 2025

In einem fünfseitigen Papier mit dem Titel „Umsetzung TI 2.0: Botschaften und begleitende nutzerorientierte Kommunikation“ erläutert die gematik ihre Strategie: Die Telematikinfrastruktur müsse sich weiterentwickeln, da sie technologisch zum Teil auf Überlegungen und Prämissen aus den 2000er Jahren basiere, heißt es dort zu den Gründen für die Notwendigkeit einer TI 2.0. Zudem hätten sich auch die Bedürfnisse der Nutzer – dazu zählen Versicherte, aber auch „Leistungserbringer“, Krankenkassen und Gesundheitsunternehmen – geändert; Stichwort: mobile Anwendungen. Die Umstellung auf die TI 2.0 soll nach den derzeitigen Plänen schrittweise – bis Ende 2025 – und im Hintergrund erfolgen – „minimalinvasiv“. Bestehende Anwendungen erhielten „automatisch“ die neuen TI 2.0-Funktionalitäten. Das reduziere die Migrationsrisiken und gewährleiste einen durchgehenden stabilen Betrieb, ist die gematik überzeugt. Für alle Nutzer werde „transparent“ dargestellt, ob eine Anwendung bereits der neuen Architektur entspricht. Zudem werde man Neuerungen zunächst „im kleinen Maßstab in ersten Anwendungen“ einführen, bevor sie flächendeckend nutzbar gemacht würden. Bereits während der Konzeption will die gematik

sich künftig etwa mit maßgeblichen behördlichen Stellen für die Informationssicherheit und den Datenschutz sowie Herstellern und Anbietern von Komponenten und Diensten abstimmen: Das stelle sicher, dass die Vorhaben „umsetzbar“ sind und notwendige Anpassungen frühzeitig vorgenommen werden können.

### Eckpunkte der TI 2.0

Ein besonderes Augenmerk werde „auf den Nutzen für die Patienten, die Wirtschaftlichkeit und auf eine Verbesserung der Versorgungsprozesse“ gelegt werden, versichert Leyck Dieken. Die TI 2.0 ziele insbesondere auf eine „Verringerung der Komplexität für alle Beteiligten und eine Erhöhung der betrieblichen Stabilität“, so die gematik. Die Anwendungen der TI müssten „möglichst einfach“ in die täglichen Arbeitsabläufe integriert sein. Kernanforderungen seien „rechtssichere digitale Identitäten, eine vertrauenswürdige IT-Sicherheit und Datenschutz sowie interoperable Schnittstellen.“

Konkret bedeutet das: Smartcards wie die elektronische Gesundheitskarte, der elektronische Heilberufsausweis und die SMC-B sollen in Zukunft nicht mehr ausschließliches Authentifizierungsmittel sein; zusätzlich werden elektronische Identitäten eingeführt. Dabei übernehmen von der gematik zugelassene „Identitätsprovider“ die Authentifizierung der Nutzer, nicht mehr der Dienst selbst. Die Nutzer müssen sich dazu nur einmal am Identitätsprovider anmelden und können danach alle Anwendungen nutzen.

Während ein geschlossenes Netz bisher wesentliches Element der TI-Sicherheitsarchitektur war, wird es in der TI 2.0 kein zentrales Netz mit physischen Zugangspunkten und Konnektor mehr geben. Nutzer, die sich mit Smartcard oder elektronischer Identität authentisiert haben, erhalten Zugriff auf alle Dienste der TI 2.0 – über das Internet mittels eigener Endgeräte, am PC oder mobil.

Die Sicherheit der TI 2.0 soll über das Prinzip des „Zero Trust Networking“ gewährleistet werden. Dabei ist jede Verbindung „Ende-zu-Ende“ abgesichert, beide Seiten jeder Verbindung müssen sich gegenseitig authentisieren. Hinzu kommen die Registrierung und die Attestierung der genutzten Geräte und Systeme zur Missbrauchserkennung bei den Diensten der TI.

Den Kern der Sicherheitsarchitektur der TI 2.0 soll ein Regelwerk bilden, das die rechtlichen, organisatorischen und technischen Normen etabliert. Erarbeitet werden soll es von den „sektorverantwortlichen Stellen“ – im Falle der Zahnärzte also von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung – gemeinsam mit der gematik. Geregelt werden sollen darin Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit, Funktionalität, Interoperabilität und Verfügbarkeit. ►►



Smartcards sollen künftig weiter der Authentifizierung innerhalb der TI dienen – neben elektronischen Identitäten.



Die Sicherheit der TI 2.0 soll über das Prinzip „Zero Trust Networking“ gewährleistet werden.

- Aufgrund der „universellen Erreichbarkeit“ sollen die benötigten Daten und Abläufe aus verschiedenen Diensten einfacher zusammengeführt werden können. Die Ablösung des Konnektors soll nach derzeitigem Stand bis Ende 2025 realisiert sein. Neue Anwendungen wie der TI-Messenger TIM oder die geplante elektronische Patientenakte werden bereits gemäß den TI 2.0-Prinzipien eingeführt.

### Erleichterung des Arbeitsalltags

Für die Heilberufler werde mit der TI 2.0 die technische Komplexität der Telematikinfrastruktur abnehmen, verspricht die gematik: Sie werde daher den Arbeitsalltag erleichtern. Heilberufler müssten sich weniger um technische Fragen kümmern – bei gleichem Sicherheitsniveau – und gewinnen mehr Zeit für das Wesentliche: ihre Patienten. Überdies eröffneten sich Möglichkeiten zur mobilen Patientenversorgung. Darüber hinaus reduzierten sich in der TI 2.0 die jährlichen Betriebskosten. Als weitere Vorteile listet die gematik den Wegfall des Konnektors und die Verlagerung von IT-Sicherheitsfragen in „Rechenzentren“ auf.

Für Versicherte bringe die TI 2.0 mehr Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung „bei einem weiterhin hohen Schutzniveau ihrer persönlichen Daten“ sowie eine „grundsätzliche Vereinfachung in der Nutzung der Anwendungen“. Für die gesetzliche und die private Krankenversicherung bedeute die TI 2.0 „mehr Wirtschaftlichkeit und sinkende Betriebskosten“, erläutert die gematik weiter. Durch mobile Angebote und Gesundheitsleistungen könnten die Kassen zudem ihr Leistungsspektrum für die Versicherten erweitern.

### KZBV-WV: Keine zusätzlichen Sicherheitsanforderungen für die Praxen!

Die TI 2.0 werde einen „wesentlichen Beitrag“ leisten, um die Akzeptanz für digitale Anwendungen im Gesundheitswesen zu steigern und so die Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland weiter voranzubringen“, glaubt die gematik. An ihr liegt es nun, ein funktionierendes und praxistaugliches Konzept für den Umstieg zu finden. Skepsis scheint angesichts der Einführung der TI 1.0, die geprägt ist von Verzögerungen, unzureichenden Tests, zu

knappen Fristen und Sanktionen, durchaus angebracht. So kann etwa Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Pläne für die nächste Generation der TI laut einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts zwar grundsätzlich nachvollziehen. Dennoch sprach er bezüglich des Umstiegsprozesses von einer „Operation am offenen Herzen“.

Die Vertreterversammlung der KZBV hatte gematik und Gesetzgeber bereits im Juli vorsorglich dazu aufgefordert, die bei der Konzeption der TI 2.0 auftretenden sicherheitstechnischen und datenschutzrechtlichen Fragen „ausreichend“ zu berücksichtigen und vor Einführung der TI 2.0 sowie im Rahmen der begleitenden Gesetzgebung „abschließend“ zu klären. Dabei sei zu beachten, dass die praktische, informationstechnische und (haftungs-)rechtliche Sicherheit der vertragszahnärztlichen Praxen gewahrt bleibe – ohne ihnen zusätzliche Sicherheitsanforderungen aufzubürden. „Angesichts der Tragweite der geplanten Umstellung erwarten wir [...], dass die Einführung der TI 2.0 erst dann umgesetzt wird, wenn der wirtschaftliche, technische und datenschutzrechtliche Rahmen verbindlich und zufriedenstellend bewertet werden können“, hatte Pochhammer dazu ausgeführt.

Wichtig sei der KZBV außerdem, durch den „online- und smartphonezentrierten Fokus der TI 2.0“ keine Patientengruppen, insbesondere ältere Menschen, auszuschließen. Reine Online-Szenarien in der TI eröffneten nicht jedem die Chance, „am Komfort dieser Technik teilzunehmen“, hatte Pochhammer zu bedenken gegeben. Oberstes Ziel müsse der Nutzen für die Verbesserung der Patientenversorgung sein – die TI 2.0 dürfe daher nicht auf „Smartphone-optimierte Online-Szenarien“ reduziert werden, hieß es auch im entsprechenden Beschluss der KZBV-WV. ■

Kirsten Behrendt

Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr. 11/2021

i

In der Gesellschafterversammlung der gematik hält das Bundesgesundheitsministerium seit Mitte 2019 51 Prozent der Anteile, die übrigen 49 Prozent verteilen sich auf Bundesärzte- und Bundeszahnärztekammer, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den Deutschen Apothekerverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung.

# KV45: Lauterbach „erbt“ ein immer größeres Defizit

**D**ass er als SPD-Bundesgesundheitsminister „geleerte Säckel“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von seinem CDU-Vorgänger „erbt“, das dürfte Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (58) hinreichend bekannt sein. Auch, dass die am 3. Dezember 2021 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten GKV-Finanzdaten für die ersten neun Monate des Jahres 2021 (gem. Formblatt KV45) kaum mit denen der Vorjahre vergleichbar sind. Die Corona-Pandemie wirbelte alles durcheinander. Fest steht: Das „erwirtschaftete“ Defizit der GKV im Jahr 2021 vergrößerte sich zum Stichtag 30. September 2021 auf nunmehr 3,168 Mrd. €. Dem Gesundheitsfonds flossen weiter zwei Mrd. € ab, so dass bei ihm – wenn die Staatszuschüsse nicht gewesen wären – der Bodensatz schon längst erkennbar gewesen wäre. Über einen großen finanziellen Spielraum verfügt das den Fonds verwaltende Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nicht mehr.

Das Finanzbild wäre noch mieser ausgefallen, hätte ein großer Teil der 102 noch existierenden Kassen gem. den Vorgaben des § 272 SGB V nicht fast sechs Mrd. € aus ihren Finanzreserven dem Fonds „zugeführt“. Dennoch konnte es sich der scheidende CDU-Minister Jens Spahn MdB (41) nicht verkneifen, die Auswirkungen seines über dreijährigen Regiments in der Berliner Friedrichstraße medial hochzujubeln. Indem er nämlich u.a. versuchte, den Stand der aktuellen Finanzreserven zum Stichtag in Höhe von 13,6 Mrd. € als „normalen“ Zustand darzustellen. Dabei weiß jeder kundige Thebaner, dass bei seinem Amtsantritt 2018 sich viel, viel Geld in der GKV angesammelt hatte. Geld der Beitragszahler, das der Ahauser Politiker durch verschiedene „Zückerle“ im Laufe der Zeit verpulverte. Recht zynisch klingt auch die BMG-Behauptung, dass die Summe von 13,6 Mrd. € genau 0,58 Monatsausgaben entspreche und „damit im Durchschnitt in etwa dem Dreifachen der gesetzlichen vorgesehenen Mindestreserve“. Vor allem für die, die sich daran erinnern, dass es Spahn selbst war, der die Vorgaben für die Mindestreserven gesetzlich nach unten schrauben ließ. Immerhin, für die pandemiebedingten Aufwendungen blieb nicht alles bei



Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB

den Körperschaften hängen. Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds „bediente“ das BAS bis Ende September 2021 Kosten z.B. für Ausgleichzahlungen an die Krankenhäuser, für Tests, die verkorkste Impfkampagne oder auch für Schutzmasken in Höhe von 15,277 Mrd. €. Etwas mehr als 15 Mrd. € erstattet davon der Bund dem Fonds.

Schaut man sich die Ausgaben der sechs Kassenarten an, so fällt auf, dass z.B. die Ortskrankenkassen bei den Verwaltungsausgaben punkteten und damit das gesamte GKV-Ergebnis verwischten. Die elf AOK-Schwester, das gestand auch das BMG ein, dürften mittlerweile den Aufbau der Altersrückstellungen für ihre Beschäftigten abgeschlossen haben. Da diese in 2020 erhebliche Finanzmittel banden, war auch die Höhe der Abführungen nicht so exorbitant wie erwartet. In 2021 können so keine weiteren bilanziellen Wirkungen erzielt werden. Ansonsten zeigen die verschiedenen Sektoren, wie sich die Bevölkerung in den vergangenen Quartalen verhielt. Man scheute den ständigen Gang ►►

► in die ärztliche Praxis, was nur ein geringes GKV-weites Plus bei den Ausgaben für die Vertragsärzteschaft zur Folge hatte. Vor allem bei den beiden großen Kassenarten, dem „grünen Lager“ der AOKen und dem „blauen“ der Ersatzkassen, hielten sich die Zuwächse in Grenzen. Ganz anders im zahnärztlichen Bereich. Hier scheinen einige zeitlich nach hinten verschobene Behandlungen nachgeholt worden zu sein. Wobei der jeweils zweistellige Zuwachs zu 2020 mit Vorsicht zu genießen ist, brachen doch im vergangenen Jahr die Aufwendungen für die Zahnärzte mangels ausreichendem Schutzschirm massiv ein. Auch müsste man sich die Monatsausgaben bzw. die für die drei einzelnen Quartale genauer ansehen. Angesichts der diversen Corona-Wellen ist davon auszugehen, dass sich auch das Verhalten der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen entsprechend abbildet. Die Zuwachsraten für die Heilmittel-Erbringer sind politisch gewollt und gewünscht. Etwas verfälscht dürften auch die Werte für den stationären Bereich sein, da manche verpflichtende „Buchung“ der Kassen auf Schätzungen erfolgt bzw. die Prüfungsintensität angesichts der Corona-Pandemie abgenommen haben dürfte. Bedenklich ist aber der horrende Zuwachs bei den Arzneimittelkosten. Mit einem Brutto-Umsatz von 36,19 Mrd. € ist dieser Bereich wieder einmal kurz davor, zum zweit teuersten der GKV zu werden. Aber: „Abgerechnet wird erst zum Schluss“ und damit das Jahr 2021 erst im Frühjahr 2022. ■

\_\_\_\_\_ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 47-21, 26.11.2021

## AUSGABEN DER KRANKENKASSEN IM VERGLEICH ZUM I. – III. QUARTAL 2020 IN PROZENT

Veränderungsrate je Versicherten

	GKV	
	Absolut	je Vers.
Ärztliche Behandlung	1,81	1,78
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	10,04	10,01
Zahnersatz insgesamt	21,55	21,50
Arznei- u. Verbandmittel insgesamt	6,24	6,21
Summe Hilfsmittel	5,24	5,21
Summe Heilmittel	16,44	16,41
Krankenhausbehandlung insgesamt mit stationärer Entbindung	3,38	3,34
Krankengeld	3,15	3,12
Fahrkosten	6,21	6,17
Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	8,48	8,45
Schutzimpfungen	4,22	4,19
Früherkennungsmaßnahmen	12,57	12,53
Leistungen bei Schwangerschaft / Mutterschaft ohne stat. Entbindung	5,23	5,19
Häusliche Krankenpflege	6,69	6,65
Dialyse	- 0,72	-0,75
<b>Ausgaben für Leistungen insgesamt</b>	<b>5,10</b>	<b>5,07</b>
<b>Netto-Verwaltungskosten (Netto-VwK)</b>	<b>-1,23</b>	<b>-1,26</b>
<b>Ausgaben insg. für Leistungen und Netto-VwK</b>	<b>4,82</b>	<b>4,78</b>

## Änderung in der Ausbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten in spezialisierten Praxen



### Bitte beachten Sie die folgende wichtige Änderung der Vorgaben für die Berufsausbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA).

Im Jahr 2014 wurde festgelegt, dass Auszubildende, die in spezialisierten Praxen (z.B. KFO, MKG) ausgebildet werden, mindestens ein Drittel ihrer Ausbildungszeit in einer allgemein Zahnärztlich tätigen vertragszahnärztlichen Praxis absolvieren müssen.

Im Rahmen einer Neubewertung der rechtlichen Rahmenbedingungen und unter Würdigung der allgemeinen Lage der Ausbildungssituationen hat der Vorstand der Zahnärztekammer Niedersachsen gegen Ende des Jahres 2021 beschlossen, diese Regelung zu modifizieren. Ausbildungsbetriebe aus den folgenden Bereichen

- Kieferorthopädie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Oralchirurgie
- reine Kinderzahnarztpraxen
- Bundeswehr und
- ausschließlich privat Zahnärztlich tätige Praxen

müssen ihre Auszubildenden ab sofort nur noch für 3 Monate in eine allgemein Zahnärztlich tätige vertragszahnärztliche Praxis zu Ausbildungszwecken entsenden. Wie bisher auch, sind die Ausbildungsbetriebe weiterhin dafür verantwortlich, dass die Inhalte der Ausbildungsordnung vollständig vermittelt werden. Längere Aufenthalte in einer vertragszahnärztlichen Praxis sind selbstverständlich möglich. Diese Regelung gilt auch für bereits bestehende Ausbildungsverträge, ggf. ist der Ausbildungsvertrag entsprechend einvernehmlich zu ändern. ■

\_\_\_\_\_ Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Präsident der ZKN  
 Dr. Carsten Vollmer, Referent im ZKN-Vorstand für das Zahnärztliche Fachpersonal

# Neue Rechengrößen ab 2022



Foto: © stockadobe.com - Zerbor

Jedes Jahr werden die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung an die Einkommensentwicklung angepasst. Der Bundesrat hat die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022 gebilligt. Die Rechengrößen werden jedes Jahr an die Entwicklung der Einkommen angepasst, um die soziale Absicherung stabil zu halten. Ohne diese Anpassung würden Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung – trotz steigenden Lohns – im Verhältnis geringere Renten bekommen. Denn für Einkommen über der Bemessungsgrenze werden keine Beiträge geleistet und somit keine Rentenansprüche erworben.

## Veränderungen in der Rentenversicherung

Ab 1. Januar 2022 steigt die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (Ost) auf 6.750 Euro im Monat (2021: 6.700 Euro). In den alten Ländern sinkt sie auf 7.050 Euro im Monat (2021: 7.100 Euro). In der knappschaftlichen Rentenversicherung (Ost) steigt sie auf 8.350 Euro im Monat (2021: 8.250 Euro). Die Beitragsbemessungsgrenze (West) sinkt auf 8.650 Euro im Monat (2021: 8.700). Das Durchschnittsentgelt in der Rentenversicherung, das zur Bestimmung der Entgeltpunkte im jeweiligen Kalenderjahr dient, wird für das Jahr 2022 vorläufig auf 38.901 Euro im Jahr (2021: 41.541 Euro) festgesetzt. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze ist das Einkommen eines Beschäftigten beitragspflichtig, alles darüber ist beitragsfrei.

## Keine Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird bundeseinheitlich festgesetzt. Sie beträgt ab 1. Januar 2022 unverändert 64.350 Euro im Jahr. Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV bleibt ebenfalls unverändert bei 58.050 Euro im Jahr.

Bis zur Versicherungspflichtgrenze müssen Beschäftigte gesetzlich krankenversichert sein. Wer über diesen Betrag hinaus verdient, kann sich privat krankenversichern lassen.

## Rechengrößen ab 1. Januar 2022 im Überblick:

Rechengröße	West	Ost
Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung	7.050 Euro pro Monat	6.750 Euro pro Monat
Beitragsbemessungsgrenze in der knappschaftlichen Rentenversicherung	8.650 Euro pro Monat	8.350 Euro pro Monat
Versicherungspflichtgrenze in der GKV	64.350 Euro pro Jahr (5.362,50 Euro pro Monat)	
Beitragsbemessungsgrenze in der GKV	58.050 Euro pro Jahr (4.837,50 Euro pro Monat)	
Beitragsbemessungsgrenze in der Arbeitslosenversicherung	7.050 Euro pro Monat	6.750 Euro pro Monat
Vorläufiges Durchschnittsentgelt für 2022 in der Rentenversicherung	38.901 pro Jahr	
Bezugsgröße in der Sozialversicherung	3.290 Euro pro Monat	3.150 Euro pro Monat

## Berechnungsgrundlagen der Rechengrößen

Die Rechengrößen bilden die in der Corona-Pandemie bedingte Lohnentwicklung ab. Die Grundlage der jährlichen Berechnung der Beitragsbemessungsgrenze West ist die Lohnzuwachsrate West. Sie lag im Jahr 2020 bei -0,34 Prozent. Die Beitragsbemessungsgrenze Ost wird aus dem Rentenüberleitungsabschlussgesetz abgeleitet. Dort wurden die Umrechnungswerte für die Rechengrößen Ost für 2019 bis 2024 bereits endgültig festgelegt. Für die GKV ist die bundesweite Einkommensentwicklung maßgebend. Hier lag der Wert im Jahr 2020 bei -0,15 Prozent. ■

\_\_\_\_\_ [www.bundesregierung.de](http://www.bundesregierung.de) vom 26.10.2021

**ACHTUNG:** Neuer Mindestlohn ab 01.02.2022: EUR 9,82 pro Arbeitsstunde! Das entspricht 10,5 Wochenstunden beim 450-Euro-Job! \_\_\_\_\_ NZB-Redaktion



Foto: © KZBV/Knof

# Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

- DEMONSTRATION DER EINIGKEIT ZWISCHEN BZÄK,  
KZBV UND WISSENSCHAFT
- FORDERUNGSKATALOG AN DIE NEUE BUNDESREGIERUNG

## U

nter strengen Hygienemaßnahmen und deren lückenloser Kontrolle fand am 24./25. November 2021 in Düsseldorf die 60-köpfige Vertreterversammlung (VV) der KZBV statt.

### Einigkeit als zentrales Anliegen

Zunächst dankte der KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer dem ehemaligen Präsidenten der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Engel, den er als „langjährigen standespolitischen Weggefährten“ bezeichnete, für die gemeinsame Arbeit. Der Wunsch nach intensiver und abgestimmter Zusammenarbeit war es auch, mit dem Eßer seinen standespolitischen Vortrag begann und den der anwesende Präsident der BZÄK, Prof. Dr. Benz in einem Grußwort ebenso betonte. Einigkeit statt Besserwisserei als ein deutliches Signal der Körperschaften im Einklang mit der Wissenschaft

## KZBV

nach außen, forderte Eßer. Im weiteren Verlauf ging er auf das Koalitionspapier ein und auf die Folgen einer wirtschaftsliberalen Politik. In dem Papier sei kein Wort zur Stärkung von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung zu lesen. Von einer neuen Regierung forderte Eßer Planungssicherheit für den Berufsstand und das Ende des „absolut unerträglichen Bürokratiewahnsinns“, der ohne Nutzen für die Versorgung sei. „Die Praxen brauchen eine stabile, sichere und alltagstaugliche TI“, forderte er. Und einmal mehr prangerte er die fortschreitende Vergewerblichung und Kommerzialisierung des Gesundheitssystems an. Der Gesetzgeber solle sich auf eine sinnvolle Rahmensetzung beschränken und der Selbstverwaltung ohne kleinteilige Regelungsvorgaben und Sanktionen den notwendigen Gestaltungsspielraum einräumen.



V.l.n.r.: Martin Hendges, Dr. Georg Pochhammer (stellv. Vorsitzende der KZBV), Dr. Peter Engel (ehemaliger Präsident der BZÄK), Dr. Wolfgang Eßer (Vorsitzender des Vorstandes der KZBV)

### Podiumsdiskussion

In einer Diskussionsrunde, die durch den dzw-Redakteur Dr. Helge David moderiert wurde, zeigten der KZBV-Vorsitzende sowie der BZÄK-Präsident und der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Prof. Dr. Roland Frankenberger, Einigkeit in der Einschätzung von Fehlentwicklungen und Schulterchluss bezüglich der Forderungen an die neue Bundesregierung. Es wurde mehr Respekt gegenüber den Heilberufen und insgesamt weniger staatliche Eingriffe gefordert. Und die Politik müsse der Freiberuflichkeit mehr Raum geben. Der BZÄK-Präsident betonte die Veränderungen in der Zahnmedizin. Das Behandlungsspektrum habe sich angesichts rückläufiger Zahlen bei Extraktionen, Füllungen und Wurzelbehandlungen bei gleichzeitig steigendem Bedarf an Behandlungen parodontaler Erkrankungen und im Be-



Podiumsdiskussion. V.l.n.r.: Dr. Wolfgang Eßer (KZBV-Vorsitzender), Prof. Dr. Christoph Benz (Präsident der BZÄK), Dr. Helge David (dzw/Moderator), Prof. Dr. Roland Frankenberger (Präsident der DGZMK)

reich der Alterszahnmedizin und der Prävention geändert. Prof. Dr. Frankenberger berichtete von den Schwierigkeiten, die die Zahnmedizin im Bereich Forschung und Lehre angesichts chronischer Unterfinanzierung habe.

### W und KZVen erreichen Entschärfung im Infektionsschutzgesetzes

Für anhaltende Geschäftigkeit und Empörung sorgte eine Meldung über eine neue Regelung im Infektionsschutzgesetz, nach der Zahnarztpraxen verpflichtet werden sollten, jeden Tag sämtliche Beschäftigten einer Praxis, auch Geimpfte, sowie sämtliche Besucher (nicht Patienten) zu testen und parallel umfangreichste Dokumentationen an die Gesundheitsämter verfassen zu müssen.

Nach dem Bekanntwerden dieser verschärften Regelungen standen alle Vorstände in dauerndem Telefon- und Mail-Kontakt mit ihren KZVen, um bezüglich der Testverordnung umgehend auf die Aufsichtsbehörden einzuwirken.

Durch die Interventionen der W und in Niedersachsen durch die Initiative von ZKN und KZVN wurden diese Regelungen durch das niedersächsische Sozialministerium umgehend entschärft.

Die beiden stellvertretenden Vorsitzenden der KZBV berichteten aus ihren Ressorts. So sprach Martin Hendges mit Blick auf die Leistungsbeschreibungen für die neue Richtlinie zur Unterkieferprotrusionsschiene (UPS) zum 1. Januar 2022 von erfolgreichen Verhandlungen. Zum 01. Juli des Jahres solle auch der elektronische Heil- und Kostenplan verfügbar sein.

Dr. Georg Pochhammer berichtete schwerpunktmäßig über die Telematik und somit über „nichts Gutes“, wie er sich ausdrückte.

### Resolutionen und Beschlüsse

Der Diskussion folgte die Abstimmung über die eingebrachten Anträge. Unter Betonung der bewiesenen Leistungsfähigkeit des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems und der Selbstverwaltung wurden in mehreren Resolutionen zentrale Forderungen für Rahmenbedingungen von der neuen Bundesregierung erhoben. Zu ihnen gehören:

- ▶ Erhalt und Förderung von Freiberuflichkeit und Stärkung der Selbstverwaltung,
- ▶ Eindämmung der Vergewerblichung und Kommerzialisierung,
- ▶ Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung durch dauerhafte Abschaffung von Obergrenzen und Budgetierungen,
- ▶ Erhalt des dualen Systems von GKV und PKV,
- ▶ Ausbau und Förderung der Prävention,
- ▶ wirksamer Abbau von Bürokratie.

Die Vertreterversammlung der KZBV forderte die neue Bundesregierung dazu auf, den erforderlichen Gestaltungsspielraum für die Selbstverwaltung wiederherzustellen, sich im Rahmen ihrer Aufsichtspflichten streng auf die Rechtsaufsicht zu beschränken und zu einem von gegenseitigem Vertrauen, Respekt und Kooperation geprägten Miteinander zurückzufinden. ▶▶



Die Delegierten aus Niedersachsen: Dr. Thomas Nels, Dr. Jürgen Hadenfeldt, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Thomas Koch, Dr. Stefan Liepe



Dr. Jürgen Hadenfeldt (stellv. Vorsitzender der KZVN)

► Dem seit Jahren stetig wachsenden Anteil investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren und den damit einhergehenden Gefahren für die Sicherstellung einer umfassenden und flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung solle durch Kennzeichnungspflicht und Schaffung eines gesonderten MVZ-Registers entgegengewirkt werden. Und Gründungen von MVZ durch Krankenhäuser sollten an einen engen fachlichen und räumlichen Bezug zu deren Versorgungsauftrag gekoppelt werden.

Gesetzgeber und „gematik“ wurden gleichermaßen aufgefordert, beim weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur bei jeder Anwendung vor der Inbetriebnahme deren stabilen Betrieb sicherzustellen. Schnelligkeit um jeden Preis solle vermieden werden. Die Frist für die Einführung des elektronischen Rezepts (eRezept) und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) müsse mindestens bis zum 31.12.2022 aufgrund der fehlenden praktischen Umsetzungsmöglichkeiten verlängert werden. Darüber hinaus lehnte die VV Sanktionen bei der Einführung der ePA ausdrücklich ab.

Durch adäquate Vergütungsmechanismen sollten alle unmittelbaren und mittelbaren Kosten der durch den Gesetzgeber vorgegebenen Digitalisierung berücksichtigt und den Zahnarztpraxen diese Aufwände refinanziert werden, forderte die VV.

Mit „großer Sorge“ um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten beobachtet die KZBV die zunehmenden Aktivitäten von Start-up-Unternehmen, die kieferorthopädische Behandlungen mit Alignern per Postzustellung, ohne fachlich adäquate Diagnostik und ohne regelmäßige klinische Überwachung bewerben und verkaufen. Die Vertreterversammlung der KZBV unterstützt vor diesem Hintergrund die gemeinsame Erklärung „Zur Fernbehandlung von Zahn- und/oder Kieferfehlstellungen“ der „EFOSA“ (European Federation of Orthodontic Specialists Associations). Die VV forderte die Ordnungsgeber auf, „endlich die

weiterhin völlig ungebremst ausufernde Bürokratie im Praxis- und Klinikalltag einzudämmen und im ersten Schritt den Bürokratieabbau anhand eines von der Zahnärzteschaft formulierten Maßnahmenkataloges umzusetzen“. Die Bürokratielast einer Zahnarztpraxis habe ein absolut unerträgliches Maß erreicht, ohne irgendeinen erkennbaren Nutzen zu stiften, begründet die VV den Beschluss.

Alle Beschlüsse der VV sowie die Reden der Vorstandsmitglieder der KZBV finden sich unter:

→ <https://t1p.de/k77w>

(<https://www.kzbv.de/beschluesse-der-11-vertreterversammlung-am-24-25.856.de.html>) und

→ <https://t1p.de/1kvc>

(<https://www.kzbv.de/11-vertreterversammlung.504.de.html>)

Der 122-seitige Geschäftsbericht für 2020/2021 ist unter

→ [www.kzbv.de/gb2021](http://www.kzbv.de/gb2021) einsehbar.

Im Rahmen der Besprechung des Jahresabschlusses und des Haushaltsplanes stellte Dr. Pochhammer die Notwendigkeit einer Beitragserhöhung fest. Nach acht Jahren sei eine Erhöhung um 2,60 Euro je KZV-Mitglied und Monat nunmehr unumgänglich. ■ \_\_\_\_\_/loe



#### Hintergrund:

#### Die Vertreterversammlung der KZBV

Die Vertreterversammlung ist das wichtigste Selbstverwaltungsorgan der KZBV und oberstes Entscheidungsgremium der fast 63.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmen. Gesetzlich vorgeschriebene Mitglieder sind die oder der Vorsitzende jeder Kassenzahnärztlichen Vereinigung.



# Erste-Hilfe-Material in der Praxis – Normänderung

**DIE NEUE DIN 13157 STAND 2021  
(DIN 13157:2021)**



Foto: © stock.adobe.com - aif

**D**as Deutsche Institut für Normung (DIN) hat zum 01.11.2021 die geänderten Normen bzgl. des Erste-Hilfe-Materials (DIN 13157 für bis zu 20 Beschäftigte und DIN 13169 bei 21 und mehr Beschäftigten) veröffentlicht. Bis spätestens zum Ende der Übergangsfrist am 30.04.2022 sollte der Inhalt des praxisinternen Erste-Hilfe-Materials an die Normänderung angepasst werden.

## Welches Erste-Hilfe-Material ist neu in der neuen DIN 13157?

Es sind keine Erste-Hilfe-Materialien entfallen.

## Die Mengen der Pflaster ändern sich in der neuen DIN 13157:

12 Stück Wundschnellverband 10 x 6 cm (bisher: 8 Stück)  
6 Stück Fingerkuppenverband 5 x 4 cm (bisher: 4 Stück)  
6 Stück Fingerverband 12 x 2 cm (bisher: 4 Stück)  
6 Stück Pflasterstrips 7,2 x 1,9 cm (bisher: 4 Stück)  
12 Stück Pflasterstrips 7,2 x 2,5 cm (bisher: 8 Stück)

Neu hinzugekommen sind 4 Stück Feuchttücher zur Reinigung unverletzter Haut. Zudem werden zukünftig 2 Gesichtsmasken (gemäß DIN EN 14683) mit aufgenommen.

Auch nach der Einführung der neuen DIN 13157 gilt: Im kleinen Erste-Hilfe-Material nach DIN 13157 sind die Mengen halb so viel vorhanden wie im großen Erste-Hilfe-Material nach DIN 13169 (Ausnahme: Schere, Inhaltsliste und Erste-Hilfe-Broschüre, immer jeweils nur 1 x vorhanden).

## Außenkennzeichnung der DIN 13157 Behältnisse:

Behälter, die nicht das exakte Maß von 255 mm x 166 mm x 80 mm aufweisen, mussten bislang zwei Aufdrucke vorweisen: Inhalt DIN 13157 und das weiße Erste Hilfe Kreuz auf grünem Untergrund. Nach der neuen DIN 13157:2021 muss kein weißes Erste Hilfe Kreuz auf grünem Untergrund mehr aufgebracht werden. Aber es darf weiterhin angebracht werden. Weitere Änderungen in der neuen DIN 13157

Es gibt noch weitere – jedoch für den Praxiseinsatz unwesentliche Änderungen: Behälter, die korrodieren können, müssen mit einem wirksamen Korrosionsschutz versehen werden. Dies war auch bislang der Fall, hieß in der Version 2009 jedoch Grundanstrich und Deckanstrich.

In der DIN 13157:2009 gab es noch Verweise auf die BGI/GUV-I 503, dieser Verweis wurde nun in der neuen DIN 13157 auf die bereits seit einigen Jahren geltende DGUV Information 204-006 abgeändert.

Die in der Erste-Hilfe-Ausrüstung befindlichen Einmalhandschuhe dürfen neben der Zertifizierung als medizinische Schutzhandschuhe (EN 455) auch alternativ als Chemikalienschutzhandschuhe (EN 374) zertifiziert sein.

## Sind Erste-Hilfe-Material, Verbandkästen und Erste-Hilfe-Koffer, welche die bisherige DIN 13157:2009 erfüllt haben, noch nach Veröffentlichung der neuen DIN 13157 erlaubt?

Ja! Es dürfen bisherige Behältnisse auch nach Veröffentlichung der Neuausgabe verwendet werden. Generell gilt: Die Anwendung von Normen ist grundsätzlich freiwillig. Normen sind nicht bindend, das unterscheidet sie von Gesetzen. Rechtsverbindlichkeit erlangen Normen, wenn Gesetze oder Rechtsverordnungen wie zum Beispiel EU-Richtlinien auf sie verweisen. Daneben können Vertragspartner die Anwendung von Normen auch in Vereinbarungen verbindlich festlegen.

Zukünftig von den Herstellern produziertes Erste-Hilfe-Material wird ab der Veröffentlichung nach der neuen DIN 13157 gefertigt werden. Das bestehende im Markt befindliche Erste-Hilfe-Material nach DIN 13157:2009 kann und darf aber immer noch verkauft und gekauft, aufbewahrt sowie eingesetzt werden. ■

\_\_\_\_\_  
Dr. Lutz Riefenstahl  
Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung

# Erfolgreicher Abschluss der AS Akademie

## EINE ZAHNÄRZTIN UND EIN ZAHNARZT AUS NIEDERSACHSEN ALS TEILNEHMER BERICHTEN

**I**m Rahmen einer feierlichen Veranstaltung haben wir am 4. Dezember erfolgreich den 11. Studiengang der „Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement“ (AS Akademie) in Berlin abgeschlossen.

Prof. Christoph Benz, wissenschaftlicher Leiter der AS Akademie und Präsident der Bundeszahnärztekammer, überreichte uns am Freitag unsere Zertifikate zum „Manager in Health Care Systems.“

14 Zahnärztinnen und 14 Zahnärzte aus 10 Bundesländern präsentierten im Berliner „dbb Forum“ ihre Zertifikatsarbeiten mit aktuellen und spannenden Themen. Niedersachsen wurde durch Dr. Juliane Schönfelder und Dr. Christian Raddatz vertreten.

Dr. Juliane Schönfelder sprach über die Arbeitsbedingungen angestellter Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niedersachsen.



Foto: Sandra Kühnappel

*V. r. n. l.: Die beiden erfolgreichen niedersächsischen Studiengangsteilnehmer Dr. C. Raddatz und Dr. J. Schönfelder neben Prof. Dr. C. Benz (BZÄK-Präsident und wissenschaftlicher Leiter des Studiengangs), Silke Lange und Christian Neubarth (ZKN- bzw. KZVN-Vorstandsmitglieder und ehemalige Studiengangsteilnehmer).*


In ihrer Arbeit, die anhand einer Umfrage erstellt wurde, sind verschiedene Parameter beleuchtet worden, wie die Geschlechterverteilung der Angestellten (der weibliche Anteil wird immer größer), den beruflichen Werdegang oder die Zufriedenheit. Es wurde auch untersucht, wie sich das Gehalt der Angestellten zusammensetzt und wo es in diesem Bereich Unterschiede gibt. 44% der Umfrageteilnehmerinnen und -nehmer gaben an, dass ihr Jahresgehalt allein aus dem Grundgehalt (monatliches Bruttogehalt) besteht, 56% hatten eine Umsatzbeteiligung. Im Vergleich der beiden Modelle hatten jene, die eine Umsatzbeteiligung hatten, am Ende ein höheres Jahresbruttogehalt in Relation zu den Arbeitsstunden. Interessant war aber auch die Frage nach den Zukunftsvisionen: 51% der Befragten wollen im Angestelltenverhältnis bleiben (Frauen sogar zu 61%). Schauen wir uns nun die Zahlen jener an, die in den nächsten 10 Jahren in Rente gehen, so wird deutlich, dass diese Zahlen nicht zusammenpassen und wir mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte motivieren sollten, den Weg in die Selbstständigkeit zu gehen.

Dr. Christian Raddatz hat sich in seiner Arbeit mit der Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung in Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern (MV) zwischen 2011 und 2019 auseinandergesetzt. Die Analyse der Dichte von Behandlerinnen und Behandlern im ländlichen, kleinstädtischen und städtischen Raum sowie die Altersverteilung und der Frauenanteil in der Zahnärzteschaft wurden mit demographischen Daten verglichen. In Niedersachsen sank im Untersuchungszeitraum die Versorgungsdichte im ländlichen Raum von 67 auf 65 Zahnärzte pro 100.000 Einwohner. Dieser geringe Rückgang bekommt eine andere Dimension, wenn man berücksichtigt, dass im ländlichen Raum 2019 47% der Zahnärzteschaft älter als 55 Jahre sind (in MV sogar 52%) und in absehbarer Zeit in Rente gehen werden. Konkret bedeutet das, dass in Niedersachsen in diesem Bereich bis 2032 1.740 Zahnärztinnen und -ärzte in den Ruhestand gehen werden. Die Feminisierung des Berufsstandes führt nicht zwangsläufig zu einer Verschlechterung des Versorgungsäquivalents. 2019 sind in MV ca. 60% der Zahnärzteschaft weiblich ohne nachweisbare Verschlechterung der Versorgung. Um einer zukünftigen zahnärztlichen Minderversorgung im ländlichen Bereich entgegenzuwirken, müssen vor allem effektivere Verwaltungsstrukturen geschaffen werden und regionale Maßnahmen erfolgen, wie digitale Stellenbörsen sowie Hilfestellung bei Berufsstart und Praxisgründung. Deutschlandweit sollte die Zahl der Studienplätze für Zahnmedizin erhöht werden, mit einem Strukturausgleich für finanzschwächere Bundesländer. Last but not least muss vorurteilsfrei über eine Rekrutierung von Zahnmedizinern aus Zuwanderung diskutiert werden.

Am 10. März 2022 wird der 12. Studiengang der AS Akademie starten. Auch dann wird Niedersachsen wieder von einer Zahnärztin und einem Zahnarzt vertreten sein und es gibt noch wenige freie Plätze.

Wir können nur jedem, der Interesse an Berufspolitik und Selbstverwaltung hat, diesen Studiengang empfehlen. Der Wissensgewinn ist immens und die Vorträge unterscheiden sich sehr von den fachlichen Fortbildungen, die überwiegend in unserem Beruf angeboten werden. Vor allem aber ist es der Austausch unter den Kommilitoninnen und Kommilitonen untereinander, der diesen Studiengang besonders macht. In der Zeit zwischen den Wochenendblöcken waren wir im ständigen Austausch über das aktuelle Geschehen und vor allem über die Coronapandemie, die uns schon seit Beginn des Studiums begleitet hat. Die Erfahrungen und auch die Informationen auf kurzen Kommunikationswegen waren uns im Alltag oft eine willkommene und wertvolle Hilfe.

Besonders stolz sind wir nicht nur, dass in dieser Zeit unserer wissenschaftlicher Leiter Prof. Dr. Christoph Benz, den wir in den zwei Jahren gut kennengelernt haben, zum Präsidenten der Bundeszahnärztekammer gewählt wurde, sondern



Nähere Informationen über sowie Anmelde-möglichkeiten für den im Februar beginnenden nächsten Studiengang der „Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement“ finden Sie bei Interesse unter: <https://zahnaerzte-akademie-as.de/>

auch, dass Mecklenburg-Vorpommern mit unserer Kommilitonin Stefanie Tiede eine neue Kammerpräsidentin hat.

Auch wenn noch ungewiss ist, wie die nächsten zwei Jahre bezüglich eventueller pandemiebedingter Tagungsbeschränkungen aussehen werden, so können wir doch versichern, dass eine Studiengangteilnahme bei der AS Akademie, unterstützt durch das Organisationstalent von Dipl.-Math. Inna Dabisch MPH, in jeder Hinsicht eine Bereicherung ist – gleich, ob in Präsenz, als Online- oder Hybridveranstaltung. ■

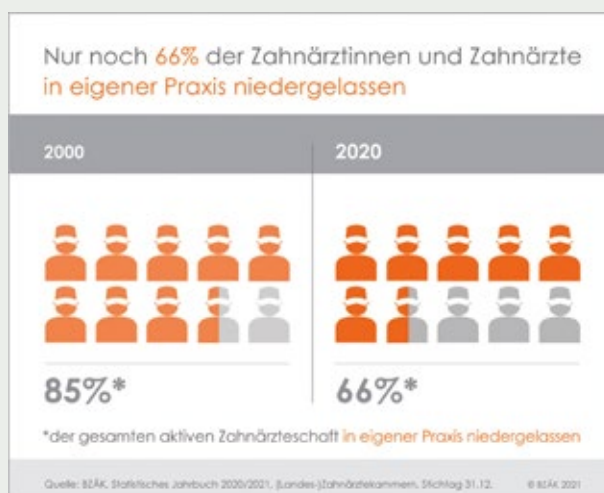
\_\_\_\_\_ Dr. Juliane Schönfelder, Hannover  
 \_\_\_\_\_ Dr. Christian Raddatz, Lindhorst

## In eigener Praxis: nur noch 65,8 Prozent der aktiven Zahnärzte- schaft

Zahlen zur Zahnmedizin im neuen Statistischen Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer

**4** 7.697 Zahnärztinnen und Zahnärzte waren zum 31.12.2020 in eigener Praxis niedergelassen – nur noch 65,8 Prozent der gesamten aktiven Zahnärzteschaft. Dies geht aus aktuellen Daten im Statistischen Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hervor. Im Jahr 2000 hatte dieser Anteil noch bei 85,2 Prozent gelegen.

Als Selbstständige tragen die Praxisinhaberinnen und -inhaber auch in Pandemiezeiten das unternehmerische Risiko sowie die Verantwortung für die wachsende Zahl angestellter Personen.



Den Praxen ist es gelungen, ihren Patientinnen und Patienten auch unter erschwerten Bedingungen eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten. Dies zeigen die Daten des Statistischen Jahrbuchs, das dieses Jahr einen Schwerpunkt auf die Auswirkungen der Coronakrise auf die Zahnarztpraxen und deren Beschäftigte legt. Weitere Zahlen zur Zahnärzteschaft, zur Mundgesundheit der Bevölkerung und zum Gesundheitsverhalten finden sich in der aktuell erschienenen Ausgabe. Das Statistische Jahrbuch 2020/2021 kann für 10,00 Euro zzgl. Versand über die BZÄK bestellt werden. ■

\_\_\_\_\_ BZÄK, Presseinformation

# Ästhetische Analyse für Komposite im Frontzahnbereich

## BESTIMMUNG VON ZAHNFARBE UND INDIVIDUELLER CHARAKTERISTIKA

Prof. Dr. Jürgen Manhart, München



### Zusammenfassung

In der Kompositschichttechnik geübte Behandler sind in der Lage, Frontzahndefekte auch bei Patienten mit höchsten Ansprüchen ohne ästhetische Kompromisse direkt zu versorgen. Um mit direkten Kompositrestaurationen vorhersagbar erfolgreiche Ergebnisse zu erzielen, die sich durch eine perfekte optische Integration in die umgebende Zahnhartsubstanz auszeichnen, ist zu Beginn eine profunde ästhetische Analyse der zu restaurierenden Zähne erforderlich, um anschließend mit Kompositmassen in verschiedenen Farben und Transluzenzabstufungen die direkte Restauration korrekt umzusetzen.

### 1. Einleitung

Bei Zahnbehandlungen im Frontzahnbereich spielt das ästhetische Resultat neben funktionellen Belangen eine dominante Rolle. Während für die Behandler beide Aspekte von großer Bedeutung sind, konzentrieren sich die meisten betroffenen Patienten vor allem auf das perfekte Aussehen der Restaurationen. Eine große Anzahl der Patienten hat heutzutage erfreulicherweise ein ausgeprägtes Zahnbewusstsein entwickelt und ist mittlerweile immer öfter auch bereit, für ein attraktives Lächeln entsprechende finanzielle Aufwendungen zu tragen.

Mit direkten Kompositrestaurationen kann man heute von minimal-invasiven Defektversorgungen über kavitätenlose Zahnumformungen bis hin zu umfangreichen Frontzahaufbauten, welche oft einen Großteil des Kronenvolumens eines Zahnes ersetzen ein breites Indikationsspektrum abdecken [1-4]. Bei korrekter Anwendung des Adhäsivprotokolls und mit entsprechender Übung in der polychromatischen Schichttechnik können direkte Kompositrestaurationen heutzutage in vielen Fällen mit den ästhetischen Ergebnissen von laborgefertigten Vollkeramikrestaurationen konkurrieren und gewährleisten gleichzeitig einen minimalinvasiven Umgang mit gesunder natürlicher Zahnhartsubstanz [2, 5, 6].

Bis auf wenige Ausnahmen, wie z.B. eine Notversorgung nach Trauma (Abb. 01 a und b) oder bei einer akuten Schmerztherapie, können Kompositrestaurationen im Frontzahnbereich geplant terminiert werden. Dabei sollte ein ausreichendes Zeitvolumen für die Behandlung berücksichtigt werden, um die Restaurationen in Ruhe optimal ausführen zu können, denn ästhetisch mangelhafte Frontzähne bzw. Frontzahnrestaurationen sind für die meisten Patienten eine deutliche Belastung [7, 8]. Eine Woche vor dem Behandlungstermin für die Anfertigung der Kompositrestauration sollte eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt werden, einerseits zur Entfernung extrinsischer Zahnverfärbungen, welche die exakte Bestimmung der Zahnfarbe stören würden, und andererseits zur Sicherstellung einer entzündungsfreien Gingivasituation.

### 2. Ästhetische Analyse und Informationen zur Farbauswahl

Zu Beginn der Behandlungssitzung wird als erste Maßnahme eine sorgfältige, umfassende ästhetische Analyse des Zahnes, mit genauer Charakterisierung der lichteptischen Eigenschaften und seiner internen und externen (Zahnoberfläche) morphologischen und strukturellen Merkmale, durchgeführt [9]. Die gesamte ästhetische Analyse wird unter standardisierten Lichtbedingungen am feuchten, nicht ausgetrockneten Zahn, vor dem Anlegen von Kofferdam und möglichst unter Ausschaltung starker Farbkontraste (z.B. Lippenstift entfernen oder bunte, intensiv gefärbte Kleidung mit einem neutralen Patientenumhang abdecken) ausgeführt [9-17]. Neben der Zahnfarbbestimmung, inklusive der Verteilung unterschiedlicher Farbareale über die zu restaurierende Oberfläche, werden dabei weitere für den ästhetischen Erfolg der Restauration wichtige Parameter erhoben [18, 19]. Dazu zählen die korrekte Analyse der transluzenten Bereiche (Schneidekante, evtl. proximale Schmelzanteile) und der opaken Areale des zu restaurierenden Zahnes (Abb. 02) sowie deren Dimensionen ebenso, wie die Feststellung, ob Dentinmamelons durch die Schmelzschicht hindurch sichtbar sind (Abb. 03), oder ob ein Halo-Effekt (Abb. 02) entlang der Inzisalkante ►►



Fotos: Prof. Dr. Jürgen Manhart

Abb. 01 a: Zustand nach komplizierter Kronenfraktur mit Eröffnung der Pulpa.  
 Abb. 01 b: Die Erstversorgung vor der notwendigen endodontischen Therapie wurde mit einem einfarbigen Kompositaufbau durchgeführt. Nach deren Abschluss erfolgte die definitive Restauration des Zahnes.



Abb. 02: Ästhetische Komplexität, die sich in den Oberkiefer-schneidezähnen einer jungen Patientin dokumentiert. Im Falle der Notwendigkeit einer Restauration müssen die ganzen Details analysiert und in diese Versorgung integriert werden. Nur dann erhält man eine natürlich wirkende Restauration.

Abb. 03: In den Schneidezähnen sind Mamelons durch die transluzenten Inzisalkanten des Zahnschmelzes als räumliche Struktureinheiten des Dentins zu erkennen.



Abb. 04 a: An den Unterkieferschneidezähnen eines älteren Patienten sind deutliche Verschleißspuren erkennbar. Der Schmelz der Inzisalkanten ist nahezu komplett abradiert und das Dentin ist bereits deutlich exponiert und braun verfärbt. Oral zeigen die dünnen Schmelzlamellen bereits erste Ausbrüche.  
 Abb. 04 b: Aus der inzisalen Ansicht kann man deutlich erkennen, dass sich aufgrund der geringeren Verschleißbeständigkeit des Dentins, im Vergleich zum Schmelz, leichte Vertiefungen im Zentrum der Inzisalkanten gebildet haben.



Abb. 05 a: Oberkieferschneidezähne eines älteren Patienten. Bei genauer Betrachtung erkennt man feine, leicht hellbraun pigmentierte, vertikal verlaufende Schmelzrisse.

Abb. 05 b: Oberkieferschneidezähne einer älteren Patientin. An Zahn 11 erkennt man einen dunkelbraun pigmentierten Schmelzriss, an Zahn 21 verläuft ein noch nicht infiltrierter, unverfärbter Riss im Zahnschmelz.

Abb. 05 c: Oberkieferschneidezähne eines älteren Patienten. An Zahn 21 erkennt man einen kräftigen Schmelzriss, der nicht über den kompletten labialen Verlauf intensiv dunkelbraun infiltriert ist.



Abb. 06 a: Singulärer White Spot auf der Labialfläche von Zahn 13.

Abb. 06 b: Generalisiert wolkig-diffus angeordnete weißliche Schmelzverfärbungen in den labial-incisalen Kronenhälften der Oberkieferschneidezähne.

Abb. 06 c: Die mittleren Schneidezähne weisen wolkig-diffus angeordnete weißliche Schmelzverfärbungen in den labial-incisalen Kronenhälften auf. Trotz der geringen Defektgröße an Zahn 11 muss zusätzlich zum Komposit eine weiße Malfarbe eingesetzt werden, um eine natürlich wirkende Restauration zu erhalten.

Abb. 06 d: An Zahn 22 erkennt man zervikal von einem punktförmigen White Spot mehrere dünne horizontal-bandenförmig verlaufende weißliche Schmelzverfärbungen.

Abb. 06 e: Die beiden mittleren oberen Inzisivi zeigen im zervikalen Drittel breite bandenförmige, weißliche Verfärbungen im Schmelz.

Abb. 06 f: An Zahn 11 erkennt man einen mittelgroßen White Spot mit diffuser, ungleichmäßig verlaufender hellbrauner Umrandung.

► vorliegt [20, 21]. Bei der Analyse werden auch sichtbare Abnutzungsspuren des Zahnes berücksichtigt, wie z.B. freiliegendes verfärbtes Dentin an der Inzisalkante (Abb. 04 a und b). Auch individuelle Charakteristika, wie Schmelzrisse und die Intensität von deren Verfärbung (Abb. 05 a bis c) oder weiße Entkalkungs- bzw. Fluoroseflecken (White Spots) (Abb. 06 a bis f), und deren Verteilungsmuster auf der Labialfläche, werden notiert [11]. Abschließend werden die Ausprägung bzw. die Intensität der Oberflächentextur, wie vertikale Längsritzen und horizontal verlaufende Perikymatien [22-25] (Abb. 07 a bis d), und der Glanzgrad der Zahnoberfläche ermittelt. Im Prinzip erfolgt bei der ästheti-

schen Analyse durch den Behandler bereits eine „virtuelle Schichtung“ mit Bestimmung der für die spätere Restauration notwendigen Dentin- und Schmelzmassen und ggf. zusätzlich nötigen Malfarben (Abb. 08 a bis c) (Abb. 09 a bis l) [26].

Vorzugsweise fertigt man von der ästhetischen Analyse des Zahnes eine Skizze an, analog dem Vorgehen der meisten Zahntechniker, in der die einzelnen während der Begutachtung erhobenen Details wie z.B. die Form der Dentinmamelons, die Breite der incisalen Transluzenz, die Anwesenheit eines Halo-Effekts und von White Spots oder Schmelzrisen, die approximale Ausdehnung des

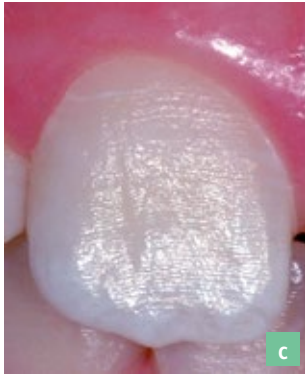


Abb. 07 a: Die Labialflächen der Oberkieferschneidezähne sind spiegelglatt, es sind keine Anzeichen von Oberflächentextur mehr erkennbar.

Abb. 07 b: Die Labialflächen dieser mittleren Oberkieferschneidezähne weisen eine Oberflächentextur mit deutlichen Längsrillen auf, horizontale Perikymatien sind nicht zu erkennen.

Abb. 07 c: Der jugendliche mittlere Schneidezahn zeigt in seiner Oberflächentextur ein deutliches Muster an gleichmäßigen, horizontal verlaufenden Perikymatien. Die flachen Rillen sind noch nicht durch Verschleißmechanismen abgeschwächt.

Abb. 07 d: Die beiden mittleren Schneidezähne weisen eine sehr kräftige Oberflächentextur auf. Es dominieren vertikale Längsfurchen, die deutlich erkennbaren Perikymatien sind durch Verschleißprozesse teilweise schon abgeflacht.



Abb. 08 a: Die mittleren Schneidezähne zeigen im inzisalen Drittel eine hohe Transluzenz und unter dem Schmelz ocker- bzw. goldfarbene Charakterisierungen an den Mamelons. Im Fall der Notwendigkeit einer Restauration mit Komposit müssten derartige Areale durch vorsichtigen Einsatz von Mal Farben simuliert werden.

Abb. 08 b: Die mittleren und seitlichen Schneidezähne zeigen direkt an der Inzisalkante eine bandenförmige Zone weißer Verfärbung. Bei beiden zentralen Inzisivi erkennt man unter dem transluzenten bläulich opaleszierenden Schmelz ocker-goldfarbene Charakterisierungen der Dentinmamelons.

Abb. 08 c: Die Oberkieferschneidezähne haben einen eher opaken Schmelzmantel, der von wolkig-diffusen weißen Verfärbungen durchsetzt ist. Speziell an Zahn 21 erkennt man auch braun pigmentierte, flächige Charakterisierungen des Schmelzes.

Schmelzmantels, etc. in Position, Dimension und Ausprägung genau vermerkt werden (Abb. 10) [10, 11, 15, 27-32]. Beim anschließenden Aufbau des Zahnes mit Komposit stehen dann die notwendigen Informationen, an welchen Stellen etwa opakere bzw. transluzentere Kompositmassen in entsprechenden Schichtstärken [33] eingesetzt werden müssen oder eventuell individuelle Charakterisierungen angebracht werden sollen, sofort verlässlich zur Verfügung. Um ein verlässliches Ergebnis zu erzielen, ist es wichtig, dass die ästhetische Analyse der Frontzähne bei leicht geöffneten Zahnreihen durchgeführt wird, so dass der zu betrachtende Zahn komplett frei vor dem Hintergrund

der dunklen Mundhöhle steht (Abb. 11 a und b). Bei geschlossenen Zahnreihen würden viele optische Effekte der Oberkieferschneidezähne durch die dahinter befindlichen Unterkieferinzisivi maskiert werden und wären somit, wenn überhaupt, nur schwer zu identifizieren.

#### Bestimmung und Verifizierung der Zahnfarbe

Die Bestimmung der exakten Zahnfarbe gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der ästhetischen Zahnheilkunde [16, 34-37]. Für eine korrekte Farbanalyse ist es hilfreich, über die theoretischen und physikalischen Grundlagen der Farblehre Bescheid zu wissen, um sich ►►



Abb. 09 a: Ausgangssituation: Insuffiziente Zahnnefüllungen an beiden linken Schneidezähnen.

Abb. 09 b: Überprüfung der ausgewählten Zahnfarbe mit polymerisierten Kompositprobchen auf der Zahnoberfläche. Man erkennt einen vertikalen Schmelzriss an Zahn 21.

Abb. 09 c: Nach Entfernung der alten Füllungen und der Exkavation erfolgt die Ansträgung der inzisalen Kavitätenränder mit einem Finierdiamanten.

Abb. 09 d: Konditionierung beider Kavitäten mit Phosphorsäure.

Abb. 09 e: Sorgfältiges Auftragen des Adhäsivsystems.

Abb. 09 f: Die tiefere Kavität im zentralen Schneidezahn ist mit einem ersten Kompositinkrement gefüllt.

Abb. 09 g: Beide Kavitäten sind komplett bis zur Zahnoberfläche mit Komposit gefüllt. In das noch nicht polymerisierte Komposit an Zahn 21 wird mit einem dünnen Endoinstrument vorsichtig braune Malfarbe appliziert, um den Schmelzriss in der natürlichen Zahnhartsubstanz in der Füllung fortzusetzen.

Abb. 09 h: Die Furche, in welche die Malfarbe eingebracht wurde, wird geschlossen.

Abb. 09 i: Lichtpolymerisation der Füllungen.

Abb. 09 j: Das Komposit wurde annähernd überschussfrei appliziert.

Abb. 09 k: Ausarbeitung und Politur.

Abb. 09 l: Fertige Restaurationen nach dem Ausarbeiten und Polieren. In Zahn 21 steigert die Fortführung des natürlichen Schmelzrisses mit Malfarbe im Komposit die Natürlichkeit der Füllung.



► die Umgebungsbedingungen, unter denen die Farbe ausgesucht wird, optimal einzurichten und Fehler in der Durchführung möglichst zu vermeiden. Dieser Schritt entscheidet am Ende oft über Akzeptanz oder Ablehnung der Restauration durch den Patienten. Bei Letzterem droht eine Neuanfertigung oder zumindest eine Überarbeitung der Restauration und neben dem möglichen Vertrauensverlust des Patienten wäre über den zusätzlichen Zeit- und Materialaufwand auch die wirtschaftliche Kalkulation des Zahnarztes ruiniert.

Bei der Zahnfarbbestimmung werden mit Hilfe von Mustern eines Farbschlüssels die notwendigen Dentin- und Schmelzfarben durch Vergleich mit der Zahnhartsubstanz bestimmt (Abb. 12). Die Dentinfarbe wird im Zervikalbereich des betroffenen Zahnes ausgesucht, da der Zahnschmelz hier dünn ausläuft und die Farbe des natürlichen Dentins so am besten – mit nur minimaler Beeinflussung durch den darüber befindlichen, mehr transluzenten Schmelz – beurteilt werden kann [9, 11, 20, 31, 38-40]. Der Farbton und das Chroma des Zahnes werden überwiegend durch die Eigenschaften des Dentins bestimmt [41, 42]. Der Zahnschmelz wirkt wie ein darüber liegender Filter und moduliert das vom Dentin reflektierte Licht in Abhängigkeit von seiner jeweiligen Schichtstärke und seiner Transluzenz („Milchglas-Effekt“) [40, 42]. Die Schmelzfarbe wird bei jugendlichen Zähnen bzw. bei Zähnen ohne deutliche inzisale Abrasionseffekte im Bereich der Schneidekante evaluiert. In diesen Bereichen kann der natürliche Zahnschmelz ohne Beeinflussung durch darunterliegendes lichtopakes Dentin bewertet werden. Ansonsten versucht man, die Schmelzfarbe an approximalen Schmelzarealen des betroffenen Zahnes zu ermitteln. Durch eine unterschiedlich intensiv ausgeprägte Oberflächentextur wird ein weiterer Parameter in die dentale ästhetische Analyse

eingeführt. Eine stark texturierte, raue Oberfläche generiert einen höheren Anteil an diffuser Reflexion (Streuung) des einfallenden Lichts, während eine glatte Oberfläche eine geringere Streuung und mehr gerichtete (spiegelnde) Reflexion verursacht; dadurch ändert sich jeweils der Helligkeitswert des Zahnes [20, 41].

Zur Absicherung empfiehlt es sich, die Farbauswahl durch das Auftragen von kleinen Materialproben der zu verwendenden verschiedenen Kompositmassen auf der nicht ausgetrockneten und nicht adhäsiv vorbehandelten Zahnhartsubstanz zu verifizieren [43]. Dabei wird die Dentinkompositmasse im Zahnhalsbereich aufgetragen und die verschiedenen in Frage kommenden Schmelzmassen werden im Bereich der Inzisalkante appliziert. Die Kompositproben müssen für einen aussagekräftigen optischen Vergleich für die vom jeweiligen Hersteller vorgegebene Zeit lichtpolymerisiert werden. Erst durch die ausreichende Belichtung wird der in den meisten Kompositen enthaltene Photoinitiator Kampferchinon, der eine intensive gelbe Eigenfarbe aufweist, größtenteils verbraucht und in ein farbloses Reaktionsprodukt umgewandelt („Photobleach“) [44-49]. Obwohl der Lichtinitiator nur zu einem sehr geringen Prozentanteil (0,03-0,1 Gew.-%) im Kompositwerkstoff vorhanden ist [46, 49], wirkt sich dies besonders bei transluzenten hellen Kompositmassen, v.a. bei Schmelz- und Transluzenzfarben, die im unpolymerisierten Zustand eine leichte Gelbtönung aufweisen, durch einen wahrnehmbaren Farbumschlag der Kompositmasse nach der Photopolymerisation aus [50, 51]. Bei opaken und dunklen Dentinkompositmassen fällt dieser Effekt vernachlässigbar aus. Gleichzeitig nähert sich mit fortschreitender Polymerisation der Brechungsindex der organischen Matrix dem Brechungsindex der Füllkörper an, was sich in einer Zunahme der Transluzenz im ausgehärteten Kompositwerkstoff zeigt [20, ►

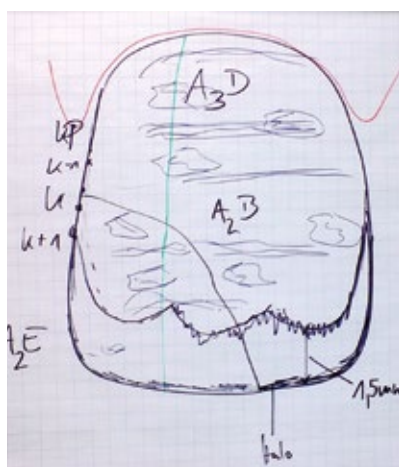


Abb. 10: Skizze des Ergebnisses der ästhetischen Analyse („Road Map“). Darin befinden sich alle Details der Verteilung der Zahnfarbe und zusätzlicher individueller Charakteristika, die der Behandler für die Anfertigung einer täuschend natürlich wirkenden direkten Kompositrestauration benötigt.



Abb. 11 a + b: Die ästhetische Analyse der Frontzähne soll bei leicht geöffneten Zahnreihen durchgeführt werden, ansonsten sind viele optische Effekte der Oberkieferzähne durch die dahinter befindlichen Unterkieferinzisivi maskiert und somit nur schwer zu identifizieren.



Abb. 12: Zahnfarbestimmung mit Mustern eines Farbschlüssels. Die Dentinfarbe wird im Zervikalbereich ausgesucht, die Farbe des Schmelzes an der transluzenten Inzisalkante oder im Bereich der approximalen Schmelzareale.



Abb. 13: Verifikation der ausgewählten Kompositfarben durch Proben von Schmelz- und Dentinmasse, die auf den entsprechenden Bereichen der nicht ausgetrockneten und nicht adhäsiv vorbehandelten Zahnoberfläche positioniert und polymerisiert wurden.



Abb. 14 a: Farbauswahl mit Referenzproben aus dem Farbschlüssel eines Ästhetik-Kompositsystems. Zervikal ist das Muster für die Dentinfarbe und inzisal ist das Muster für den Schmelz positioniert.

Abb. 14 b: Ein digitales Foto, das mit einem Polfilter angefertigt wurde, ist frei von störenden Spiegelreflexionen und erlaubt einen detaillierten Vergleich der Referenzmuster mit den Zahnfarben.



► 47]. Nach der Polymerisation der auf die Zahnoberfläche aufgetragenen Kompositproben werden deren optische Eigenschaften mit der umgebenden Zahnhartsubstanz auf Übereinstimmung hinsichtlich Farbton und Transluzenzgrad abgeglichen (Abb. 13). Zu diesem Zeitpunkt kann problemlos noch eine Korrektur durch Austausch einer optisch nicht optimal passenden Probe gegen eine besser passende Kompositmasse vorgenommen werden. Durch diesen individuellen Verifizierungsvorgang, der nur eine sehr kurze Zeit beansprucht, wird sichergestellt, dass für die nachfolgende polychromatische Schichtung der Restauration am Zahn die optimal passenden Farben der Dentin- und Schmelzkompositmassen verwendet werden. Dadurch lassen sich zeitintensive Nacharbeiten oder gar Neuanfertigungen aufgrund von ästhetischen Reklamationen durch enttäuschte Patienten so gut wie in allen Fällen vermeiden.

Mitunter wird in der Literatur auch die Anfertigung eines darüberhinausgehenden Probeaufbaus der kompletten Restauration („Color Mock-up“) empfohlen, um die Farbschichtung zu üben und das Ergebnis zu visualisieren [5, 27, 30, 52]. Neben der Farbverifikation kann mit diesem Vorgehen auch gleich die Genauigkeit der Schichtung überprüft werden und notwendige Korrekturen der Schichtstärken der einzelnen Massen können vor Durchführung der definitiven Versorgung identifiziert werden. Die für die Herstellung des Color Mock-ups benötigte Zeit wird mit etwa 15 Minuten angegeben. Diese sollen sich in der endgültigen Schichtung der definitiven Restauration wieder auszahlen, insbesondere dann, wenn dadurch aufwendige Nacharbeiten oder Neuanfertigungen von ästhetisch mangelhaften Restaurationen vermieden werden können [27, 30]. Ergänzend soll noch erwähnt werden, dass im Einzelfall für die Planung komplexerer Kompositrestaurationen auch

die digitale Fotografie hilfreich eingesetzt werden kann [16, 53-58]. Am Computerbildschirm können dann einzelne Punkte der ästhetischen Analyse, wie zum Beispiel Details der Farbverteilung oder Aspekte der Oberflächenmorphologie, detaillierter analysiert und kartographiert werden. Durch den Einsatz von Kreuzpolarisationsfiltern erhält man blendfreie Abbildungen des Zahnes, indem Spiegelreflexionen der Zahnoberfläche effektiv herausgefiltert werden [56, 59-61]. Das Verfahren ermöglicht es, oberflächliche und oberflächennahe Strukturen durch einen nichtinvasiven Kontrastmechanismus sichtbar zu machen und den Zahn durch Elimination der Oberflächenhelligkeit farbkontrastreich darzustellen (Abb. 14 a und b). Bei gleichzeitiger Präsenz eines Farbauswahlstäbchens auf dem Bild können objektive Farbmessungen bzw. Vergleiche durchgeführt werden [60, 61]. Dieses Vorgehen wird mittlerweile von vielen Zahntechnikern für die Unterstützung der keramischen Schichtung laborgefertigter Restaurationen eingesetzt, es erweist sich aber auch hilfreich für die Planung der direkten Schichtung mit modernen ästhetischen Kompositen. Um deren optische Integration in der restaurativen Nachbildung des Zahnes zu optimieren, ist es unabdingbar, dass der Behandler über gründliche Kenntnisse der koronalen Strukturelemente Schmelz, Dentin und die Schmelz-Dentin-Grenze und deren dreidimensionale Struktur verfügt [62]

#### Gewöhnungsprozess an ein neues Kompositensystem

Entscheidet sich ein Zahnarzt, ein neues Kompositensystem zu verwenden, welches verschiedenfarbige Massen unterschiedlicher Opazität bzw. Transluzenz beinhaltet, so kann speziell im ästhetisch relevanten Frontzahnbereich die Gewöhnungsphase daran – abhängig vom individuellen Talent – mitunter langwierig und von Frustration begleitet sein. Die mit dem alten Kompositensystem über Jahre antrainierten Mechanismen greifen plötzlich nicht mehr und die ersten Füllungen sind oft, euphemistisch formuliert, „ausbaufähig“ was die optischen Eigenschaften betrifft. Auch in diesen Fällen zeigt die zuvor beschriebene Methode der Farbverifikation der Schmelz- und Dentinkompositmassen mit den individuell angefertigten Proben auf der zu restaurierenden Zahnoberfläche ihre Vorteile, indem der Behandler danach sicher sein kann, dass die Auswahl der Farben innerhalb der einzelnen Transluzenzstufen Schmelz und Dentin korrekt ist. Neben der korrekten Auswahl der Grundfarbe des Zahnes und den zu deren Reproduktion ausgewählten Kompositmassen hängt der optische Eindruck der fertig geschichteten Restauration vor allem vom richtigen Verhältnis der Schichtdicken und der Interaktion der unterschiedlich opaken (Dentinmassen) bzw. transluzenten (Schmelzkomposit) Kompositmassen ab [20, 21, 63-66]. Der korrekten dreidimensionalen Schichttechnik mit den unterschiedlichen Kompositmassen kommt somit eine mindestens ebenso hohe Bedeutung zu, wie der korrekten

Farbanalyse. In der Gewissheit der richtig ausgewählten Farben von Schmelz- und Dentinmassen kann man nun relativ schnell und strukturiert den Eingewöhnungsprozess an ein neues Kompositensystem mit steiler Lernkurve durchlaufen, da bei einer optisch nicht passenden Kompositrestauration lediglich eine Variable, in diesem Fall das Schichtdickenverhältnis von Schmelz- und Dentinmassen, variiert werden muss (Abb. 15). Der Behandler muss somit bei einer ästhetisch misslungenen Kompositenschichtung nicht rätseln, ob die mangelhafte Optik der Restauration aus einer falschen Auswahl der Grundfarben, aus einer fehlerhaften Schichtung oder aus gleichzeitigen Fehlern in Farbwahl und Schichtung – und der Unsicherheit, welcher Fehler sich wie stark auswirkt – resultiert. Eine Fehleranalyse ist dann relativ einfach: ist die Kompositrestauration bei korrekter Auswahl der Grundmassen am Ende zu graustichig vor der dunklen Mundhöhle, d.h. ist der Helligkeitswert zu niedrig, so wurde mit zu viel transluzenter Schmelzmasse gearbeitet und der dunkle Hintergrund der Mundhöhle kann nicht ausreichend ausgeblockt werden (Abb. 16 a bis c). Hat die Kompositrestauration zu viel Chroma, dann ist die finale labiale Schmelzschicht im Regelfall zu dünn appliziert worden. Da man somit nur an der einzelnen Variable „Schichtstärkenverhältnis“ eine Veränderung vornehmen muss (iteratives Vorgehen), um das Ergebnis zu optimieren, sollte die Voraussagefähigkeit an die ästhetisch-optischen Effekte eines neuen Kompositmaterials deutlich verbessert sein und somit auch Gewöhnung des Behandlers an den Werkstoff einfacher sein. Manche Autoren empfehlen die Herstellung eines eigenen Farbschlüssels für das verwendete Kompositensystem, da die Farbmuster vieler Hersteller nicht aus dem eigentlichen ►►

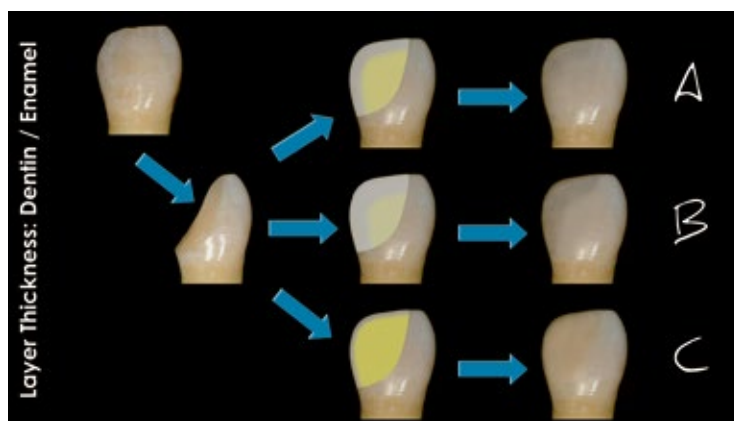


Abb. 15: Simulation des Einflusses von unterschiedlichen Dicken der Schmelzkompositmasse bei einem Zweitransluzenzkomposit, das in anatome Schichtung verarbeitet werden sollte.  
 A: korrekte anatome Schichtung – das ästhetische Resultat ist korrekt  
 B: Schmelzmasse viel zu dick geschichtet – die Füllung wird zu transluzent und erscheint vor dem schwarzen Hintergrund (Mundhöhle) graustichig  
 C: Schmelzmasse viel zu dünn geschichtet – die Füllung ist zu chromatisch und wirkt wegen des zu weit extendierten Dentinkerns zu opak

► Füllungsmaterial bestehen [5, 15, 27, 34, 40, 52, 63, 67]. Daher können bei betroffenen Kompositssystemen die wahre Farbe, Transluzenz oder Opazität des Füllungskomposits nicht wirklich zweifelsfrei mit den Herstellerfarbschlüsseln reproduziert werden. Da es aber zu geringen Schwankungen der Farben zwischen verschiedenen Chargen desselben Komposits kommen kann, müsste somit auch der eigene Farbschlüssel mit jeder Charge neu angefertigt werden [27]. Dieser Aufwand ist für die normale Praxis nicht nachvollziehbar und auch hochspezialisierte Kompositartisten unter den Zahnärzten können durch das zuvor beschriebene Vorgehen der individuellen Verifizierung mit am Zahn gehärteten Kompositpröbchen, nach Vorauswahl mit dem Systemfarbschlüssel, die Farbbestimmung effizient und hochverlässlich durchführen. Da die Kompositpröbchen immer aus der aktuell verwendeten Spritze oder Kompule entnommen werden, entfällt auch das Problem mit Chargenschwankungen.

#### Zeitpunkt für die Farbbestimmung und ästhetische Analyse

Die Durchführung der Farbanalyse natürlicher Zähne zum richtigen Zeitpunkt ist einer der entscheidendsten Aspekte für deren erfolgreichen Abschluss. Bei einer Dehydratation des Zahnes, z.B. durch Druckluft aus der Multifunktions-spritze, Kofferdamapplikation, eine Präparationsabformung oder Mundatmung, wird das Wasser in den Mikroporen um die Prismen des Schmelzes reversibel durch Luft ersetzt, wodurch sich der Brechungsindex verändert und die Schmelzoberfläche in Abhängigkeit vom Austrocknungsgrad zunehmend opaker und durch erhöhte Lichtreflektion weißlich-heller erscheint (Abb. 17 a) [9, 12, 14, 42, 68-73]. Dadurch wäre eine korrekte Farbauswahl und Analyse der opaken bzw. transluzenten Zahnbereiche in derselben Behandlungssitzung nicht mehr möglich [12]. Durch die verminderte Transluzenz des ausgetrockneten Zahnschmelzes und die stärkere Reflexion wird die Farbe des darunterliegenden Dentins maskiert, wodurch der Zahn heller erscheint [9, 14]. BRODBELT stellte schon nach

einer nur 10-sekündigen Exposition von menschlichem Zahnschmelz gegenüber ölfreier Druckluft einen Abfall der relativen Transluzenz auf 82% des Wertes von feuchtem Schmelz fest. Die Isolierung des Zahnes mit Kofferdam oder länger andauernde Behandlungen würden sogar noch eine stärkere Dehydratation verursachen und somit die Transluzenz weiter reduzieren [72]. Diese Abnahme der Transluzenz erklärt sich aus einem erhöhten Unterschied der Brechungsindizes zwischen den Schmelzprismen und dem umgebenden Medium, wenn Wasser in den Mikroporen durch Luft ersetzt wird [72].

Nach der Anfertigung der Kompositrestauration unter Kofferdam benötigt die Rehydrierung des ausgetrockneten Zahnes durch Wasseraufnahme aus dem Speichel und die damit einhergehende optische Wiederherstellung der Ausgangsfarbe und -transluzenz der natürlichen Zahnhartsubstanzanteile beträchtliche Zeit (Abb. 17 b). RUSSELL berichtet nach einer Rehydrierungszeit von 30 Minuten nach der Abnahme von Kofferdam eine akzeptable Remission der optischen Eigenschaften ausgetrockneter Zähne [73]. BURKI hingegen stellte auch nach einer 30-minütigen Rehydrierungszeit immer noch eine unakzeptabel große Farbdifferenz zum Ausgangszustand fest [9].

Diese optischen Auswirkungen der Dehydratation und Rehydrierung am Zahn müssen dem Behandler bewusst sein und sollten bereits bei der Aufklärung des Patienten berücksichtigt werden, um etwaigen Missverständnissen oder gar Enttäuschungen nach Fertigstellung der Kompositrestauration vorzubeugen: Bei Verwendung von Kofferdam während der Herstellung der Restauration wird die Kompositfüllung direkt nach dem Ausarbeiten und Polieren im Vergleich zum natürlichen Zahn etwas zu dunkel und zu transluzent erscheinen [66, 74]. Erst nach Abschluss der Rehydrierung der Zahnhartsubstanz und den damit ursächlich verbundenen lichtoptischen Effekten wird sich eine farblich perfekte Adaptation einstellen (Abb. 18 a und b). Die optisch unauffällige Integration der Kompositrestauration in die benachbarte Zahnhartsubstanz kann somit



Abb. 16 a: Ästhetisch unbefriedigende Kompositrestaurationen. Neben der Form stört vor allem der graustichige Eindruck. Es wurde anscheinend nur mit Schmelzmasse gearbeitet, somit ist die Transluzenz viel zu hoch und der Helligkeitswert sinkt ab.  
 Abb. 16 b: Ästhetisch unbefriedigende Kompositrestauration an Zahn 21. Die Restauration wirkt sehr graustichig durch Fehler in der Schichtung.  
 Abb. 16 c: Ästhetisch unbefriedigende Kompositrestaurationen an beiden zentralen Schneidezähnen. An Zahn 21 stört der graustichige Eindruck. Es wurde anscheinend nur mit Schmelzmasse gearbeitet. An Zahn 11 wirkt die Kompositrestauration im inzisalen Drittel zu chromatisch.



Abb. 17 a: Situation nach Kofferdam wegen des Legens einer Seitenzahnfüllung. Durch den in der Front nicht komplett nach zervikal adaptierten Spannungsgummi entstand eine schräg verlaufende Linie der Austrocknung im Bereich der Frontzähne. Deutlich ist der Unterschied in Farbe und Opazität erkennbar.

Abb. 17 b: Nach ca. 24 Stunden Rehydrierung durch den Speichel haben sich Farbe und lichteoptische Eigenschaften der ausgetrockneten Zahnanteile wieder in die Ausgangssituation zurückgestellt.



Abb. 18 a: Situation unmittelbar nach Abnahme des Kofferdams nach Schichtung einer Kompositrestauration an Zahn 12.

Dadurch dass der Zahn ausgetrocknet ist, erscheint die Füllung im Vergleich zur Zahnhartsubstanz zu dunkel und zu transluzent.

Abb. 18 b: Nach ca. 24 Stunden ist die Zahnhartsubstanz wieder komplett rehydriert und hat optisch wieder den Ausgangszustand eingenommen. Die geschichtete Kompositrestauration adaptiert sich hervorragend in die umgebende Dentition. Es schließt sich die finale Ausarbeitung und Politur an.

in der gleichen Sitzung nicht mehr zweifelsfrei überprüft werden [75]. Der Zahnarzt muss durch eine korrekte und standardisierte Vorgehensweise in der ästhetischen Analyse und der daraus resultierenden Schichttechnik der direkten Kompositrestauration die funktionelle und ästhetische Qualität seiner Arbeit sicherstellen [76]. Nur durch ein profundes Training und die tägliche Anwendung der direkten Komposittechnik stellt sich beim Behandler die notwendige Routine ein, um auch bei schwierigen ästhetischen Ausgangsbedingungen verlässlich und mit guter Vorhersagbarkeit („Trefferquote“) eine farblich und von den Transluenzeigenschaften perfekt zur umgebenden Zahnhartsubstanz passende Restauration herzustellen. Bei sehr schwierigen Ausgangsbedingungen kann eine Überprüfung des ästhetischen Restorationsergebnisses in einem Kontrolltermin sinnvoll sein.

### 3. Zusammenfassung

Der erfolgreiche Einsatz von direkten Kompositrestaurationen im Frontzahnbereich garantiert auch in einer Zeit wachsender ästhetischer Ansprüche bei gleichzeitigem Wunsch

nach maximalem Erhalt von natürlicher Zahnhartsubstanz eine hohe Patientenzufriedenheit. Grundlage für einen erfolgreichen Behandlungsabschluss ist die Auswahl eines geeigneten Kompositsystems mit genügend Farb- bzw. Transluzenzabstufungen und eine sorgfältige dentale ästhetische Analyse. ■

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen Manhart  
 Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie  
 Klinikum der Universität München  
 Goethestraße 70  
 80336 München  
 E-Mail: manhart@manhart.com  
 Facebook: prof.manhart  
 Instagram: prof.manhart

Das Literaturverzeichnis können Sie unter [www.nzb.de](http://www.nzb.de) herunterladen oder unter [nzb-redaktion@kzvn.de](mailto:nzb-redaktion@kzvn.de) anfordern.



Foto: © stock.adobe.com - dikushin

## PAR-RICHTLINIE UND DELEGATION

# Sie dürfen zwar nicht alles – aber sie können fast alles!

**D**elegieren bedeutet, eine Aufgabe an eine andere Person zu übertragen. In der Zahnmedizin delegieren Zahnärztinnen oder Zahnärzte Aufgaben an ihre zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist das Zahnheilkundengesetz. Welche Leistungen der neuen PAR-Richtlinie an entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen delegiert werden können, stellen wir im folgenden Beitrag vor: Grundsätzlich sind Zahnärztinnen und Zahnärzte zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet und sie übernehmen auch die persönliche Verantwortung und Haftung. Es können jedoch verschiedene vorbereitende oder ergänzende Teilleistungen an nicht approbiertes Personal, also die zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen, delegiert werden. Diese Delegationsmöglichkeit eröffnet § 1 Abs. 5 und 6 des Zahnheilkundengesetzes. Außerdem lassen sich die Möglichkeiten der Delegation aus der Qualifikation durch die Aufstiegsfortbildung, die im Delegationsrahmen der Landes Zahnärztekammer in Tabellenform abgebildet ist, ableiten. Diese Rechtsgrundlagen gelten auch für die Delegation von PAR-Leistungen, denn weder der

i

### „DIE NEUE PAR-RICHTLINIE“:


Am 1. Juli 2021 ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene „Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie)“ in Kraft getreten. Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA, der die PAR-Richtlinie beschlossen hat, noch der Bewertungsausschuss sowie die Bundesmantelvertragspartner haben Aussagen hinsichtlich der Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten getroffen. ■

\_\_\_\_\_ Dr. Sebastian Ziller/BZÄK, Andrea Mader

Nachdruck aus Praxisteam Aktuell der LZK Baden-Württemberg, November 2021

PAR-Richtlinie	✓ Delegierbar	⊗ Zahnarztvorbehalt
<b>§ 3</b> Anamnese, Befund, Diagnose und Parodontalstatus	Mitwirken bei klinischer Befunderhebung und Messung der Sondierungstiefen sind an qualifiziertes Prophylaxe-Fachpersonal, vorzugsweise DH, delegierbar, da § 3 auch die Messung der Furkationsbeteiligung umfasst.	Anamnese, Befundinterpretation, Diagnosestellung und Therapiefestlegung unterliegen dem Zahnarztvorbehalt.
<b>§ 4</b> Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis		Anamnese, Diagnosestellung und Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis über das Staging und Grading der Erkrankung stehen unter Zahnarztvorbehalt.
<b>§ 6</b> Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiespräch (ATG)		Das ATG ist eine Leistung, die gemäß § 1 Abs. 5 ZHG nicht delegierbar ist und die eine höchstpersönliche Leistungserbringung durch die ZÄ/den ZA voraussetzt.
<b>§ 8</b> Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)	Das Anfärben von Plaque, das Erheben der Indices, die individuelle Mundhygieneinstruktion sowie die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene sind an qualifiziertes Prophylaxe-Fachpersonal, i. d. R. ZMP, ZMF und DH, delegierbar.	Die Bewertung der erfassten Parameter, die Interpretation der Befunde und das Erfassen des vorhandenen Wissens des Patienten zu parodontalen Erkrankungen sind nicht delegierbar.
<b>§ 9</b> Antiinfektiöse Therapie (AIT, geschlossenes Verfahren)	Die nichtchirurgische Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge ist an qualifiziertes Prophylaxe-Fachpersonal, vorzugsweise DH, delegierbar, da es sich um eine Maßnahme mit einem erhöhten Schwierigkeitsgrad handelt, die besondere Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen voraussetzen.  Besondere individuelle Risiken sowie der Schwierigkeitsgrad der Maßnahme können im konkreten Einzelfall eine Delegation jederzeit ausschließen.	Müssen tiefer gelegene Konkremente entfernt werden oder ist eine Wurzelglättung erforderlich, muss die ZÄ/der ZA diese Teile der AIT selbst erbringen. Nicht delegierbar sind chirurgische Maßnahmen sowie die offene Chirurgische Therapie (CPT).
<b>§ 11</b> Befundevaluation (BEV)	Das Mitwirken bei der klinischen Befunderhebung am parodontalen Gewebe und die Messung der Sondierungstiefen sind an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Fachpersonal, vorzugsweise DH, delegierbar.	Befundinterpretation, Diagnosestellung und die ggf. weiterführende Therapiefestlegung unterliegen dem Zahnarztvorbehalt.
<b>§ 13</b> Unterstützende Parodontistherapie (UPT a-g, geschl. Verfahren)	UPT a (Mundhygienekontrolle), UPT b Mundhygieneunterweisung), UPT c (supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen), können an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Fachpersonal, i. d. R. ZMP, ZMF, DH, delegiert werden.  UPT e/f (subgingivale Instrumentierung je einwurzigem Zahn bzw. je mehrwurzigem Zahn) ist an qualifiziertes Prophylaxe-Fachpersonal, vorzugsweise DH, delegierbar, wenn nicht besondere individuelle Risiken im konkreten Einzelfall eine Delegation ausschließen.	Anordnung, Kontrolle, Untersuchung und Diagnostik unterliegen dem Zahnarztvorbehalt.  Müssen tiefer gelegene Konkremente entfernt werden oder ist eine Wurzelglättung erforderlich, muss der ZA/die ZÄ diese Teile der UPT e/f selbst erbringen.



# PAR-Behandlung bei „§22a-Versicherten“ – kurz und prägnant

„§22a-Versicherte“ sind Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten.

## Beide Behandlungstrecken

- ▶ Auch für §22a-Versicherte, deren
  - Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene oder
  - Kooperationsfähigkeit nicht oder eingeschränkt gegeben sind oder
  - in Narkose behandelt werden müssen,ist die PAR-Richtlinie offen, wenn die Erhebung eines vollumfänglichen Parodontalstatus mit Röntgenbefund möglich ist und vor der Behandlung die Genehmigung durch die Krankenkasse vorliegt.
- ▶ PSI ist keine Eingangsvoraussetzung.
- ▶ PSI ist während einer systematischen PAR-Behandlung nicht abrechenbar.
- ▶ Fehlen von Zahnstein ist keine Eingangsvoraussetzung.
- ▶ PBa und PBb sind unabhängig von einer systematischen PAR-Behandlung einmal im Kalenderhalbjahr abrechenbar, auch in Kombination mit AIT, nicht aber am gleichen Tag mit MHU, UPTa, UPTb.
- ▶ Nr. 111 ist so oft wie erbracht abrechenbar.
- ▶ PBZst ist während und unmittelbar nach einer systematischen PAR-Behandlung nicht abrechenbar.
- ▶ UPT ist für alle Zähne möglich, auch wenn eine AIT bzw. CPT nicht bei allen Zähnen notwendig war.

## PAR-Richtlinie

Siehe KZV-Hinweise.

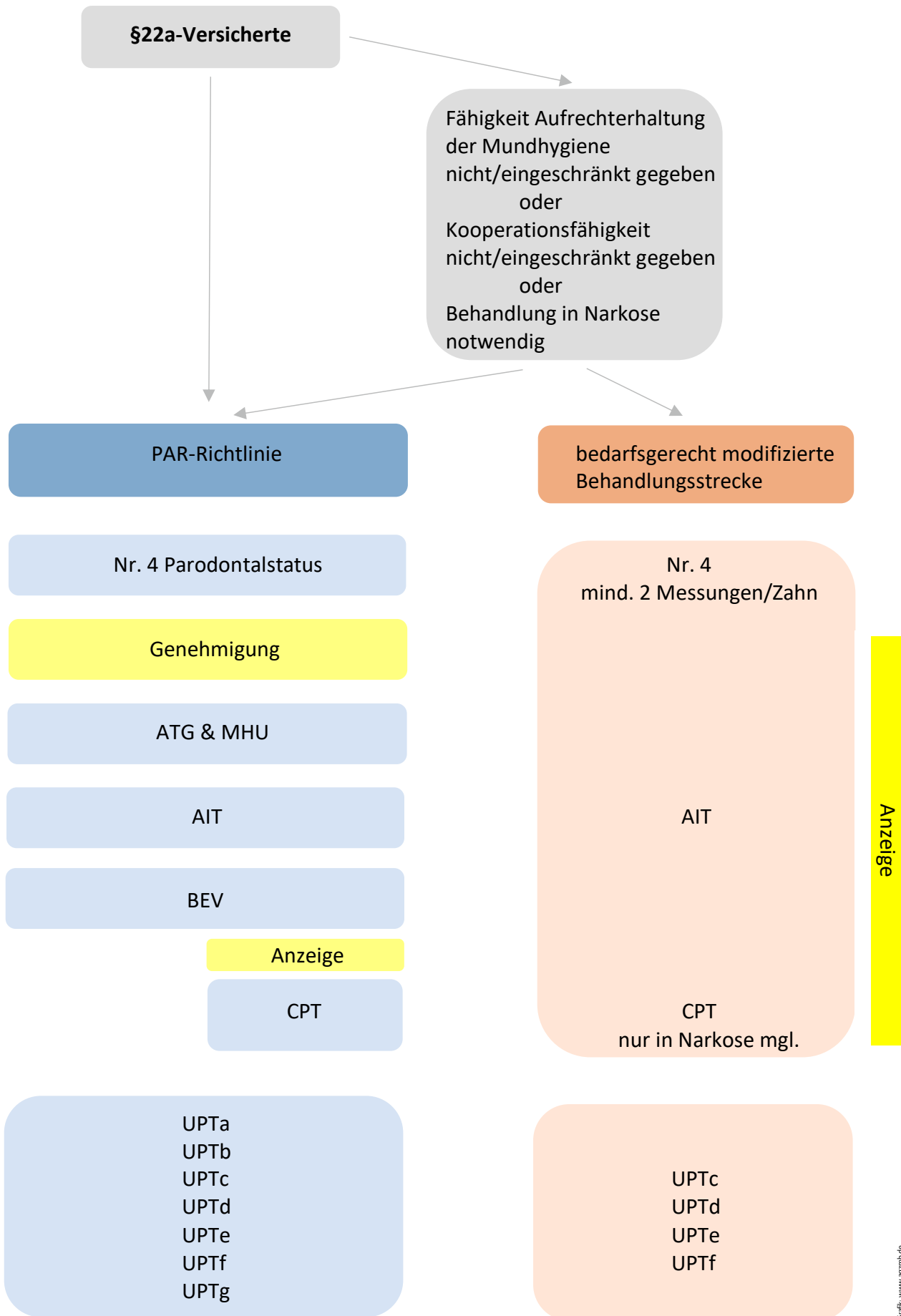
## Bedarfsgerecht modifizierte Behandlungstrecke

- ▶ PAR-Behandlung muss bei der Krankenkasse angezeigt werden. Dies kann davor, am Tag der Behandlung oder danach geschehen, muss aber vor der Abrechnung erfolgen (Vordruck 5e).
- ▶ Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sind nicht zwingend vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen. In Bezug auf die Erhaltungswürdigkeit ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.
- ▶ Für die Nr. 4 „S“
  - müssen mindestens 2 Messungen der Sondierungstiefen mesio- und distoapproximal pro Zahn dokumentiert werden.
  - müssen darüber hinaus Sondierungsbluten, Zahnlockerungsgrade, Furkationsbefälle oder Zahnverluste aufgrund von Parodontitis nicht zwingend erhoben werden.
  - ist ein Röntgenbefund nicht zwingend notwendig.
  - muss ein Grading nicht zwingend ermittelt werden.Die Dokumentation erfolgt am besten auf Blatt 1 und 2 (Vordrucke 5a und 5b).
- ▶ Der Abrechnung müssen die Sondierungstiefen bzw. Blatt 1 und 2 nicht beigelegt werden.
- ▶ Der Abrechnung muss eine Kopie der Anzeige beigelegt werden.
- ▶ ATG, MHU und BEV sind nicht abrechenbar.
- ▶ CPT ist nur in Narkose möglich.
- ▶ UPTa,b,g sind nicht abrechenbar.
- ▶ UPTc-f sollen 3-6 Monate nach AIT bzw. CPT erfolgen.
- ▶ UPTc-f sind für zwei Jahre einmal je Kalenderhalbjahr mit Mindestabstand von fünf Monaten abrechenbar.
- ▶ UPTc-f können mit PBa, PBb kombiniert werden, nicht aber mit PBZst.

**Maßgeblich sind die Hinweise der zuständigen KZV! ■**

\_\_\_\_\_ Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin





Grafik: www.agzmb.de

# Die Covid-19-Hygienepauschale oder § 5 Abs. 2 GOZ?



Foto: © stock.adobe.com - Gina Sanders

In Anbetracht der weiterhin bestehenden Belastungen der Zahnärzteschaft durch das pandemische Geschehen bei der Berufsausübung unterstützen die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die Beihilfe die Zahnärztinnen und Zahnärzte durch die bis zum 31.03.2022 befristete Gewährung einer „Covid-19-Hygienepauschale“.

Im Vergleich zu der bis zum 31.12.2021 geltenden Regelung erfolgte jedoch eine betragsmäßige Absenkung: Die Pauschale ist nunmehr nur noch mit der **Geb.-Nr. 383a GOÄ** zum 2,3-fachen Steigerungssatz (**4,02 €**) mit der Erläuterung „**erhöhter Hygieneaufwand**“ je Sitzung berechnungsfähig. Dieser Betrag dürfte in vielen Fällen dem tatsächlichen Aufwand nicht gerecht werden.

Bereits im Beschluss Nr. 49 des Beratungsforums zur Hygienepauschale wird jedoch eine alternativ mögliche Berücksichtigung des erhöhten Hygieneaufwands durch Bemessung des Steigerungssatzes erwähnt. Das ist nur folgerichtig, denn das Infektionsgeschehen berührt alle Bemessungskriterien des § 5 Abs.2 GOZ.

Mögliche, den jeweiligen Kriterien zugeordnete Begründungen für einen erhöhten Steigerungssatz könnten wie folgt lauten:

## Schwierigkeit

- ▶ „erhöhte Schwierigkeit durch reduzierten Einsatz aerosolproduzierender Instrumente“
- ▶ „erhöhte Schwierigkeit durch strikte Anwendung besonderer Absaugtechniken“
- ▶ „erhöhte Schwierigkeit bei der Leistungserbringung durch einengende und agilitäts-behindernde Schutzbekleidung (FFP-3-Masken, Gesichtsschilde, Einwegschutzanzüge)“

## Schwierigkeit des Krankheitsfalls

- ▶ „erhöhte Schwierigkeit durch hohe konzentrierte, mentale und körperliche Belastung im Angesicht latenter Gefahr der Infektionsübertragung“
- ▶ „erhöhte Schwierigkeit durch eingeschränkte Belastbarkeit/Mitarbeit des Patienten“

## Zeitaufwand

- ▶ „erhöhter Zeitaufwand durch gesteigerten Gesprächs- und Aufklärungsbedarf des Patienten im Hinblick auf die Infektionsgefährdung bei der zahnärztlichen Leistungserbringung“

## Umstände bei der Ausführung

- ▶ „besondere Umstände bei Beschaffung und Kosten von Hygieneprodukten und spezieller Schutzbekleidung“
- ▶ „besondere Umstände durch den Einsatz von HEPA-Filteranlagen“
- ▶ „besondere Umstände durch Anwendung eines Lüftungskonzepts“
- ▶ „besondere Umstände durch spezielle Terminvereinbarungen zur Vermeidung von Patientenkontakten untereinander“
- ▶ „besondere Umstände durch pandemiebedingte Arbeitszeitausweitung/Personal in Schichtarbeit“
- ▶ „besondere Umstände durch Behandlung in separater Sprechstunde“

Sicherlich bedeutet die Anwendung des § 5 Abs.2 GOZ einen höheren Aufwand als der einfache Ansatz der Hygienepauschale. Dafür gestattet es die Wahl des Steigerungssatzes, eine dem tatsächlichen Aufwand entsprechende Kostendeckung darzustellen. ■

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



## CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

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

# Jetzt mitmachen!

### Berichtsdatenbank

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

### Anonym berichten

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

### Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

[www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de)



# „Covid-19“ beherrschendes Thema der Landesverbandstagung des niedersächsischen Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Zeiten der Pandemie



Auditorium auf der LV-Tagung des BVKJ

**A**m 6. November 2021 fand in Verden die Landesverbandstagung des niedersächsischen BVKJ im Hotel Niedersachsenhof, wenn auch in eingeschränkter Form, so doch noch (!) als Präsenzveranstaltung statt. Das Team Jugendzahnpflege Niedersachsen war mit vertreten.

Mit Recht begrüßte Dr. Tilman Kaethner, Vorsitzender des niedersächsischen BVKJ, freudig die gut 100 teilnehmenden Pädiaterinnen und Pädiater, welche den Mindestabstand während sich im großen Saal des Niedersachsenhofes eingefunden hatten. „Es ist heutzutage in dieser Zeit der Pandemie nicht selbstverständlich, dass wir uns persönlich begegnen können – leider ohne unsere medizinischen Fachangestellten“, so seine einführenden Worte. „Nutzen wir also den heutigen Tag intensiv zum Diskurs mit Referenten und Ausstellern.“

Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz eröffnete mit seinem Themenkreis „Wann macht COVID Kinder krank?“, „Somatische Folgen einer COVID Infektion bei Kindern und Jugendlichen“ sowie „Bedeutung der Impfung für Jugendliche“ den fachlichen Austausch. Ehemals als Chefarzt bis zum Frühjahr 2020

an der Prof.-Hess-Kinderklinik in Bremen tätig zeigte er bei Covid-19-Kindern folgende Symptome auf: Fieber, Husten, der produktiv wird; Hautausschlag, Verlust von Geschmacks- oder Geruchssinn (jedoch in keiner Studie wissenschaftlich belegt!), Pharyngitis, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen sowie verstopfte Nase.

Üblicherweise gibt es bei Kindern und Jugendlichen einen milden Verlauf mit Infekt der oberen Atemwege. Einen äußerst schweren jedoch bei dem „Pädiatrisch Inflammatorischen Multiorgan-Syndrom“ (PIMS) zu 0,05%, welches sich erst nach Wochen der Covid19-Erkrankung einstellt. Über Monate wurden Kinder bei PIMS in der Prof.-Hess-Kinderklinik behandelt – ein letaler Ausgang war nicht zu verzeichnen. Zum Vergleich: Nachweislich gab es übermittlelt durch das RKI bisher bundesweit zwei Kinder, die an Covid-19 gestorben sind.

## Impfung der Kinder gegen Covid-19

Mit Blick auf die Impfung gegen Covid-19 bei Kindern sprach sich Prof. Huppertz für eine beschleunigte Impfstoffherstellung der Totimpfstoffklassen mit mRNA aus. Biontech-Pfizer sowie Moderna seien mit reduzierten Wirkstoffen exzellente Impfstoffe für Kinder, wobei natürlich immer die Nebenwirkungen wie z.B. Anaphylaxie (<1:100.000; weiblich) oder Perimyokarditis (<1:15.000; männlich vorrangig 12]. – 30].) mit in Betracht gezogen werden müssten.

Auch bei einer Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Dr. Marion Renneberg (Ärztammer Niedersachsen), Dr. Jörg Berling (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen) sowie Dr. Fabian Feil (Leiter des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes) sprachen sich alle Teilnehmer für eine Impfung der Kinder gegen Covid-19 aus, welche vereinzelt von wenigen Pädiatern aus dem Auditorium sehr kritisch hinterfragt wurde.

## Psychische und physische Folgen der Pandemie bei Kindern

Von der Region Hannover konnte die Leiterin des Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Dr. Andrea Wunsch, begrüßt werden. Mit der Frage „Gibt es eine verlorene



Frau Kluba im Gespräch mit einem Pädiater

Corona-Generation“ zeigte sie psychische und physische Folgen der Pandemie und der Lockdown Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen auf.

Grundsätzlich betreffen Auswirkungen der Corona-Pandemie alle, aber in besonderem Maße Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Bei den jährlichen Schuleingangsuntersuchungen stachen besonders folgende Resultate hervor:

- ▶ Ein höherer Anteil an Ergebnissen der Sprache: War 2017/ 2018 beim Ausdrucksvermögen Deutsch/ kein Deutsch 25,40% zu verzeichnen, wies 2020/ 2021 30,00% aus
- ▶ Ein höherer Anteil von Kindern mit Medienkonsum von >2h/Tag
- ▶ Ein höherer Anteil der „Flexi-Kinder“ bleibt ein weiteres Jahr in den Kitas
- ▶ Ein höherer Anteil von Kindern mit Übergewicht/ Adipositas: War 2017/2018 bei Adipositas 8,90% zu verzeichnen, wies 2020/2021 bereits 13,40% (!) aus

Gerade der zuletzt angeführte Punkt ist alarmierend, denn bei der Schuleingangsuntersuchung 2021/2022 waren von 11.211 Kindern 44,30% übergewichtig – also 4.966 Erstklässler!!

Dass Vereine ihre sportlichen Programme runterfahren mussten, zeigt sich auch an diesen Werten sehr deutlich. Ebenso ist das Schwimmen betroffen: Nur noch 10,30% der angehenden Schüler konnten 2021/2022 ein Schwimmabzeichen nachweisen.

Bei den emotionalen Aspekten war das Wohlbefinden der Kinder durchweg zunehmend negativ geprägt. So waren Kinder ruhiger und zurückgezogener (bis zu 14,70%), hatten Durchschlafprobleme (bis zu 13,80%), machten sich mehr Ängste und Sorgen (bis zu 25,20%), hatten häufiger Wutanfälle (bis zu 25,80%), erlebten häufiger Streit in der Familie (bis zu 26,60%).

Mit deutlichem Abstand – leider im negativen Sinne – wurde mit bis zu 36,00% die Aussage „Das Kind ist häufiger traurig“ verzeichnet. Hier spiegelt sich die totale Isolation von der Großfamilie (Oma, Opa usw.) und nachbarschaftlichen Freunden, die Schul-Distanz sowie „Einfrieren“ der persönlichen emotionalen wie körperlichen Hobbies sehr deutlich wieder:

**Fazit: Aus Sicht der Kinderseele darf es einen harten Lockdown nicht mehr geben!**

### Aussteller mit von der Partie

Das Team Jugendzahnpflege Niedersachsen präsentierte vor allem das aktualisierte Zahnärztliche Kinderuntersuchungs-Heft (UZ-Heft). Zum Fachgespräch mit den Pädiatern und Pädiaterinnen standen Frau Jeanette Kluba (Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V.), Frau Dörte Rutzen (Öffentlicher Gesundheitsdienst Landkreis Verden) sowie Dr. Markus Braun (Ausschussmitglied Jugendzahnpflege der Zahnärztekammer Niedersachsen) wieder bereit. Im Austausch mit den Kinderärzten war einvernehmlich zu erkennen, dass der im Frühjahr 2021 auf Bundesebene geschlossene Fluoridkonsens auch an der pädiatrischen Basis begrüßt sowie mitgetragen wird.

Allen Mitwirkenden um das Organisationsteam des BVKJ „Herzlichen Dank“, dass diese hoch informative Tagung um die Covid-19-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen in Zeiten der Pandemie überhaupt möglich war! ■

Dr. Markus Braun, Wienhausen  
Mitglied im Ausschuss für Jugendzahnpflege der ZKN



Dr. Markus Braun

# Bei Berufsstart schon Fit for Future werden

**D**er Start ins Berufsleben ist oftmals turbulent. Wer gerade sein Examen hinter sich gebracht hat, freut sich vielleicht auf eine kurze Verschnaufpause und schon warten die nächsten Herausforderungen der Assistenzzeit. Vieles ist neu, vieles muss erlernt werden und immer wieder kommen neue Dinge hinzu. Und ganz nebenbei will man sich vielleicht auch schon mal perspektivisch auf eine berufliche Selbstständigkeit vorbereiten. Da kann man schnell den Überblick verlieren. Deshalb bieten Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) nun ein berufsbegleitendes Fortbildungsprogramm an, dass sich an Berufsstarterinnen und Berufsstarter wendet. Schon vor einiger Zeit hatten wir hier im NZB auf „Fit for

Future“ hingewiesen und nach Praxen gesucht, die sich an dem Programm beteiligen wollen, um die duale Weiterbildung mitzugestalten. Die Resonanz darauf war groß, so dass wir nun optimistisch sind, mit dem Programm in der ersten Jahreshälfte 2022 starten zu können. Deshalb suchen wir nun nach interessierten jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten für das Programm. Hier erfahren Sie, was Sie bei einer Teilnahme alles erwartet:

## Worum geht es?

In den ersten Berufsjahren haben Zahnärztinnen und Zahnärzte viele Fragen, die vielleicht nicht immer im hektischen Berufsalltag umfassend beantwortet werden können. Zudem gilt es, praktische Übungen, aber auch verwaltungstechnische Details zu lernen. Ganz wichtig zum Start des Berufslebens ist es ebenso, Kontakte zu knüpfen und viele Fragen im geschützten Rahmen stellen zu können.

Das Programm „Fit for Future“ vereint all diese Anforderungen in einer dualen berufsbegleitenden Fortbildung mit 13 Fortbildungstagen und einer begleitenden Vor- und Nachbereitung der Themen in der Praxis. Durch eine Mischung aus Präsenz- und Online-Veranstaltungen können Sie Kontakte knüpfen und sich zeitgleich zeitschonend neben Ihrer zahnärztlichen Tätigkeit fortbilden.

## Wie kann ich mich bewerben?

In den kommenden Wochen werden wir auf unserer Internetseite einen Anmeldebogen bereitstellen, über den Sie sich für das Programm anmelden können. Schauen Sie doch mal vorbei. (Link in Infokasten). Wenn Sie bereits als Vorbereitungsassistentenzahnärztin oder -zahnarzt tätig sind, sprechen Sie mit Ihrer Chefin oder Ihrem Chef über die Teilnahme an dem Programm. Wir können auch weiterhin interessierte Praxen aufnehmen. Sollten Sie gerade erst das Examen bestanden haben und noch eine Stelle suchen, bei der auch die begleitende postgraduale Qualifizierung angeboten wird, melden Sie sich gerne bei uns. Wir können Ihnen Praxen nennen, die sich bereits für eine Teilnahme an dem Qualifizierungsprogramm angemeldet haben.



Foto: © stock.adobe.com - airfriday

### Was erwartet mich?

Sie durchlaufen innerhalb von zwei Jahren ein 13-tägiges Fortbildungsprogramm, das zum Teil online angeboten wird und zum Teil als Präsenzveranstaltung stattfindet. Die Inhalte umfassen sowohl zahnmedizinische Fragestellungen als auch Fragen der Praxisführung und des Praxismanagements. Für diese Veranstaltungen fallen Kosten in Höhe von 806 EUR an, die optional auch in 13 Raten gezahlt werden können. Zusätzlich sollen die Themen in den Praxen durch Vor- und Nachbereitung der Behandlungsschritte sowie Anleitung, beispielsweise bei Abrechnungsfragen oder Organisationsabläufen, vertieft werden. Nach einem erfolgreichen Abschluss erhalten Sie ein entsprechendes Zertifikat. ■

\_\_\_\_\_ Julia Treblin, Leiterin Öffentlichkeitsarbeit der ZKN

Mehr zum Programm Fit for Future können Sie auf der Internetseite der ZKN nachlesen:

→ <https://zkn.de/praxis-team/fit-for-future.html>

Dort können Sie ab Ende Januar auch den Anmeldebogen für das Programm herunterladen.

Sie haben noch Fragen?

Melden Sie sich gerne:

Gabriele König

Tel.: 0511 83391-313

Fax: 0511 83391-42313

E-Mail: [Fit-For-Future@zkn.de](mailto:Fit-For-Future@zkn.de)



## PROGRAMMDETAILS IN TABELLENFORM

Tag/Modul	Thema	Seminarformat
1	Zahnmedizin in der GKV Fakten, Zahlen, Chancen	vorr. Präsenz
2	Zahnmedizin trifft Medizin: Multimorbidität, Multimedikation, Geriatrie und die Risiken vorerkrankter Patientinnen und Patienten	Online
3	Entscheidungs-, Planungs- und Komplikationstraining anhand komplexer Patientenfälle: Wenn Chirurgie/Implantologie, Parodontologie und Prothetik zusammentreffen	Online
4	Alterszahnheilkunde: Präventionsschulung, organisatorische Aspekte, mobile Ausstattung, Therapiekonzepte, SGBV/XI §22 a, Pflegegrade, Behindertenausweis, Eingliederungshilfe, Aspiration	Online
5	Digitale Praxisverwaltung/EDV	Online
6	Hygiene in der Zahnarztpraxis Praktische Vorstellung von Praxissoftwaresystemen	Präsenz
7	ZQMS: Praxisführung und Verwaltung Teil 1	Online
8	ZQMS: Praxisführung und Verwaltung Teil 2	Online
9	Simultatives Notfalltraining	Präsenz
10	Rund um die zahnärztliche Praxisführung Digitale Workflows in der modernen Praxis Qualitätsmanagement Anwendungen der Telematik IT-Sicherheit	vorr. Präsenz
11	Abrechnung, Dokumentation und Verträge Einführung in die Abrechnung mit der KZVN Vertragswesen Dokumentation der Behandlungsabläufe Qualitätsprüfung	vorr. Präsenz
12	Existenzgründung Finanzbuchhaltung/Steuer/Grundlagen Risikomanagement Kreditmanagement Vermögensmanagement	Online
13	GOZ-Abrechnung	Online



Foto: © Monster Zstudio - stockadobe.com

## ZKN-Relevante Rechtsprechung

**D**ie Anwendung von Steigerungssätzen ist gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ in der Rechnung zu begründen, auf Verlangen ist die Begründung gemäß § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ näher zu erläutern.

Nachdem die in einer Rechnung enthaltene Begründung von der Beihilfestelle nicht akzeptiert wurde, fasste der Zahnarzt seine in der Rechnung gegebene Begründung in der verlangten näheren Erläuterung inhaltlich völlig anders, allerdings wurde auch diese Erläuterung mit Widerspruchsbescheid abgelehnt.

In einem Verfahren gegen den ablehnenden Beihilfebescheid vor dem **Verwaltungsgericht Schleswig-Holstein (Az.: 12 A 25/17 vom 01.11.2018)** begehrte nun der Beihilfeberechtigte Beihilfeleistungen zu zahnärztlichen Aufwendungen hinsichtlich des den 2,3-fachen Satz übersteigenden Vergütungsanteils.

Die der näheren Erläuterung zugrundeliegenden Gründe wurden vom Verwaltungsgericht als hinreichend für den erhöhten Steigerungssatz bewertet.

Interessanterweise wird in den Entscheidungsgründen hierzu ausgeführt: „Der Zahnarzt hat die Schwellenwertüberschreitung ordnungsgemäß nach-begründet. ...

**Dabei kann die ursprüngliche Begründung** auf diesem Wege auch nachträglich im verwaltungsgerichtlichen Verfahren ausgetauscht und **durch eine völlig neue Begründung ersetzt werden.**“



### ZKN-BERECHNUNGSEMPFEHLUNG

Die plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung nach der Geb.-Nr. 3100 GOZ kann auch neben der Extraktion eines Zahnes nach der Geb.-Nr. 3000 oder 3010 GOZ berechnet werden. Die Notwendigkeit der plastischen Deckung kann insbesondere verursacht sein durch eine erhöhte Blutungsneigung oder eine eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur Wundtoilette.

Die Geb.-Nr. 3100 GOZ kann einmal je Gebiet einer zusammenhängenden Schnitfführung berechnet werden.

Handelt es sich bei der Geb.-Nr. 3100 GOZ um die höchste zuschlags-berechtigte, nicht stationär erbrachte Leistung der GOZ am Operationstag und wird kein Operationszuschlag aus der GOÄ in Ansatz gebracht, ist zusätzlich die Geb.-Nr. 0500 GOZ berechnungsfähig.

Für atraumatisches Nahtmaterial besteht darüber hinaus Anspruch auf Auslagenersatz.

**Geb.-Nr. 3100 GOZ** Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnitfführung)

**Geb.-Nr. 0500 GOZ** Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind, ...

**Geb.-Nr. 3000 GOZ** Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantates

**Geb.-Nr. 3010 GOZ** Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes

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

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



# Gewinnerzielung im Praxislabor

**V**iele Zahnärzte betreiben ein Praxislabor, d.h. sie lassen mit Hilfe von entsprechend ausgebildeten Angestellten für ihre Patienten Zahnersatz im eigenen Labor herstellen. Dass sie dies dürfen, ist in zahlreichen Gerichtsurteilen bestätigt worden.

Das Landgericht Darmstadt (LG) hatte sich nun mit der auf den ersten Blick überraschenden Frage zu befassen, ob der Zahnarzt mit der Herstellung von Zahnersatz einen Gewinn machen darf.

Anlass war eine Abmahnung einer Firma, die ein CAD/CAM-gestütztes System vertreibt, bei dem mithilfe einer Oralkamera die präparierten Zahnoberflächen digital erfasst werden und nach entsprechender Bearbeitung im PC die Restauration aus einem Materialblock herausgefräst wird. Die Firma rechnete auf einer Broschüre vor, dass ein Zahnarzt für jede so von ihm gefertigte Krone mehr als 200 € mehr berechnen könne, als er für Verbrauchsmaterial ausgeben. Dies sei möglich, da der Zahnarzt in solchen Fällen von den Vorgaben des BEL II und der BEB abweichen könne.

Das LG hielt solche Aussagen für zulässig und wies die Abmahnung zurück (Az. 18 O 33/20). Die Begründungen des Gerichts sind einleuchtend: Es müsse dem Zahnarzt möglich sein, „einen angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteil“ abzurechnen. Anderenfalls trage der Zahnarzt das Risiko eines wirtschaftlichen Verlustes, ohne umgekehrt eine Gewinnmöglichkeit zu haben. Im Übrigen enthielten die Rechnungen von gewerblichen Labors ja auch einen Gewinnanteil und außerdem dürfe der Zahnarzt das Skonto von 3% einbehalten.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass nur ein „angemessener“ Gewinn zulässig ist und dass der Zahnarzt mit einer solchen Herstellung des Zahnersatzes erhebliche Arbeit hat und die o.g. 200 € keineswegs „für nichts“ erhält. ■



Foto: © vegefox.com - stock.adobe.com

# Allergien gegen Zahnersatz

**N**icht wenige Patienten leiden unter Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen Materialien. Es versteht sich von selbst, dass diese Materialien bei diesen Patienten nicht verwendet werden sollten. Wenn ein entsprechender Allergiepass vorgelegt wird, ist der Fall klar. Besteht auch eine Pflicht des Zahnarztes, von sich aus nach Allergien zu suchen oder von ihm verwendete Materialien ohne konkreten Anlass auf Verträglichkeit bei dem Patienten zu prüfen?

Das Oberlandesgericht Dresden (OLG) hat sich hierzu eindeutig positioniert: „Liegen keine konkreten Anhaltspunkte für etwaige Unverträglichkeiten vor, so besteht für den Zahnarzt grundsätzlich keine Verpflichtung zur Durchführung von Allergietests vor dem Einbringen von Zahnersatz“ (Az. 4 W 276/21). Mit anderen Worten: Der Patient muss beweisen, dass dem Zahnarzt die Allergie bei Planung bzw. Eingliederung des Zahnersatzes bekannt war – vorzugsweise durch Übergabe des Allergiepasses. ■

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

## SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



### WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

### Die Bedeutung von Speichel und Speicheldiagnostik in der zahnärztlichen Praxis

#### Inhalte:

- ▶ Mundtrockenheit und Lebensqualität
- ▶ Was alles für Mundtrockenheit verantwortlich sein kann
- ▶ Speichel – das Gute daran ist das Gute darin
- ▶ Professionelle Speicheldiagnostik in der Zahnarztpraxis
- ▶ Möglichkeiten der Beeinflussung von Mundtrockenheit
- ▶ Erkrankungen der Speicheldrüsen: was tun?
- ▶ Welchen Einfluss der Speichel auf die orale Gesundheit hat
- ▶ Professionelle Therapie von Mundtrockenheit
- ▶ Prognose bei Mundtrockenheit
- ▶ Mund- und Zungenbrennen – wie hilft man Betroffenen?
- ▶ Wie die Ernährung Einfluss auf Speichelmenge und -qualität hat



Prof. Dr.  
Andreas Filippi

Foto: Privat

#### Online-Seminar

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi

**Samstag, 26.02.2022 von 09:00 – 17:00 Uhr**

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 170,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 187,- €

Kurs-Nr.: Z 2211

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK

### → Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

16.02.2022 Z 2206

5 Fortbildungspunkte

#### Behandlung endodontischer Schmerzfälle: Medikamente, Anästhesie und kausale Therapie

Prof. Dr. Edgar Schäfer, Münster

16.02.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 110,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 115,- €

18.02.2022 Z 2207

5 Fortbildungspunkte

#### Online-Seminar

#### Erfolgreich behandeln auch mit wenig Personal in Zeiten des Fachkräftemangels

Dr. Oliver Schäfer, Tambach-Dietharz

18.02.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 77,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 82,- €

19.02.2022 Z 2208

8 Fortbildungspunkte

#### Update zahnärztliche Pharmakotherapie

PD Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

19.02.2022 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 308,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 313,- €

25.02.2022 Z 2209

8 Fortbildungspunkte

#### Online-Seminar

#### Zahntrauma: aktuell – effektiv – praxisbezogen

Prof. Dr. Andreas Filippi

25.02.2022 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 170,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 187,- €

## Die UPT-Spezialisten – ein praktischer Arbeitskurs

Mit den neuen PAR-Richtlinien haben wir endlich den Fokus auf der unterstützenden parodontalen Therapie. Hierbei wird der Behandlungserfolg stabilisiert und Neuinfektionen können verhindert werden. Der langfristige Erfolg ist abhängig von der regelmäßigen Nachsorge und diese muss befundabhängig und bedarfsorientiert erfolgen. Die Mitarbeit und Compliance des Patienten ist dabei unerlässlich. In diesem Kurs werden alle Inhalte der UPT theoretisch und praktisch vermittelt. Die Abrechnung und die Organisation in der Praxis werden besprochen.



Sabine Sandvoß

### Kursinhalte:

- ▶ Instrumentenkunde
- ▶ Griff- und Abstütztechnik
- ▶ Ergonomie, rückschonendes Arbeiten
- ▶ Manuelle Bearbeitung von Zahn- und Wurzeloberflächen sowie Furkationen
- ▶ Maschinelle Bearbeitung mit Schall- und Ultraschall sowie mit Pulver-Wasser-Strahl-Gerät
- ▶ Anamnese
- ▶ Mundhygienebefunde, Mundhygienekontrolle
- ▶ Mundhygieneunterweisung/Beratung
- ▶ Erfassen aller parodontalen Befunde sowie PSI, BOP
- ▶ Durchführung einer therapeutischen UPT, supragingivale und gingivale Reinigung, Biofilmbearbeitung einschließlich Politur und Fluoridierung
- ▶ Abrechnung der UPT

Referentin: Sabine Sandvoß, Hannover  
Termine je:

**Kurs.Nr. F 2212 am Freitag, den 18.03.2022  
von 09:00 – 18:00 Uhr, Frühbucher bis 18.01.2022**  
**Kurs.Nr. F 2213 am Mittwoch, den 13.04.2022  
von 09:00 – 18:00 Uhr, Frühbucher bis 13.02.2022**  
**Kurs.Nr. F 2214 am Mittwoch, den 11.05.2022  
von 09:00 – 18:00 Uhr, Frühbucher bis 11.03.2022**

Weitere Termine finden Sie auf unserer Webseite  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite:  
Frühbucher 330,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung:  
danach 363,- €  
Max. 10 Teilnehmer

## → Für zahnärztliches Fachpersonal

**21.01.2022 Z/F 2201**

### Die Befundklassen 1-3. Einführung in die Grundlagen des ZE-Festzuschusssystem

Yvonne Pradel, Hannover  
21.01.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 78,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 83,- €

**09.02.2022 Z/F 2202**

### Easy – 2022 Für (Neu)Einsteiger und Profis

Mit einer soliden Grundlage in die zahntechnische Abrechnung  
Stefan Sander, Hannover  
09.02.2021 von 13:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 149,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 154,- €

**12.02.2022 F 2218**

### Learning by doing. Arbeitsgrundkurs

Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch  
Sabine Sandvoss, Hannover  
12.02.2022 von 09:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 242,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 247,- €

**12.02.2022 Z/F 2204**

### Der Aufbaukurs zu den Befundklassen 1-3 im Festzuschusssystem

Yvonne Pradel, Hannover  
12.02.2022 von 09:00 bis 13:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 78,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 83,- €

**12.02.2022 Z/F 2205**

### Online-Seminar

### Behördliche Begehung – gut vorbereitet

Viola Milde, Hamburg  
12.02.2022 von 10:00 bis 16:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 72,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 77,- €

**16.02.2022 F 2238**

### Rückschonendes und schmerzfreies Arbeiten in der Prophylaxe

Bianca Willems, Bendorf  
16.02.2022 von 15:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 223,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 228,- €



### WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

## WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

# Bezirksstellenfortbildung der ZKN

## BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Vorerst ausschließlich Online

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

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
17.01./20.01.2022, 19:30 Uhr – ca. 21:30 Uhr	<b>Online-Seminar</b> Endodontie: Die orthograde Revision, Dr. Thomas Clauder, Hamburg
02.03.2022, 18:30 Uhr – 21:30 Uhr	<b>Online Seminar</b> Der endodontisch behandelte Zahn in der zahnärztlichen Prothetik, Prof. Dr. Torsten Mundt, Greifswald

## BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Vorerst ausschließlich Online

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

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
18.01.2022, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	<b>Online-Seminar</b> Zahntrauma in der bleibenden Dentition, Dr. Bernard Bengs, Berlin, Dr. Eva Dommisch, Berlin
25.01.2022, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	<b>Online-Seminar</b> Dentales Trauma bei Kindern, Dr. Bernard Bengs, Berlin, Dr. Eva Dommisch, Berlin
01.03.2022, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	<b>Online-Seminar</b> Gesichtsverletzungen, Prof. Dr. Jan Rustemeyer, Bremen

## Termine

 **03.-05.02.2022**  
Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer  
Niedersachsen, Hannover  
Infos: [www.zkn-kongress.de](http://www.zkn-kongress.de)


 **18.-19.03.2022**  
29. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag Online  
Infos: [www.kzv-sh.de](http://www.kzv-sh.de)



Foto: © stock.adobe.com - Pimam Khumuang



## Praxisjubiläen

### GÜNTER EICKHOFF & AYLIN HEYER

In diesem Jahr begehen eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter unserer Praxis ein Dienstjubiläum, Frau Aylin Heyer geb. Brauner mit 25 und Herr Günther Eickhoff mit 30 Jahren.

Herr Eickhoff hat seine Tätigkeit als gelernter Zahntechniker bei uns 1991 mit dem Schwerpunkt Kieferorthopädie begonnen und arbeitet hauptsächlich in der Praxis von Frau Dr. F. Sucker-Hölscher. Quasi nebenberuflich gehört er aber auch unserem Team an und versorgt uns sehr zuverlässig mit Gipsmodellen, Aufbißbehelfen, Bohrschablonen für die Insertion von Implantaten und Splints für Umstellungsosteotomien im Rahmen der Dysgnathie Chirurgie. Trotz der räumlichen Trennung funktioniert die Zusammenarbeit über viele Jahre eingespielt perfekt.

Frau Heyer hat ihre Ausbildung 1996 bei uns begonnen und termingerecht abgeschlossen. Seitdem ist sie vornehmlich im Bereich Praxisverwaltung und Abrechnung tätig und befasst sich souverän mit der immer aufwendiger werdenden Praxis-EDV. Dies ist bis heute so geblieben, lediglich unterbrochen von einer Babypause für ihren Sohn Phil. Dank ihrer ausgezeichneten Fachkenntnisse ist Frau Heyer damit eine wesentliche Stütze unserer Praxis.

Beiden gemein ist ein offenes, stets fröhliches und humorvolles Wesen, das sich sehr positiv auf das Arbeitsklima auswirkt. Wir möchten auf diesem Wege Frau Heyer und Herrn Eickhoff höchstes Lob und Anerkennung aussprechen und uns für die langjährige und sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit herzlich bedanken in der Hoffnung auf noch möglichst viele weitere erfolgreiche berufliche Jahre. ■

\_\_\_\_\_ Dr. Dr. A. Koch, Dr. Dr. A. Nitsch und alle Mitarbeiter, Goslar



## Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 16.12.2021 Hubertus Kreuzkamp (92), Damme
- 16.12.2021 Dr. Barbara Knigge-Venema (85), Peine
- 16.12.2021 Dr. Lutz Siegmann (75), Burgwedel
- 18.12.2021 Hans-Ullrich Peters (75), Osterode
- 18.12.2021 Csaba Megyery (85), Salzhausen
- 22.12.2021 Dr. Lotte Schwander (80), Hollern
- 24.12.2021 Dr. Gerhard Hoffmann (80), Braunlage
- 26.12.2021 Ursula Pfütze (75), Braunschweig
- 26.12.2021 Stephan Schiebelmann (70), Jade
- 27.12.2021 Dr. Bernhard Leussink (91), Nordhorn
- 31.12.2021 Dr. Uwe Springer (87), Osnabrück
- 02.01.2022 Dr.-medic stom./Med. Inst. Temes Jochen Reiner Kurdum (70), Elze
- 02.01.2022 Dr. Ingelore Wildanger (80), Sarstedt
- 03.01.2022 Dr. Reiner Glauer (80), Wolfsburg
- 05.01.2022 Hans-Joachim Kern (70), Bückeburg
- 06.01.2022 Dr. Ulrike Schwendowius (75), Hankensbüttel
- 08.01.2022 Dr. Hans Joachim Hoeschen (94), Leer
- 14.01.2022 Dr. Helge Krause (80), Hameln



# Dr. Klaus-Jürgen Zschaubitz – eine Institution geht „von Bord“

## NACHFOLGER IM BESCHWERDEAUSSCHUSS DR. HENNING OTTE

**W**ir schreiben das Jahr 2005: Gerhard Schröder ist Bundeskanzler (bevor er im November von Angela Merkel abgelöst wird). Das Kyoto-Protokoll tritt in Kraft. Zum Wort des Jahres 2005 wird „Bundeskanzlerin“ erkoren und die Baltischen Staaten sowie weitere Länder werden als neue Mitglieder in die EU aufgenommen.

Und: Dr. Jürgen Zschaubitz übernimmt im Januar 2005 den Vorsitz des Beschwerdeausschusses, einem paritätisch besetzten Gremium, das gemeinsam von der Vertragszahnärzteschaft und den Krankenkassen finanziert wird.

Dezember 2021: Hunderte von Gremiensitzungen und gefühlte tausend Beschlüsse später ist es soweit. Die Ära Zschaubitz als Vorsitzender vom Beschwerdeausschuss endete zum 31.12.2021. Seine Nachfolge trat ab 01.01.2022 Dr. Henning Otte aus Hannover an.

In den 16 Jahren seiner Tätigkeit als Vorsitzender des Gremiums hat Kollege Zschaubitz das Vertrauen aller Beteiligten erworben. Seine ruhige Hand, seine Erfahrung und seine fachlich herausragende Expertise haben nicht nur maßgeblich zur erfolgreichen Arbeit des Gremiums beigetragen, sondern auch die Akzeptanz der Entscheidungen dieser Widerspruchsstelle für Zahnärztinnen und Zahnärzte bei Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Seiten der Verfahrensbeteiligten befördert.

Nicht vergessen werden soll darüber hinaus, dass Klaus-Jürgen Zschaubitz bereits seit 1969! seine Expertise in die Arbeit unzähliger Gremien der KZVN eingebracht hat. Um nur einige zu nennen: Mitglied im Prüfungsausschuss VdAK, Vorsitz im Arbeitsausschuss Prothetik, Stellvertreter im Vertragsausschuss, Mitglied im Gutachtergremium, Mitglied der Vertreterversammlung und Vorsitzender des Zulassungsausschusses.

Wir danken Dir, lieber Klaus-Jürgen, für Dein herausragendes Engagement für die niedersächsische Vertragszahnärzteschaft. Bleibe weiterhin gesund und genieße den „Unruhestand“.

Und Dir, lieber Henning, wünschen wir eine ebenso gute Hand für die neue Aufgabe als Vorsitzender des Beschwerdeausschusses! ■

Herzlichst  
Dr. Thomas Nels



## Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

**Dr. Dieter Schneemann**  
geboren am 30.11.1940, verstorben am 06.01.2021

**Dr. Manfred Sieglaff**  
geboren am 15.04.1932, verstorben am 29.04.2021

**Dr. Otto Thole**  
geboren am 23.03.1931, verstorben am 02.06.2021

**Dr. Jürgen Scholz**  
geboren am 23.12.1946, verstorben am 13.11.2021

**Dr. Hermann Riehn**  
geboren am 29.05.1931, verstorben am 17.11.2021

**Dr. Holger Rosenblatt**  
geboren am 05.06.1940, verstorben am 24.11.2021

**Dr. Gisbert Henkel**  
geboren am 22.06.1935, verstorben am 25.11.2021

**Dr. Anneliese Poley**  
geboren am 19.03.1938, verstorben am 05.12.2021

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

# ZAMB – Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung

## WECHSEL IM VEREINSVORSITZ – DR. WILHELM BOMFLEUR FÜR SEIN JAHRELANGES ENGAGEMENT GEDANKT



Foto: Riefenstahl/ZfN

*Dr. Wilhelm Bomfleur trägt zum letzten Mal seinen traditionellen „Bericht des Vorsitzenden“ gegenüber den Mitgliedern der ZAMB vor.*

**A**m 08.12.2021 fand die diesjährige Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen e.V. (ZAMB) statt. Dr. Wilhelm Bomfleur hatte nach fast 20-jährigem Vorsitz sein Amt aus persönlichen Gründen zur Verfügung gestellt. Seit 2002 führte er den Verein und prägte ihn mit seiner Arbeit und seinem Einsatz maßgeblich. Seit Gründung des Vereins im Jahr 1974 hatte Dr. Bomfleur dieses Amt von allen ersten Vorsitzenden am längsten inne. Mit seinem unermüdlichen Einsatz und mit Hilfe seines über die vielen Jahre entstandenen Netzwerkes hat er das Ziel der ZAMB, die Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung, ein großes Stück vorangebracht. Gleich zu Beginn

seines Amtsantritts stellte Dr. Bomfleur die von dem Verein für Pflegekräfte, Angehörige und Betroffene angebotenen Prophylaxe-Seminare auf neue Beine, um einen größeren Kreis an Betreuern und Betreuerinnen zu erreichen, die durch ihre Unterstützung bei der Mundhygiene dieser Patientengruppe zu einer Verbesserung der Mundgesundheit verhelfen. Ein Jahr vor Ende seiner sonst regulären Amtszeit hat Dr. Bomfleur den ersten Vorsitz an Dr. Dorothee Riefenstahl übergeben, die in der Mitgliederversammlung zu seiner Nachfolgerin gewählt wurde. Silke Lange wurde als Stellvertreterin gewählt. Der Kammerpräsident, ebenfalls Mitglied des Vorstands, dankte Dr. Bomfleur in einer kurzen Ansprache für sein langjähriges Engagement im Vereinsvorsitz. ■

\_\_\_\_ NZB-Redaktion

### ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Die Bescheide zur sachlich-rechnerischen Berichtigung konserv.-chirurgischer Leistungen für die Quartale Q022020 und Q032020 vom 26. November 2021

**für die Zahnärztin Sofia Guimelfarb, Limburgstraße 8, 30159 Hannover**

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

Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt. Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 17. Januar 2022 bis 31. Januar 2022**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2, VwZG gelten die Bescheide als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind. Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

### ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Die Bescheide zur sachlich-rechnerischen Berichtigung Zahnersatz für Monat 08/2020 vom 23. November 2021

**für die Zahnärztin Sofia Guimelfarb, Limburgstraße 8, 30159 Hannover**

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

Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt. Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 17. Januar 2022 bis 31. Januar 2022**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden.

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

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



## 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](mailto:zulassung@kzvn.de)**

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

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

### Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

### Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

#### Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

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

#### Fortführung einer bereits bestehenden

##### Berufsausübungsgemeinschaft

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

#### Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

#### Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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



## Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	15.12.2021
für die Sitzung am	26.01.2022
Abgabe bis	09.02.2022
für die Sitzung am	09.03.2022
Abgabe bis	17.03.2022
für die Sitzung am	20.04.2022
Abgabe bis	02.05.2022
für die Sitzung am	01.06.2022
Abgabe bis	15.06.2022
für die Sitzung am	13.07.2022
Abgabe bis	27.07.2022
für die Sitzung am	24.08.2022
Abgabe bis	12.09.2022
für die Sitzung am	12.10.2022
Abgabe bis	08.11.2022
für die Sitzung am	07.12.2022

## Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

### a) Vertragszahnärzte

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

### b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

#### Verwaltungsstelle Braunschweig

- ▶ Planungsbereich Landkreis Helmstedt:  
Der Planungsbereich Landkreis Helmstedt mit 14.496 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,9% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Braunschweig der KZVN, Vorsitzender Dr. Helmut Peters, Hildebrandstraße 38, 38112 Braunschweig, Tel. 0531 30292143, Fax 0531 239760006, E-Mail braunschweig@kzvn.de

#### Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg:  
Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.451 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5% versorgt.

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

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer:  
Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.430 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,2% versorgt.

Auskunft 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: 14.12.2021

## ZKN AMTLICH

### UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Sandy Jörg Leuckert..... Nr. 4803 vom 15.09.2003  
Manfred Dams..... Nr. 3266 vom 13.09.1994  
Dr. Christiane Weichsler..... Nr. 4672 vom 04.04.2003  
Dr. Christoph Koch..... Nr. 7785 vom 08.02.2013  
Godehard Waldmann..... – vom 28.05.1996  
Dr. Klaus Armerding..... Nr. 9463 vom 14.02.2018  
Dr. Gerrit Heits..... Nr. 2337 vom 05.10.1989  
Dr. Rolf-Ludwig Herbort..... Nr. 9401 vom 09.11.2017  
Dr. Hajo Wohlberg..... Nr. 4873 vom 10.12.2003  
Dr. Bernd Behlau..... Nr. 7006 vom 03.11.2010  
Dr. Bernd Gaudszuhn..... Nr. 3992 vom 19.03.2001  
Brigitte Schweitzer..... Nr. 1153 vom 05.11.1980  
Dr. Günther Peitsch..... Nr. 6632 vom 02.09.2009  
Dr. Jürgen Staats..... Nr. 6043 vom 13.09.2007

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

\_\_\_\_\_ZKN

## Entschädigungsordnung der ZKN

In der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 12.11.2021 wurde gemäß § 25 Nr. 1 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) eine geänderte Entschädigungsordnung der ZKN mit der erforderlichen 2/3 Mehrheit beschlossen. Sie wurde mit Bereitstellungsdatum vom 14.12.2021 auf der Homepage der ZKN – [www.zkn.de](http://www.zkn.de) (Beschlüsse der Kammerversammlung der ZKN / Rechtsgrundlagen der ZKN) – veröffentlicht und wird hiermit nach Veröffentlichung im Internet in das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) aufgenommen.

Die Entschädigungsordnung kann unter dem nachstehenden Link im Volltext abgerufen werden.

→ [https://zkn.de/fileadmin/user\\_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Entschaedigungsordnung\\_2021.pdf](https://zkn.de/fileadmin/user_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Entschaedigungsordnung_2021.pdf)



---

## Schlichtungsordnung der ZKN

In der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 12.11.2021 wurde gemäß § 25 Nr. 1 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) eine geänderte Schlichtungsordnung der ZKN mit der erforderlichen 2/3 Mehrheit beschlossen. Sie wurde mit Bereitstellungsdatum vom 14.12.2021 auf der Homepage der ZKN – [www.zkn.de](http://www.zkn.de) (Beschlüsse der Kammerversammlung der ZKN / Rechtsgrundlagen der ZKN) – veröffentlicht und wird hiermit nach Veröffentlichung im Internet in das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) aufgenommen.

Die Schlichtungsordnung kann unter dem nachstehenden Link im Volltext abgerufen werden.

→ [https://zkn.de/fileadmin/user\\_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Schlichtungsordnung\\_2021.pdf](https://zkn.de/fileadmin/user_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Schlichtungsordnung_2021.pdf)



---

## Wahlordnung für die Wahl zur Kammerversammlung der ZKN

In der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 12.11.2021 wurde gemäß § 25 Nr. 1 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) eine geänderte Wahlordnung für die Wahl zur Kammerversammlung der ZKN mit der erforderlichen 2/3 Mehrheit beschlossen. Sie wurde mit Bereitstellungsdatum vom 14.12.2021 auf der Homepage der ZKN – [www.zkn.de](http://www.zkn.de) (Beschlüsse der Kammerversammlung der ZKN / Rechtsgrundlagen der ZKN) – veröffentlicht und wird hiermit nach Veröffentlichung im Internet in das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) aufgenommen.

Die Wahlordnung für die Wahl zur Kammerversammlung der ZKN kann unter dem nachstehenden Link im Volltext abgerufen werden.

→ [https://zkn.de/fileadmin/user\\_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Wahlordnung\\_zur\\_Kammerversammlung\\_2021.pdf](https://zkn.de/fileadmin/user_upload/die-zkn/gesetzliche-grundlagen/Wahlordnung_zur_Kammerversammlung_2021.pdf)





# Beitragszahlung I. Quartal 2022

Der Kammerbeitrag für das I. Quartal 2022 ist fällig geworden.

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

Hannover, im Januar 2022

ZKN AMTLICH

Bitte  
beachten!

## Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages

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

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

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

→ Erteilen Sie der ZKN die Genehmigung zum Lastschriftverfahren. Das hat für Sie den Vorteil, dass keine Kosten mehr für Einzelüberweisungen anfallen.

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

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



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

**Ansprechpartnerin:**

Anita Henseler  
Tel.: 0511 83391-114

**ZKN**  
Zahnärztekammer  
Niedersachsen

# 69 WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS – DIGITAL

BIS ZU  
**56**  
FORTBILDUNGS-  
PUNKTE MÖGLICH

Live und anschließend 8 Wochen in der Mediathek abrufbar

## 3. – 5. Februar 2022

Online-Kongress für Zahnärzte/innen und deren Fachpersonal



**ENDODONTOLOGIE  
UND TRAUMATOLOGIE**

Was ist wichtig, wenn es  
schmerzt und kracht?

