

NZB

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

2019

— FROHES NEUES JAHR —

4 EU-Kommission zieht Bilanz



10 Zähne wie Kreide?



16 Wurzelkaries –
eine kurze Übersicht



26 Freiwillige Versicherung
bei der Berufsgenossen-
schaft





© Mihai Simonia | Fotolia
© Robert Kreschke | Fotolia

Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung Hannover 22./23. März 2019

*Tagungswochenende für zahnärztliche Berufseinsteiger
in Niedersachsen mit den Themen:*

- Zulassungsrecht, Kooperationsformen/Angestellte Zahnärzte • Ausbildung und Arbeitsverträge für Mitarbeiter/-innen • Wichtige Verträge und Versicherungen für die Zahnarztpraxis
- Beruf und Familie – Work-Life-Balance • Qualitätssicherung und Datenschutz – was ist wichtig?
- Die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) einer Zahnarztpraxis • Tipps zur Finanzierung einer Praxis
- Aufklärung des Patienten und rechtssichere Dokumentation • Qualitätssicherung und Datenschutz – was ist wichtig? • Zahnarztpraxis betriebswirtschaftlich führen – Steuerliche Optimierung bei Praxisgründung/Praxisübernahme • Der Kaufpreis einer Zahnarztpraxis – Der ideelle und der materielle Wert
- Teambildung und Mitarbeiterführung in der Zahnarztpraxis • Das Antikorruptionsgesetz – Tipps zu Strafbarkeitsrisiken in der Praxis



Weitere Informationen: KZVN-Fortbildungen | Telefon 0511 8405-233 | Telefax 0511 837267
E-Mail: info@kzvn.de | www.kzvn.de

Appell

Das neue Jahr wird uns wohl leider die gleichen Probleme bieten, mit denen wir uns im letzten konfrontiert sahen:

Neben dem Bürokratiewahn, dem Konflikt zwischen Datenschutz und Digitalisierung, der Tatsache begrenzter Mittel im Gesundheitswesen bei steigenden (auch juristischen) Ansprüchen an die Behandlung sieht sich auch der Gedanke der Freiberuflichkeit Angriffen des Zeitgeistes ausgesetzt.

Hat der Praxisinhaber sich bislang im höchsten Maße persönlich für „seine“ Patienten verantwortlich gefühlt und haben die Patienten ihn als „ihren“ Zahnarzt angesehen, wird dieser Aspekt in der derzeitigen Diskussion von den Verfechtern anderer Strukturen gerne verdrängt.

In der Regel ist die Wahl des Niederlassungsortes mit den dafür notwendigen Investitionen eine Entscheidung für das ganze Berufsleben. Dann ist man auch darauf angewiesen, dass die Patienten einem vertrauen. Wenn sich herumspricht, dass die Behandlungsqualität oder das Liquidationsverhalten nicht stimmen, hat der Praxisinhaber ein existentielles Problem.

Ein angestellter Zahnarzt hat dieses Problem nicht in dem Maße. Wenn die Praxis nicht „läuft“, kann er sich eine neue Anstellung suchen, ohne mit sechsstelligen Beträgen verschuldet zu sein.

Natürlich ist verständlich, wenn besonders junge Kolleginnen – aber auch junge Kollegen – sich erst einmal für diese Form der Berufsausübung entscheiden, und das in attraktiven Regionen.

So hat auch die Politik im Gleichklang mit der Bundesärztekammer unter anderem die Möglichkeit der Angestellten-tätigkeit populistisch begründet: „Die wollen das!“

Nebenbei bemerkt hat der Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten das Grundrecht auf freie Berufsausübung im Bereich des Kassenzahnrechts immer nur eingeschränkt, hier passiert auf einmal das Gegenteil!

Unter dem Gesichtspunkt des Sicherstellungsauftrages stellt sich das Problem etwas anders dar:

Wenn man sich danach richtet, was „die Leute wollen“, dann gäbe es keine Nachtdienste bei Polizei, Feuerwehr und Krankenhäusern, dann würde am Wochenende auch kein ÖPNV stattfinden und würden keine Züge fahren, und in den Gefängnissen wäre am Wochenende Tag der offenen Tür!



Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Und wenn man allerorten hört, die jungen Kollegen wollten nur „bohren“, sie wollten den ganzen Bürokratiekram nicht, und sich auch nicht in der Selbstverwaltung engagieren, dann sollte man das trotzdem nicht zum Prinzip erheben. Dann gibt es nämlich irgendwann keine Praxisinhaber mehr, die diese Dinge am Wochenende oder nach Feierabend erledigen. Dann gibt es vielleicht noch Praxisketten mit entsprechendem Verwaltungspersonal in der Hand von Zahnärzten, die sich diesem Modell verschrieben haben, oder in der Hand von Fremdkapital. Jedenfalls findet die „Selbstaussbeutung“ des Praxisinhabers nicht mehr statt, der in der Regel 47 Stunden die Woche arbeitet. Diese Arbeit muss dann auf mehrere höherqualifizierte Mitarbeiter verteilt werden.

Nach der Diktion der Krankenkassen erhöht das aber die „Stückkosten“!

Nun könnte man ja diese Modelle am Markt konkurrieren lassen (es sollen auch schon MVZ Insolvenz angemeldet haben).

Aber wer beteiligt sich dann noch an der Selbstverwaltung, wenn sich diese Strukturen durchsetzen sollten? Sitzen dann Ketteninhaber und Fondsmanager in der Vertreterversammlung, oder übernimmt gleich wieder der Staat?

Um dies zu verhindern, appelliere ich auch im neuen Jahr, den Weg in die Selbständigkeit zu gehen und sich möglichst auch in der Selbstverwaltung zu engagieren!

Darüber hinaus wünsche ich uns allen, dass die Weltpolitik uns im neuen Jahr nicht noch viel größere Sorgen bereitet und Sie trotz allem Freude am Beruf haben mögen! ■

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 54. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte
mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN),
erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats.
Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

Bonifatius GmbH, Druck – Buch – Verlag
Karl-Schurz-Straße 26, 33100 Paderborn
Tel.: 05251 153-0, E-Mail: info@bonifatius.de
Internet: www.bonifatius.de

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 03/19: 12. Februar 2019
Heft 04/19: 12. März 2019
Heft 05/19: 9. April 2019

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



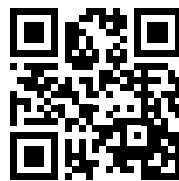
BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegen Beilagen für

- den 5. Tag der Qualitätszirkel des LV Niedersachsen im DGI e.V. und
- den 64. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung.



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



30



LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels:
Appell

POLITISCHES

- 4 EU-Kommission zieht Bilanz
5 Jahre Patientenrechterichtlinie und
ihre umstrittenen Nebeneffekte
- 5 eGK soll NFC-Technologie erhalten
- 6 Die zahnärztliche Einzelpraxis
hat Zukunft
Untersuchung des IDZ zur
Existenzgründung
- 7 Investitionen bei der zahnärztlichen
Existenzgründung 2017
„InvestMonitor Zahnarztpraxis“ –
Neue Einzelpraxis kostet 504.000
Euro
- 8 Unabhängige Patientenberatung
(UPD): Bundesrechnungshof will
Fördervereinbarung prüfen
- 9 Sozialversicherungsrechengrößen
2019

10



31



FACHLICHES

- 10 Zähne wie Kreide?
Ein kurzer Überblick zur Molaren-
Inzisiven-Hypomineralisation
- 16 Wurzelkaries – eine kurze Übersicht
- 22 „Wo Klinik draufsteht, muss auch
Klinik drin sein!“
- 26 Wissens- und überlegenswert:
Freiwillige Versicherung bei der
Berufsgenossenschaft
- 28 Röntgenverordnung ist in neue
Strahlenschutzverordnung überführt
- 30 Die Welt ist um 24 ZMV's reicher!
- 31 Niedersachsen ist um einige
qualifizierte Prophylaxe-Kräfte reicher!
- 32 Erfolgreich absolviert: 40-Stunden-
Sachkundelehrgang zur Aufbereitung
von Medizinprodukten
- 33 Zahnmedizin in Deutschland sorgt
für 878.000 Arbeitsplätze
- 34 Aktuelles Jahrbuch der Kassen-
zahnärztlichen Bundesvereinigung
Berufsbild weiter attraktiv –
bedenkliche Entwicklung bei Z-MVZ

16



32



TERMINLICHES

- 35 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 36 ZAN-Seminarprogramm
- 37 Termine
- 38 Veranstaltungstermine für
Auszubildende

PERSÖNLICHES

- 39 Herzlichen Glückwunsch
Dr. Dirk Timmermann zum
65. Geburtstag!
- 39 Zum 20-jährigen Praxisjubiläum –
herzlichen Dank!
- 40 Wir trauern um unsere Kollegin
und unseren Kollegen
- 40 Herzliche Glückwünsche
zum Geburtstag!

AMTLICHES

- 41 Beitragszahlung I. Quartal 2019:
Wichtige Information zur Zahlung
des Kammerbeitrages
- 42 Niederlassungshinweise
- 43 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 44 Kleinanzeigen

22



EU-Kommission zieht Bilanz

5 JAHRE PATIENTENRECHTERICHTLINIE UND IHRE UMSTRITTENEN NEBENEFFEKTE

Gut fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung hat die Europäische Kommission dem Europäischen Parlament und dem Rat der 28 Gesundheitsminister einen Bericht über deren Umsetzung in der Europäischen Union vorgelegt.

Die so genannte „Patientenrechterichtlinie“ wurde seinerzeit im Oktober 2011 vom Rat und Europäischen Parlament nach überaus kontrovers geführten Debatten vor allem über deren finanzielle Auswirkung auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten verabschiedet und musste bis zum 25. Oktober 2013 in allen Mitgliedstaaten umgesetzt werden.

Mit der Verabschiedung der Richtlinie erhielt jeder Patient das Recht, auch außerhalb seines Versicherungsstaates eine ambulante oder stationäre Behandlung zu erhalten. So sieht die Patientenrechterichtlinie vor, dass der Versicherungsstaat die Kosten einer ambulanten bzw. stationären Behandlung bis zu der Höhe ersetzt, die diese Behandlung im Versicherungsstaat gekostet hätte. Während im Falle einer ambulanten Behandlung der Versicherte generell keiner Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse seines Versicherungsstaates bedarf, fallen jedoch Gesundheitsleistungen, bei denen Planungsbedarf besteht, eine stationäre Aufnahme mit einer Übernachtung bzw. der Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur erforderlich ist, unter den Genehmigungsvorbehalt des Versicherungsstaates. Dieses Verfahren der Vorabgenehmigung muss jedoch angemessen und nach objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien erfolgen.

Der nun vorliegende Bericht (KOM 2018/651) beleuchtet nun einige Aspekte der Richtlinie wie das Erstattungssystem, Nutzung von Vorabgenehmigungen und Verwaltungsanforderungen, um festzustellen, ob bei der Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht (neue) Hindernisse für Patienten bei der Ausübung ihrer „Patientenrechte“ entstanden sind.



Foto: Coloures-Pic/Fotolia.com

So zeigt der Bericht der Kommission unter anderem, dass nur sieben Staaten (Tschechische Republik, Finnland, Estland, Litauen, die Niederlande, Schweden und Norwegen als EWR-Staat) auf das System der Vorabgenehmigung vollkommen verzichtet haben, während die Mehrheit der Staaten zum Teil umfangreiche Listen von Behandlungen angelegt haben, die alle unter den Genehmigungsvorbehalt fallen. In einigen Fällen musste die Kommission Mitgliedstaaten mit Vertragsverletzungsverfahren drohen, um diese „unverhältnismäßigen Listen“ zu kürzen. Zwischenzeitlich veröffentlichten alle Mitgliedstaaten auf ihren nationalen Websites die Liste der genehmigungspflichtigen Behandlungen. Andere Staaten verlangten wiederum von Patienten beglaubigte Übersetzungen ihrer medizinischen Unterlagen, um eine entsprechende Erstattung ihrer Behandlungskosten zu erhalten. Die Kosten für die Beglaubigung lagen manchmal höher als die Erstattung der Kosten für die Behandlung.

Ob diese Art von Hindernissen dazu geführt haben, dass die mit der Patientenrechterichtlinie verbundenen Rechte auf Erstattung der Kosten für eine ambulante oder stationäre Behandlung noch relativ wenig in der EU genutzt werden, lässt sich schwer sagen. Allerdings weisen die von der Kommission veröffentlichten Zahlen für die Jahre von 2015 bis 2017 darauf hin. Danach betrug die Gesamtzahl der Erstattungsanträge (ohne erforderliche Vorabgenehmigung) für 19 Mitgliedstaaten in 2015 ca. 180.000 und in 2017 für 20 Mitgliedstaaten ca. 194.000. Noch geringer fallen die Zahlen aus, wenn man die Kostenerstattungsanträge bei vorabgenehmigten Behandlungen betrachtet. In 2015 machten diese 55.000 Genehmigungen aus.

Neben den oben genannten Hindernissen lassen sich diese geringen „Fallzahlen“ wohl auch darauf zurückführen, dass viele Patienten zwischenzeitlich die Europäische Krankenversicherungskarte bei ungeplanten Gesundheitsleistungen im EU-Ausland nutzen, wodurch für sie auch die wesentlich attraktiveren Regelungen der Koordinierungsverordnung 883/2004 bei der Kostenerstattung für Behandlungen gelten. Nach der Verordnung 883/2004 werden die Kosten der Behandlung in der Höhe der tatsächlich angefallenen Kosten im Behandlungsstaat durch den Versicherungsstaat erstattet. So wurden in 2015 allein 2 Millionen Anträge auf Kostenerstattung im Rahmen der Verordnung 883/2004 gestellt!

Die vor allem von einigen Mitgliedstaaten befürchteten finanziellen Auswirkungen auf die Finanzierung ihrer nationalen Gesundheitssysteme halten sich auch im Rahmen. So beliefen sich die Erstattungskosten für genehmigte und ungenehmigte Gesundheitsdienstleistungen in 2016 auf gerade 65 Mio. Euro. Angesichts der Tatsache, dass nach Schätzung der OECD sich in 2017 die Kosten für die Gesundheitsversorgung in den EU-Staaten allein auf 10% des BIP und somit auf 15,3 Mrd. Euro beliefen, nehmen sich diese 65 Mio. Euro wie „Peanuts“ aus oder anders gesagt machen gerade mal 0,004% des BIP aus. Ein Blick auf die Mobilitätsströme von Patienten zeigt, dass im Falle von nicht vorab genehmigten Behandlungen vor allem Patienten aus Frankreich Behandlungen im EU-Ausland, d.h. in Spanien, Belgien und Portugal nachsuchten. Gefolgt von Patientenströmen von Dänemark nach Deutschland (vor allem Zahnbehandlungen), von Polen in die Tschechische Republik sowie von Norwegen nach Spanien.

Im Falle von Behandlungen mit einer erforderlichen Vorabgenehmigung reisten vor allem Patienten aus Frankreich für Behandlungen nach Spanien und Deutschland. Diese Zahlen zeigen vor allem zwei Trends. Danach gehen Patienten mehrheitlich für eine Behandlung vorzugsweise in benachbarte Länder bzw. Patienten kehren zurück in ihre Heimat, um dort von Familienangehörigen gepflegt zu werden.

So könnte man nach fünf Jahren zu der Schlussfolgerung gelangen, dass die damaligen Befürchtungen ob der finanziellen Effekte auf die nationale Gesundheitssysteme nicht eingetreten sind. Allerdings fällt ein solches Fazit zu kurz aus, denn es lässt die „Nebeneffekte“ der Patientenrichtlinie außer Acht.

Mit der Verabschiedung dieser Richtlinie erhielt die Kommission auch die rechtliche Möglichkeit, legislative Initiativen im Bereich von eHealth, Schaffung von europäischen Referenznetzwerken und nicht zuletzt im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) vorzulegen und damit konnte sie – nach ihrer Ansicht – die „freiwillige Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich“ maßgeblich fördern.

So wird im Bericht auf die seit März 2017 bestehenden 24 europäischen Referenznetzwerke für seltene Erkrankungen und auf die Ende 2018 startende eHDSI-Infrastruktur, über die Rezepte und Patientenakten zwischen 20 Mitgliedstaaten ausgetauscht werden sollen, ebenso verwiesen, wie auf den Anfang des Jahres vorgelegten Vorschlag zur Bewertung von Gesundheitstechnologien.

Das Fazit müsste daher lauten, die Patientenrichtlinie hat „Nebeneffekte“ an die keiner bei ihrer Verabschiedung gedacht hat. Einer dieser (heftig umstrittenen) Nebeneffekte, der HTA-Vorschlag, beschäftigt zurzeit die Mitgliedstaaten im Rat. ■ Quelle: gid Nr. 24 vom 05.11.2018

eGK soll NFC-Technologie erhalten



Die NFC-Technik (Near Field Communication), über die bereits viele EC-Karten verfügen, soll nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums auch Einzug in das deutsche Gesundheitswesen halten: Ein entsprechender Referentenentwurf sieht vor, die Krankenkassen ab 1. Dezember 2019 zu verpflichten, alle Krankenversicherungskarten mit einer kontaktlosen Schnittstelle auszustatten

Dadurch sollen die Versicherten in die Lage versetzt werden, die elektronische Gesundheitskarte mit einem Smartphone oder Tablet zu nutzen, ohne ein zusätzliches Kartenlesegerät verwenden zu müssen. Das ermögliche es, „mit einem mobilen Endgerät auf medizinische Daten der elektronischen Patientenakte, die mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, zuzugreifen“, heißt es dazu im Referentenentwurf. Außerdem könnten sich Versicherte so „gegenüber einer telemedizinischen Anwendung, einer Anwendung einer Krankenkasse oder einer weiteren Anwendung der Telematikinfrastruktur leichter mit der elektronischen Gesundheitskarte authentifizieren.“ „Zukünftig“ könne die kontaktlose Schnittstelle auch für den Zugriff der „Leistungserbringer“ genutzt werden, stellt der Entwurf in Aussicht. Krankenkassen müssen bereits jetzt die Gesundheitskarten ihrer Versicherten alle fünf Jahre austauschen. Im nächsten Austauschzyklus dürfen dann nur noch Karten mit der neuen Technologie ausgegeben werden. Unabhängig davon sollen Versicherte ab Dezember 2019 einen Anspruch auf die unverzügliche Ausgabe einer eGK mit kontaktloser Schnittstelle haben. Dabei werden künftige Karten auch weiterhin mit einer „kontaktbehafteten“ Schnittstelle ausgestattet sein: „Diese ist zusätzlich erforderlich, solange die Lesegeräte der Leistungserbringer nur über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen“, stellt das BMG in seinem Entwurf fest.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstünden aufgrund der Erweiterung der elektronischen Gesundheitskarte um eine kontaktlose Schnittstelle zusätzliche Kosten von 0,50 – 0,90 Euro pro Karte, bei der Neuausgabe drei bis fünf Euro pro Karte, rechnet das Bundesgesundheitsministerium vor. Insgesamt schätzt das BMG die Mehrkosten für den routinemäßigen Austausch der Karten über die ersten fünf Jahre auf 50 bis 60 Millionen Euro. ■

Kirsten Behrendt

Quelle: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr. 11/2018

Die zahnärztliche Einzelpraxis hat Zukunft

UNTERSUCHUNG DES IDZ ZUR EXISTENZGRÜNDUNG

Die bewährte zahnärztliche Einzelpraxis hat auch weiterhin eine Zukunftsperspektive, wird sich aber im Wettbewerb mit anderen Praxisformen grundlegend verändern. Das ist ein zentrales Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchung „Die zahnärztliche Niederlassung – Stand der Forschung zur Praxisgründung“ von Dr. David Klingenberg, die das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Köln jetzt vorgestellt hat. Die Analyse beschreibt anhand empirischer Daten aus 30 Jahren Existenzgründungsforschung mögliche Szenarien zahnärztlicher Niederlassung. Wissenschaft und Politik und angehende Gründer können sich mit der Monographie umfassendes Hintergrundwissen über die zahnärztliche Niederlassung verschaffen.

Prof. Dr. A. Rainer Jordan, Wissenschaftlicher Direktor des IDZ: „Die zahnärztliche Berufsausübung hat zuletzt eine Reihe gesetzgeberischer Eingriffe erfahren, die sich unterschiedlich auf das Gründungsverhalten junger Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgewirkt hat. Praxisformen und deren Größenwachstum unterliegen einem erheblichen Wandel. So kann eine Niederlassung heutzutage etwa auch in Form einer (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Partnergesellschaft erfolgen. Auch muss die Entscheidung für eine Niederlassung keine Festlegung für das gesamte Arbeitsleben bedeuten.“ Die neue Analyse des IDZ weist eindeutig nach, dass diese Entwicklung aber nicht zum Rückgang der be-

währten Einzelpraxis geführt habe. Die Möglichkeiten der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten lassen die Unterschiede zwischen den Praxisformen jedoch zunehmend verschwinden: Während der „Einzelkämpfer“ vermutlich verschwinde, habe die Einzelpraxis als solche durchaus Entwicklungschancen.

„Die junge Zahnärztegeneration will ihre berufliche Tätigkeit flexibel in Praxisformen ausüben, die ganz auf ihre Bedürfnisse und Vorstellungen, etwa der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, angepasst sind. Dazu bedarf es intelligenter Modelle, die ein positives Gründungsumfeld und eine ökonomisch nachhaltige Praxistätigkeit ermöglichen. Auch für die nächste Generation von Zahnärzten muss – bei gleichbleibend guten Lebensbedingungen – die freie Wahl der Berufsausübung bestehen – damit unser Beruf ein freier Beruf bleibt“, sagte Jordan. ■

Quelle: Gemeinsame Presseinformation KZBV, BZÄK, IDZ vom 14.11.2018

AUSSTATTUNGSZAHLEN ZUR TELEMATIKINFRASTRUKTUR (TI)

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN FÜR DEN BEREICH DER KZVN:

Stand 30.11.2018:

TI-Bestätigungen: 1.382 entsprechen **36,6%** bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von **3.780** Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

Praxisausweise: 2.849 entsprechen **75,4%** bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von **3.780** Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN BUND:

Grundlage ist die Meldung der KZBV vom 07.12.2018 (Stand 30.11.18) aus den KZBV Rundschreiben:

TI-Bestätigungen: 11.582 entsprechen **26,5%** bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von **43.767** Zahnarztpraxen.

Praxisausweise: 28.497 entsprechen **65,1%** bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von **43.767** Zahnarztpraxen.

„InvestMonitor Zahnarztpraxis“ – Neue Einzelpraxis kostet 504.000 Euro

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung.

Für das Jahr 2017 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- ▶ Die Übernahme einer Einzelpraxis war die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 66% der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- ▶ Das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme belief sich auf 367.000 Euro und lag damit etwa 7% über dem Vorjahresniveau.
- ▶ Das Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer Einzelpraxis betrug 504.000 Euro und lag somit 5% unter dem Vorjahreswert.
- ▶ 27% der zahnärztlichen Existenzgründer wählten die Berufsausübungsgemeinschaft; bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft mit 35% deutlich höher.
- ▶ Die Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft erforderte im Schnitt ein höheres Finanzierungsvolumen als im Vorjahr. Die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft schlug mit 412.000 Euro zu Buche, während die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft im Schnitt ein Finanzierungsvolumen in Höhe von 342.000 Euro erforderte.
- ▶ Während das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt um 44% über dem Niveau allgemeinärztlicher Praxen lag, wurde bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen in der Regel ein gegenüber allgemeinärztlichen Praxen um 80% höheres Finanzierungsvolumen benötigt. ■

Quelle: IDZ Veröffentlichung vom 13. Dezember 2018 Klingenberger, D. und Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2017 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). Zahnmed Forsch Versorg 2018, 1:4



Die Publikation kann unter folgendem Shortlink gefunden und kostenlos heruntergeladen werden: <https://tinyurl.com/idz-20181213>

(Dem Shortlink ist folgender Link hinterlegt: <https://www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/investitionen-bei-der-zahnaerztlichen-existenzgruendung-2017.html>)

Institut der 
Deutschen Zahnärzte

UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG (UPD):

Bundesrechnungshof will Fördervereinbarung prüfen

Im Raum stehen Qualitätsmängel und intransparente Finanzen: Der Bundesrechnungshof (BRH) will die Fördervereinbarung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) nach dem Eigentümerwechsel zur Careforce Sanvartis Holding anfordern.

Nachdem bereits Bundestagsabgeordnete mehrerer Fraktionen im Gesundheitsausschuss Bedenken zur Unabhängigkeit der UPD angemeldet hatten, nimmt nun der Bundesrechnungshof die Vorgänge bei der gGmbH ins Visier.

Wie der BRH gegenüber den zm bestätigte, werde er „den GKV-Spitzenverband in Kürze schriftlich um eine Kopie der Fördervereinbarung mit der UPD/Sanvartis bitten“. Die rechtliche Grundlage für die Anforderung ist § 95 (Auskunftspflicht) der Bundeshaushaltsordnung (BHO):

- (1) Unterlagen, die der Bundesrechnungshof zur Erfüllung seiner Aufgaben für erforderlich hält, sind ihm auf Verlangen innerhalb einer bestimmten Frist zu übersenden oder seinen Beauftragten vorzulegen.
- (2) Dem Bundesrechnungshof und seinen Beauftragten sind die erbetenen Auskünfte zu erteilen.

Kritisiert werden sowohl Qualitätsmängel bei der Patientenberatung als auch Intransparenz bei der Verwendung der Fördermittel, wie das Deutsche Ärzteblatt berichtete.

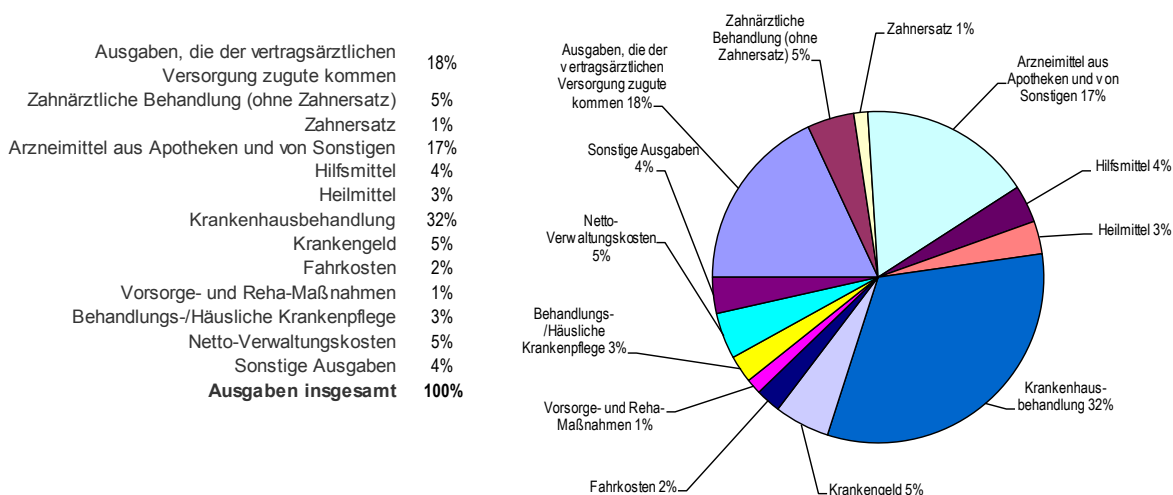
Hintergrund

Laut Eigendarstellung ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) mit Sitz in Berlin eine gemeinnützige Einrichtung: „Unabhängig heißt: Weder Industrie und Krankenkassen, noch weitere Leistungserbringer wie Behörden haben Einfluss darauf, welche Informationen die UPD an den Verbraucher weitergibt.“ Jedoch hatte schon die Vergabe der UPD durch den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, an das Unternehmen Sanvartis 2016 die Diskussion um die Unabhängigkeit der Patientenberatung entfacht. Bis 2015 berieten Sozialverband VdK, Verbraucherzentrale Bundesverband und Verbund unabhängige Patientenberatung (VuP) die GKV-Patienten gemeinsam. Danach verlängerte der Bundestag zugleich die Förderphase von fünf auf sieben Jahre und erhöhte die Fördermittel von 5,2 auf neun Millionen Euro jährlich. ■

Quelle: Nachricht zm-online vom 24.10.2018: Ungereimtheiten um Unabhängige Patientenberatung: Bundesrechnungshof will Fördervereinbarung prüfen.

AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Anteile an den Ausgaben insgesamt im 1.-3. Quartal 2018



Quelle: Pressemitteilung Bundesministerium für Gesundheit, 5.12.2018

Sozialversicherungsrechengrößen 2019

DAS BUNDESKABINETT HAT AM 10.10.2018 DIE VERORDNUNG ÜBER DIE SOZIALVERSICHERUNGSRECHENGRÖSSEN 2019 BESCHLOSSEN.

Mit der Verordnung werden die maßgeblichen Rechengrößen der Sozialversicherung gemäß der Einkommensentwicklung im vergangenen Jahr (2017) turnusgemäß angepasst. Die Werte werden – wie jedes Jahr – auf Grundlage klarer gesetzlicher Bestimmungen mittels Verordnung festgelegt. Die den Sozialversicherungsrechengrößen 2019 zugrundeliegende Einkommensentwicklung im Jahr 2017 betrug im Bundesgebiet 2,52 Prozent, in den alten Bundesländern 2,46 Prozent und in den neuen Bundesländern 2,83 Prozent. Bei der Ermittlung der jeweiligen Einkommensentwicklung wird auf die Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer ohne Personen in Arbeitsgelegenheiten mit Entschädigungen für Mehraufwendungen („Ein-Euro-Jobs“) abgestellt.

Die wichtigsten Rechengrößen für das Jahr 2019 im Überblick:

Die Bezugsgröße, die für viele Werte in der Sozialversicherung Bedeutung hat (unter anderem für die Festsetzung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Beitragsberechnung von versicherungspflichtigen Selbständigen in der gesetzlichen Rentenversicherung),

erhöht sich auf 3.115 Euro/Monat (2018: 3.045 Euro/Monat). Die Bezugsgröße (Ost) steigt auf 2.870 Euro/Monat (2018: 2.695 Euro/Monat).

Die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung steigt auf 6.700 Euro/Monat (2018: 6.500 Euro/Monat) und die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) auf 6.150 Euro/Monat (2018: 5.800 Euro/Monat).

Die bundesweit einheitliche Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (Jahresarbeitsentgeltgrenze) steigt auf 60.750 Euro (2018: 59.400 Euro).

Die ebenfalls bundesweit einheitliche Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2019 in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 54.450 Euro jährlich (2018: 53.100 Euro) bzw. 4.537,50 Euro monatlich (2018: 4.425 Euro).

Die Rechengrößen für die neuen Länder werden dieses Jahr erstmalig unter Berücksichtigung des Rentenüberleitungsabschlussgesetzes festgelegt. Der darin bestimmte schrittweise Rückgang des Umrechnungsfaktors führt zu einem vergleichsweise starken Anstieg der Beitragsbemessungsgrenzen in den neuen Ländern, die – genau wie der aktuelle Rentenwert (Ost) – bis zum Jahr 2025 an die Westwerte angeglichen werden. ■

Quelle: BMAS, Pressemitteilung vom 10.10.2018

RECHENGRÖSSEN DER SOZIALVERSICHERUNG 2019 (AUF BASIS DES REFERENTENENTWURFS):

	West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Beitragsbemessungsgrenze: allgemeine Rentenversicherung	6.700 €	80.400 €	6.150 €	73.800 €
Beitragsbemessungsgrenze: knappschaftliche Rentenversicherung	8.200 €	98.400 €	7.600 €	91.200 €
Beitragsbemessungsgrenze: Arbeitslosenversicherung	6.700 €	80.400 €	6.150 €	73.800 €
Versicherungspflichtgrenze: Kranken- u. Pflegeversicherung	5.062,50 €	60.750 €	5.062,50 €	60.750 €
Beitragsbemessungsgrenze: Kranken- u. Pflegeversicherung	4.537,50 €	54.450 €	4.537,50 €	54.450 €
Bezugsgröße in der Sozialversicherung	3.115 €*	37.380 €*	2.870 €	34.440 €
vorläufiges Durchschnittsentgelt/Jahr in der Rentenversicherung	38.901 €			

* In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gilt dieser Wert bundeseinheitlich.

Zähne wie Kreide?

Ein kurzer Überblick zur Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation

Dr. Julian Schmoeckel, Mhd Said Mourad, Dr. Marina A. Petrou, Prof. Dr. Christian H. Splieth

Einleitung

Trotz guter Mundhygiene und zahnfreundlicher Ernährung – Zähne wie „Kreide“: Die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) beschäftigt zunehmend Zahnärzte, betroffene Kinder und ihre Eltern. Die Verbreitung, die Ursachen und die Therapie der MIH stehen im Fokus intensiver Forschungsbemühungen – doch was ist bislang bekannt? Die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation ist ein scheinbar immer häufiger auftretendes Phänomen. Eine Metaanalyse zum Vorkommen von MIH ergab weltweit eine mittlere Prävalenz von 13,1% mit großen Unterschieden zwischen verschiedenen Ländern und Regionen. Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen waren dabei am stärksten betroffen (Schwendicke et al. 2018). In Deutschland tritt MIH laut der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) bei 12-Jährigen in Deutschland mit einer Prävalenz (mindestens ein MIH-Zahn vorhanden) von 28,7% auf, allerdings nur 5% mit Substanzverlust (IDZ 2016). Andere Studien der letzten Jahre ergaben noch, dass etwa 10% aller Kinder im Alter von 6-9 Jahren betroffen waren (Petrou et al. 2014b) bzw. dass ca. 24% mindestens einen MIH-Zahn hatten (Kühnisch et al. 2014). Laut der Definition der EAPD sind bei der MIH mindestens ein erster bleibender Molar und fakultativ Schneidezähne betroffen (Lygidakis

et al. 2010). Ähnliche Defekte können jedoch auch bei anderen Zähnen wie z.B. bei zweiten Milchmolaren (HSPM: Hypomineralized Second Primary Molar, Elfrink et al. 2015) und anderen permanenten Zähnen wie Prämolaren oder zweiten permanenten Molaren auftreten (Elfrink et al. 2015). Aufgrund des drastischen Kariesrückgangs in den letzten Jahrzehnten ist aber auch denkbar, dass minderminalisierte MIH-Zähne früher schlicht für kariös gehalten wurden (Kalkani et al. 2015). Zumal in der DMS V gar 81% der Kinder mit MIH als maximale Erscheinung nur eine begrenzte Opazität also einen milden Schweregrad aufweisen und dies i. d. R. klinisch für die Betroffenen nicht relevant ist. Im Mittel weisen jedoch bei Kindern mit MIH 2,7 Zähne Zeichen von MIH auf (Jordan 2017). Zudem tragen Kinder mit minderminalisierten Milchzähnen (vgl. HSPM) laut einer Studie aus Brasilien ein ca. 6-fach erhöhtes Risiko für MIH (Ribeiro et al. 2016).

Beschreibung

Typisch für MIH sind weißlich-gelbe bis gelb-braune, deutlich umschriebene Opazitäten im Zahnschmelz an den bleibenden ersten Molaren und Schneidezähnen mit unterschiedlicher Schwere des Befalls (Abb. 1-3) (Lygidakis et al. 2010; Crombie et al. 2013; Petrou et al. 2015). Diese



Abb. 1a/b: Okklusale Ansicht von Ober- und Unterkiefer eines 8-jährigen Mädchens mit MIH. Typisch ist die unterschiedliche Schwere des Befalls und der unterschiedliche Grad der Hypersensibilität der ersten permanenten Molaren. Die Diagnose MIH lässt sich wie hier noch eindeutiger bei Kariesfreiheit im Milch- und bleibenden Gebiss stellen.



Abb. 2a: Leichte Form der MIH an einem mittleren Schneidezahn mit umschriebener, weißlicher cremefarbener Opazität – MIH-TNI 1.



Abb. 2b: Milde Form der MIH an den mittleren Schneidezähnen mit umschriebener, weißlicher Opazität in verschiedenen Größen – MIH-TNI 1.

bei MIH-Zähnen beobachteten Schmelzeinbrüche unterschiedlicher Ausdehnung entstehen meist erst posteruptiv. Aufgrund der hypomineralisierten Schmelzbereiche, die weniger Calcium und Phosphat enthalten (Martinović et al. 2015), sind die Zähne häufig auch hypersensibel. Die Ausprägung der Hypersensibilitäten erscheinen zum Teil willkürlich, so weisen manche MIH-Zähne deutliche Substanzverluste auf, sind aber überempfindlich, während bei anderen MIH-Zähnen dies umgekehrt der Fall ist. Betroffene Kinder haben aufgrund der MIH mitunter Schwierigkeiten beim Zähneputzen oder vermeiden sehr kalte oder sehr warme Getränke. Sie entwickeln potentiell auch Zahnarztangst. Aufgrund des Erscheinungsbildes und der Lokalisation ist MIH deutlich von kariösen Prozessen unterscheidbar (Ghanim et al. 2015, s. Tab. 1). Die Anfälligkeit für Karies ist zugleich erhöht, da der Schmelz eine geringere Reife (Crombie et al. 2013) hat und mitunter die Mundhygiene, wie beschrieben, aufgrund der Hypersensibilitäten verschlechtert sein kann.

Kürzlich wurde von einer internationalen Arbeitsgruppe ein neuer Index, der „MIH Treatment Need Index“ (MIH-TNI, Tab. 1) zur Befundung und Therapieplanung bei MIH erarbeitet und publiziert – das sogenannte Würzburger MIH-Konzept (Steffen et al. 2017). Dabei wird der Befund jeweils nach dem Vorhandensein oder der Abwesenheit von Hypersensibilitäten und nach Größe bzw. Schwere des Substanzdefekts unterschieden (Tab. 1).

Ursachen

Die genauen Ursachen sind bislang nicht bekannt, daher werden multifaktorielle bzw. multiple Ursachen vermutet.



Abb. 2c: MIH an 16 mit Linderung der Hypersensibilität durch eine Versiegelung – MIH-TNI 3.



Abb. 3: Moderate Form der MIH an einem Molaren nach Versorgung mit einer Kompositfüllung – MIH-TNI 2a.

Experten sind sich recht sicher, dass es sich nicht um eine genetisch bedingte Zahnhartsubstanzveränderung handelt. Wahrscheinlich entsteht MIH aufgrund einer Funktionsbeeinträchtigung oder Schädigung der normal angelegten zahnbildenden Zellen. Der Zeitpunkt/raum, in dem diese endogen bedingte Strukturstörung der Zahnhartsubstanz entsteht, kann pränatal bis etwa zum Alter von 3 Jahren liegen, da bis dahin die Schmelzbildung der meist betroffenen ersten Molaren und der Schneidezähne stattfindet (Lygidakis et al. 2010).

Kinder in Deutschland, die u.a. in diesem Zeitraum häufig Atemwegsinfekte mit stationärer Aufnahme und Antibiotikagabe hatten, bei denen Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen auftraten oder länger als 6 Monate gestillt wurden, tragen ein höheres Risiko für MIH (Kühnisch et al. 2014). Spekuliert wird zudem darüber, inwieweit neben Erkrankungen mit beispielsweise hohem Fieber auch Umweltbelastungen wie z.B. eine Bisphenol-A- bzw. Dioxin-Exposition und auch Einflüsse wie ein Vitamin-D-Mangel als mögliche Ursache von MIH in Frage kommen könnten. ▶▶

MIH-TNI Code	Beschreibung
0	Klinisch gesund, keine MIH
1	MIH ohne Substanzdefekt & ohne Hypersensibilität
2	MIH mit Substanzdefekt & ohne Hypersensibilität
2a	Defektausdehnung: weniger als 1/3
2b	Defektausdehnung: 1/3 bis 2/3
2c	Defektausdehnung: mehr als 2/3 oder/und Defekt nah zur Pulpa, oder atypische Restauration oder Extraktion aufgrund von MIH
3	MIH ohne Substanzdefekt & mit Hypersensibilität
4	MIH mit Substanzdefekt & mit Hypersensibilität
4a	Defektausdehnung: weniger als 1/3
4b	Defektausdehnung: 1/3 bis 2/3
4c	Defektausdehnung: mehr als 2/3 oder/und Defekt nah zur Pulpa, oder atypische Restauration oder Extraktion aufgrund von MIH

Tabelle 1: MIH Treatment Need Index (MIH-TNI) – Beschreibung von MIH im Würzburger MIH-Konzept (nach Steffen et al. 2017).

» Differentialdiagnose

Die Diagnosestellung von MIH erfordert etwas Übung, doch kann u.a. aufgrund des oben beschriebenen Erscheinungsbildes an den betroffenen Zähnen und der Lokalisation (meist 6er und 1er) differentialdiagnostisch i.d.R. gut insbesondere von Karies, aber auch von genetisch bedingten Zahnhartsubstanzeränderungen oder auch zur Fluorose abgegrenzt werden. Dies ist detailliert in einer Übersicht dargestellt (Tab. 2). Ursächlich werden genetisch bedingte Strukturstörungen (z.B. Amelogenesis imperfecta oder Dentinogenesis imper-

fecta) von exogen (Turner-Zähne, traumatisch induzierte Zahnhartsubstanzerdefekte) und endogen (Fluorosen, medikamentös verursachte Strukturstörungen) bedingten Defekten der Zahnhartsubstanz unterschieden (Ghanim et al. 2015). Ersteres ist i.d.R. leicht von der MIH zu unterscheiden, da es genetisch bedingt familiär gehäuft auftritt (Familienanamnese) und alle Zähne betrifft und nicht wie bei MIH meist auf die ersten Molaren und die Inzisiven beschränkt ist (Petrou et al. 2014a). »

	MIH	Karies	Fluorose	Amelogenesis Imperfecta	Zustand nach Milchzahn-Trauma	Turner-Zahn
Vgl. Abbildung	Abb. 1-4, 11, 12	Abb. 6	Abb. 10	Abb. 5, 7	Abb. 8	Abb. 9
Betroffene Zähne	permanente 1er, 2er und 6er je nach Definition auch Milch 5er (HSPM), sehr selten Prämolaren oder 7er	potenziell alle Zähne; bei Grundschulkindern häufig Kaufläche der 6er und Approximalkaries an den Milchmolaren	potenziell alle bleibenden Zähne, vorzugsweise sichtbar in der Front und 6er	Milchgebiss und permanentes Gebiss	i.d.R. mittlere Schneidezähne, meist im OK	v.a. OK Schneidezähne und Prämolaren, unter Milchzahn mit eitriger Infektion
Erscheinungsbild	weißlich-gelbe (cremefarbene) bis gelb-braune deutlich umschriebene Opazitäten („Flecken“), meist unterschiedliche Schweregrade in einem Gebiss	kreidig weiße Entkalkungen (aktive Schmelzkaries); im Spätstadium Kavitäten in den Fissuren oder approximal und z.T. an den Frontzähnen gingival	weiße bis braune Verfärbungen in Form von Flecken oder Streifen auf der Zahnschmelzoberfläche	familiäre Häufung	weißlich-gelbe bis bräunliche Verfärbungen, z.T. auch Strukturveränderungen	Fehlgebildete Zahnhartsubstanz der Krone: meist begrenzte weiße bis bräunliche opake Stellen sowie Hypoplasien mit Defektbildungen. Restgebiss oft kariös
Lokalisation	Höckerbereiche der 6er, zentralere Bereiche der Glattflächen bei Schneidezähnen	v.a. Kaufläche und Fissuren 6er	Inzisalkanten, Höckerspitzen, Bukkalflächen	gesamter Zahn	je nach Art der Verletzung nach Milchzahntrauma	Permanente Zähne, meist Prämolaren, vgl. Ursache
Ursache	nicht genau bekannt, wahrscheinlich multifaktoriell	Bakterien im reifen Zahnbelag, die den Zucker zu Säure verarbeiten und dadurch demineralisieren	durch hohe Fluoridaufnahme während der Zahnentwicklung (v.a. bis zum 3. Lj.) z.B. durch Fluoridtablette oder fluoridiertes Trinkwasser in Kombination mit Verschlucken von fluoridhaltiger Zahnpaste	genetisch bedingt (meist autosomal dominant vererbt), Familienanamnese	(anamnestisch) Milchzahntraumata in den ersten Lebensjahren mit z.B. Intrusions- oder schweren Luxationsverletzungen, wobei der Zahnkeim geschädigt wurde	apikale Milchzahnparodontitis mit eitriger Infektion
Empfindlichkeit	oftmals empfindlich bei kalten/heißen Speisen/Getränken bzw. beim Zähneputzen, Berührung oder kalter Luft	bei Kavitation ggf. schmerzhaft insbesondere bei Zuckerimpulsen	resistenter gegen Karies meist nur ein ästhetisches Problem bei stärkerer Ausprägung sind Überempfindlichkeiten möglich	je nach Schweregrad sehr verschieden. Oftmals sehr empfindlich bei v.a. bei kalten/heißen Speisen/Getränken	je nach Schweregrad sehr verschieden	je nach Schweregrad sehr verschieden

Tabelle 2: Differentialdiagnose von MIH, Karies und Fluorose, Amelogenesis Imperfecta bzw. einer Schmelzveränderung am permanenten Nachfolger durch ein Frontzahntrauma im Milchgebiss oder als Folge einer apikalen Milchzahnparodontitis (Turner-Zahn)



Abb. 4: Schwere Form der MIH mit Empfehlung der Versorgung mit einer Stahlkrone oder ggf. sogar einer Zahnentfernung. Nur bei leichter Berührung und Luftzug ist der Zahn trotz teilweiser noch vorhandener Abdeckung mit Glasionomerzement schmerzhaft – MIH-TNI 4b.



Abb. 5: Amelogenesis imperfecta – die genetisch bedingte Strukturstörung tritt familiär gehäuft auf (Familienanamnese) und betrifft alle Zähne.



Abb. 6: Die Karies an 36 lässt sich hier u.a. aufgrund der Lokalisation von MIH gut unterscheiden, da es in der Fissur auftritt. Zudem gibt auch der Zustand des restlichen Gebisses Aufschluss über einen suboptimalen Zahnstatus durch Karies. In regio 75 ist unterhalb des Wurzelrestes auch vestibulär eine eitrige Entzündung zu sehen, die einen sogenannten Turner-Zahn verursachen kann (vgl. Abb. 9).



Abb. 7: Andere Schmelzbildungsstörung mit Verdacht auf eine mildere Form der Amelogenesis Imperfecta, die aufgrund des Erscheinungsbildes klar von MIH zu unterscheiden ist.



Abb. 8 a-c: Diese traumatisch induzierten Zahnhartsubstanzdefekte an den mittleren Schneidezähnen sind von MIH nicht ganz so leicht zu differenzieren.

- a) In diesem Fall haben die ersten Molaren keine Schmelzveränderungen und anamnestisch berichten die Eltern von einem Sturz im Alter von 3 Jahren mit Intrusion 51 und 61.
- b) Dieser Patient habe auch einem schweren Sturz auf die Zähne erlitten, etwa im Alter von 2 Jahren, mit einer Intrusion von 61, bei dem der Zahn laut Eltern klinisch nicht mehr zu sehen gewesen sei.
- c) Das 6-jährige Kind habe auch einen Sturz gehabt, ebenfalls im Alter von 2 Jahren, mit einer leichten Intrusion von 71 und 81.



Abb. 9: Turner-Zahn 25. Anamnestisch wurde eine eitrige Entzündung im Oberkiefer links beschrieben. Da noch ein kleiner Wurzelrest 65 zu sehen ist, sowie 55 ebenfalls tief zerstört ist, liegt der Verdacht nahe, dass eine eitrige apikale Milchzahnos-titis (vgl. Abb. 6) im Kindergartenalter zu der Schädigung des Ersatzzahnkeims 25 geführt hat.



Abb. 10: Dentalfluorose nach Einnahme von Fluoridtabletten im ersten Lebensjahr. Zurzeit empfehlen noch knapp die Hälfte der Kinderärzte in Deutschland die Gabe von Fluoridtabletten im Säuglingsalter.



Abb. 11a/b: Versorgung eines ersten Molaren im Oberkiefer mit einer Stahlkrone aufgrund einer schweren Form der MIH mit starker Schmerzsymptomatik beim Zähneputzen und Trinken kalter oder heißer Getränke. Trotz Vorversorgung mittels kunst-stoffbasierter Versiegelung war der Zahn hypersensibel.



Abb. 12a/b Die hypomineralisierten Bereiche auf dem mesio-vestibulären Höcker des bereits versiegelten ersten Molaren im Unterkiefer des gleichen Patienten wurden im Gegensatz zum Oberkiefer mit Komposit versorgt (a: vor Kompositversorgung, b: nach Kompositversorgung). Alternativ wäre auch hier je nach Symptomatik als mittelfristige Lösung eine Stahlkrone möglich oder alternativ könnte bei diesem Patienten auch eine frühzeitige Zahnextraktion ggf. aller ersten permanenten Molaren idealerweise zum Zeitpunkt der Ausbildung der Bifurkation der Wurzel der 2. Molaren (ca. im Alter von ca. 9-10 Jahren) durchgeführt werden.

Schweregrad der MIH	Erscheinungsbild	Schmerzsymptomatik	Therapiespektrum
milde und moderate Form (Abb. 1a/b, 2 a/b, 3, 12a)	weißlich cremefarbene bis braune Opazitäten	keine	- sehr gute Reinigung & Fluoridierung - Versiegelung (Abb. 1b, 2a-c) - Abdeckung mit Glasionomerzement
	gelb-brauner Schmelz mit einzelnen Schmelzeinbrüchen	wenn vorhanden	- Versiegelung - Abdeckung mit Glasionomerzement - Füllung mit Komposit (Abb. 1a, 3, 12b)
schwere Form (Abb. 4, 11a)	großflächige gelb-braune Verfärbungen und Defekte	i. d. R. Schmerzen u. a. bei Kälte, beim Essen und Zähneputzen	- Abdeckung mit Glasionomerzement - Füllung mit Komposit - konfektionierte Stahlkrone (Abb. 11a) - Extraktion & falls nötig KFO-Lückenschluss (Bei Extraktion bis ca. 9-10. Lj. mitunter Lückenschluss ohne KFO möglich)

Tab. 3: Stufenweises Therapiekonzept nach Schweregrad & Symptomatik

» Therapie

Die Therapie dient der Verbesserung der Lebensqualität, erfolgt daher symptom-basiert (subjektive Beschwerden) und meist stufenweise (Mast et al. 2013; Lygidakis et al. 2010, s. Tab. 3). Die Schmerzausschaltung und der Schutz der Pulpa haben daher Priorität. Eine invasive Behandlung ist trotz Lokalanästhesie aufgrund einer verlangsamten bzw. geringeren Wirkung bei MIH-Zähnen wegen einer häufig vorhandenen chronischen Pulpitis nicht immer ganz leicht (Lygidakis et al. 2010). Um dieses Problem zu lösen, wird hierzu derzeit beispielsweise die Gabe von Schmerzmitteln wie Paracetamol oder Ibuprofen 24 h, 12 h, 6–8 h und direkt vor der eigentlichen Zahnbehandlung mit Lokalanästhesie empfohlen (Steffen et al. 2011). Außerdem kann die Zahnbehandlung unter Lachgassedierung durchgeführt werden, was zudem bei ängstlichen (MIH-)Patienten oftmals hilfreich ist.

Zusammenfassung

Die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation ist mit einer Prävalenz von knapp 29% der 12-Jährigen in Deutschland häufig, glücklicherweise tritt sie jedoch zu knapp 80% in milden Formen auf. Die genauen Ursachen sind noch nicht bekannt. Es werden multifaktorielle Ursachen (Umwelteinflüsse, Erkrankungen, etc.), die während der ersten drei Lebensjahre auftreten, vermutet. Die Diagnosestellung ist nicht immer ganz leicht, doch kann MIH aufgrund des Erscheinungsbildes und der Lokalisation meist gut differentialdiagnostisch von Karies, genetisch bedingten Zahnhartsubstanzveränderungen oder zur Fluorose abgegrenzt werden. Die Therapie dient der Verbesserung der Lebensqualität, erfolgt daher symptom-basiert. Dabei spielen Versiegelungen, Abdeckungen mit Glasionomerzement und auch Füllungen mit Komposit eine wichtige Rolle. Bei schweren Formen sind therapeutisch auch konfektionierte Stahlkronen und/oder eine frühzeitige Zahnextraktion in Betracht zu ziehen. ■

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Schmoeckel
Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42, 17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 867136
Fax: +49 3834 867299
E-Mail: julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

Der Artikel beruht im Wesentlichen auf einem Fortbildungsbeitrag der Autorengruppe zur Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, erschienen im Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz, 2018;03:8-12

Das Literaturverzeichnis können Sie unter <http://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> herunterladen oder unter nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.

→ Vita



DR. JULIAN SCHMOECKEL

- ▶ 2005 – 2011 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Greifswald
- ▶ 2008 – 2009 Studium der Zahnheilkunde an der University of Helsinki, Finnland
- ▶ 2011 Staatsexamen und zahnärztliche Approbation
- ▶ seit 2012 Zahnarzt auf der Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der ZZMK Greifswald
- ▶ 2013 Promotion auf dem Gebiet der Kariesepidemiologie
- ▶ 2013 Zertifizierung in zahnärztlicher Hypnose und hypnotischer Kommunikation durch die DGZH
- ▶ seit 2013 Referent bei nationalen und internationalen Fortbildungen insbesondere in den Bereichen Kinderzahnheilkunde & Kariologie
- ▶ seit 2013 Autor zahlreicher nationaler und internationaler Fachpublikationen
- ▶ seit 2013 Clinical Supervisor beim Master of Science Pediatric Dentistry
- ▶ 2015 – 2018 Mitglied im Leitungsteam „Team DAJ“ zur Durchführung der Studie zu den Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.

Forschungsschwerpunkte

- ▶ Spezialisierte Kinderzahnheilkunde
- ▶ Kariesepidemiologie
- ▶ Kariesrisiko & risikospezifische Kariesprävention
- ▶ Non- & minimalinvasives Kariesmanagement
- ▶ Verhaltensmanagement & Lachgasbehandlung

→ Vita



ZA MHD SAID MOURAD

- ▶ 2009 – 2014: Zahnmedizinstudium an der Universität Damaskus, Syrien
- ▶ 2015 – 2016: Zahnarzt in der Abteilung für Ästhetische Zahnmedizin an der Universität Damaskus, Syrien
- ▶ 2016 – 2019: Master of Science in Kinderzahnheilkunde, Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, ZZMK Universitätsmedizin Greifswald
- ▶ Seit August 2017: Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, ZZMK Universitätsmedizin Greifswald

Tätigkeitsschwerpunkte

- ▶ Kinderzahnheilkunde
- ▶ Ästhetische Zahnmedizin
- ▶ Kariologie (Kariesrisikodiagnostik, Kariesprävention, Kariesmanagement)
- ▶ Verhaltensmanagement & Lachgasbehandlung



Wurzelkaries – eine kurze Übersicht

EINE ÜBERSICHT ÜBER ÄTIOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE, DAS KLINISCHE ERSCHEINUNGSBILD UND DIE THERAPIEMÖGLICHKEITEN DER WURZELKARIES

Henrike Jäger, ZÄ – Christian R. Gernhardt, apl. Prof. Dr. med. dent. habil.

Zusammenfassung

Bei Betrachtung epidemiologischer Daten erkennen wir, dass das Risiko, kariöse Läsionen im Wurzelbereich zu entwickeln, mit zunehmendem Alter ansteigen könnte. Angesichts der Ergebnisse aus der letzten deutschen Mundgesundheitsstudie, die zeigt, dass immer mehr ältere Patienten einen Großteil ihrer Zähne bis ins hohe Alter erhalten können, kann mit einer Zunahme der Problematik gerechnet werden. Gerade auch die Entwicklungen im Pflegebereich und andere soziodemographische Entwicklungen, die eine Zunahme von älteren und pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen und Betreuungseinrichtungen zeigen, können das Auftreten der Wurzelkaries begünstigen, da Mundhygienemaßnahmen bei diesen Patienten oft nur begrenzt oder bisweilen nur insuffizient durchgeführt werden können. Aber vor allem auch im Alter auftretende Allgemeinerkrankungen können die Mundhygienefähigkeit deutlich herabsetzen. Durch Einschränkung des Sehvermögens, der manuellen Geschicklichkeit in Folge von Alterserscheinungen und Krankheit, durch Verlust der Mobilität, geistige Verwirrtheit etc., sind ältere Patienten oft nicht in der Lage, die Mundhygiene in einer Form durchzuführen, die von den Zahnärzten empfohlen und gefordert wird. Daher ist eine grundlegende Kenntnis der Wurzelkaries sicherlich unerlässlich und von großem Nutzen für unsere Patienten.

Einleitung

Die Ätiologie, Epidemiologie, Therapie und Prophylaxe der Wurzelkaries sind Themen, die aufgrund der demographischen Entwicklungen und im Rahmen der Alterszahnheilkunde immer mehr in den Blickpunkt wissenschaftlichen und klinischen Interesses kommen (Abb. 1). Im Gegensatz zur ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts, als sich die Wissenschaft und die praktizierenden Zahnärzte hauptsächlich mit der Schmelzkaries, auch als koronale Karies bezeichnet, beschäftigten, wurden in den letzten Jahrzehnten vermehrt Studien veröffentlicht, die sich der Problematik der Wurzelkaries annahmen. Wurzelkaries ist, wie Untersuchungen

an exhumierten Schädeln aus dem 4. und 13. Jahrhundert [1, 2] und bei heute noch in Neu-Guinea lebenden primitiven Urvölkern [3, 4] zeigten, schon eine lange bekannte und nicht erst im Laufe der Zivilisation aufgetretene Erkrankung der Zahnhartgewebe. Möglicherweise wurde der Wurzelkaries, obwohl sie sehr wohl bekannt war und in der zahnärztlichen Praxis auch beobachtet wurde, keine große Aufmerksamkeit geschenkt, da die Problematik der koronalen Karies sehr ausgeprägt war und Wurzelkaries meist in einem Alter beobachtet wurde, in dem Zahnverlust bereits größtenteils stattgefunden hatte. Als Begründung für das seit Mitte des Jahrhunderts rasant wachsende Interesse an der Wurzelkariesproblematik und ihren dadurch erhöhten Stellenwert in der zahnmedizinischen Forschung lassen sich mehrere Aspekte anführen [5, 6].

War bis vor wenigen Jahren noch in erster Linie die Schmelzkaries für den Zahnverlust verantwortlich, so hat sich das Bild in Folge einer gezielten Aufklärung sowie der verbesserten Prophylaxe- und Therapiemöglichkeiten heute verbessert. Es sind mehr denn je hochwertige und effiziente Therapieverfahren vor allem im Bereich der parodontalprophylaktischen Maßnahmen wie auch im Rahmen restaurativer Versorgung verfügbar, so dass Zähne, die zu Beginn dieses Jahrhunderts nicht erhaltungswürdig erschienen und extrahiert wurden, mit den Möglichkeiten der modernen minimalinvasiven Zahnmedizin durchaus noch erhalten werden können. Auch hat das Mundhygienebewusstsein in den Industrienationen größtenteils zugenommen. Die verbesserte Situation hat zur Folge, dass immer mehr Menschen den Großteil ihrer Zähne länger, teilweise sogar bis ins hohe Alter behalten werden können [6-9]. Gleichzeitig nimmt im Alter die Anzahl der freiliegenden Wurzeloberflächen aufgrund von Atrophievorgängen oder Parodontopathien zu [9-12]. Diese Tatsache wird noch dadurch unterstützt, dass die verfügbaren Therapiemöglichkeiten teilweise selbst zu einem Rückgang der Gingiva beitragen können. Als Beispiele lassen sich hier die subgingivale Plaqueentfernung sowie sämtliche parodontalchirurgischen Operationen anführen. Auch Mundhy-

gienemaßnahmen können bei inkorrekt oder exzessiver Durchführung zu einem Rückgang des Parodonts führen. Da die Ausbildung der Wurzelkaries, wie in folgenden Kapiteln ausführlich dargelegt, maßgeblich an das Freiliegen von Wurzeloberflächen gebunden ist, bedeutet dies, dass die Wurzelkariesprävalenz auch in Zukunft möglicherweise noch weiter ansteigen wird.

Ein weiterer Punkt, der für einen möglichen Anstieg der Wurzelkariesprävalenz spricht, ist die Bevölkerungsentwicklung in den Industrienationen in den kommenden Jahrzehnten [13, 14]. Landesweite Statistiken zeigen, dass die Zahl der älteren Menschen (65 und älter) in Deutschland von derzeit 16,8 Mio auf 22,9 Mio im Jahr 2050 ansteigen wird. Prozentual bedeutet dies, dass im Moment etwa 21% der Bevölkerung über 65 Jahre alt sind, dieser Anteil wird prognostisch auf etwa 34% innerhalb der nächsten 40-50 Jahre ansteigen (Statistisches Bundesamt 2012). Zusammengesehen mit der Tatsache, dass immer mehr Zähne bis ins hohe Alter erhalten werden können, bedeutet dies, dass in Zukunft die Alterszahnheilkunde und damit die Wurzelkaries einen hohen Stellenwert in der zahnmedizinischen Forschung und Tätigkeit einnehmen werden. Eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Thema Wurzelkaries setzt zunächst fundierte Kenntnisse der Ätiologie, der Epidemiologie der Wurzelkaries sowie die Kenntnis des derzeitigen Wissensstandes voraus. Allerdings ist auch die klinische Auseinandersetzung mit dem Thema für unsere Patienten wichtig.

Ätiologie der Wurzelkaries

Neben den obligaten primären und sekundären Faktoren der Kariesentstehung muss im Falle der Wurzelkaries noch ein weiterer Befund vorliegen. Die Wurzeloberfläche muss freiliegen, damit es zur Entstehung der Karies in diesem Bereich kommen kann [7, 8, 15-17]. Raetzke et al. (1983)



Abb. 1: Therapiebedürftige aktive Wurzelläsionen an Zähnen 24 und 25 sowie inaktive Läsionen, die keine Therapie benötigen.

beschrieben, dass in 58% der Fälle, bei denen Rezessionen vorlagen, Wurzelläsionen diagnostiziert werden konnten [18]. Des Weiteren zeigten mehrere weiterführende Untersuchungen, dass die Wurzelkariesprävalenz in engem Zusammenhang mit unzureichendem Mundhygieneverhalten und parodontalen Erkrankungen steht [10, 12, 19]. So wurde gezeigt, dass tiefe parodontale Taschen mit vermehrt auftretender subgingivaler Plaqueakkumulation die Entstehung der Wurzelkaries begünstigen [12]. Die letzte deutsche Mundgesundheitsstudie konnte bei 50% der jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) eine mittelschwere Parodontitis feststellen und ca. 70% leiden an einer Gingivitis. Mundhygieneinstruktionen werden zwar durch das zahnmedizinische Fachpersonal mitgegeben, trotzdem gibt es dafür keinen einheitlichen Standard und die Effektivität des Zähneputzens scheint weniger erfolgreich zu sein als erwartet.

Im Rahmen der bekannten Vipeholm-Studie und anderen Studien erkannte man außerdem, dass der vermehrte Konsum niedermolekularer Kohlenhydrate im Zusammenhang mit den oben genannten Faktoren das Auftreten von Wurzelkaries deutlich verstärkt [20]. Vehkalahti und Paunio (1988) bestätigten dieses Ergebnis. Sie stellten darüber hinaus einen positiven Zusammenhang zwischen Mundhygieneverhalten und Wurzelkariesprävalenz fest [21]. Weitere Studien beschreiben zahlreiche Sekundärfaktoren, die in engem Zusammenhang mit der Wurzelkaries stehen. So konnte gezeigt werden, dass Xerostomie und Oligostomie, als mögliche Folgen einer Speicheldrüsen-erkrankung, ebenfalls das Auftreten von Wurzelkaries begünstigen [10, 22, 23]. Vor allem der verminderte Speichelfluss ist ein häufig anzutreffender Befund bei älteren Patienten. Als mögliche Ursachen müssen vor allem Medikamente und Strahlentherapie (Radatio) in Betracht gezogen werden. Jedoch auch hormonelle Schwankungen, Diabetes mellitus, neurologische Erkrankungen, Pankreas- und Lebererkrankungen sowie Mangelernährung können zu einer partiellen oder totalen Xerostomie führen. Weiterhin kann aufgrund prothetischer Versorgungen, wie z.B. Kronen, abnehmbaren Teilprothesen oder Hybridprothesen die Gefahr freiliegender Wurzeloberflächen erhöht sein und somit das Risiko der Wurzelkaries erhöhen [24].

Klinisches Erscheinungsbild der Wurzelkaries

In der klinischen Praxis manifestiert sich die Wurzelkaries meist unmittelbar im Bereich der Schmelz-Zement-Grenze. Sie nimmt ihren Ausgang im Wurzelbereich und unterminiert im fortgeschrittenen Stadium den zervikalen Schmelz. Die Läsionen lassen sich durch Farbe, Ausdehnung und Oberflächenbeschaffenheit charakterisieren. Im Falle der Wurzelkaries werden aktive und inaktive Läsionen, die unterschiedliche Behandlungen erfordern, unterschieden (Abb. 1). ►►

► Bis zu einem gewissen Grad besteht zwischen beiden ein fließender Übergang [25]. So können durch Verbesserung der Mundhygiene, Fluoridierung etc. aktive in inaktive Läsionen überführt werden [26]. Dieser fließende Übergang macht die richtige Diagnose der Wurzelkaries schwierig. Im Laufe der Zeit wurden daher Kriterien gesucht, die eine sichere Zuordnung der vorliegenden Läsion möglich machen, um darauf aufbauende Behandlungsmethoden zu entwickeln.

Die Farbe der Läsion ist ein Parameter, der bei sämtlichen Läsionen einfach diagnostizierbar ist, und daher häufig Anwendung findet. Zahlreiche Untersucher beobachteten, dass aktive Läsionen meist leicht verfärbt, gelblich erscheinen, während inaktive Läsionen dunkelbraune bis schwarze Farbtönungen aufweisen [26, 27]. Die Härte der Läsion bei klinischer Sondierung diente in anderen Studien als Diagnosekriterium. Die Skala reicht hier von weich über lederartig bis hart. Bei klinischer Untersuchung weich erscheinende Läsionen werden meist als aktive Läsionen (Abb.2) [12, 18], hart erscheinende dagegen als inaktive Läsionen eingestuft [25]. Auch mit Hilfe des Diagnostikgeräts (Kavo, Biberach, D) können Läsionen im Wurzelbereich diagnostiziert werden [25].

Da die Kariesausprägungen der Wurzelkaries im Vergleich zu okklusalen Kavitäten sich zwar ähneln, aber aufgrund der fehlenden Schmelzschicht nicht übertragen werden können, wurde auch die Codierung nach dem System des ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) modifiziert [28]. Dabei sind folgende klinische Kriterien anzuwenden:

1. Farbe (hell-/dunkelbraun, schwarz), ohne Kavitation
2. Textur (glatt, rau), Defekt mit einer Kontinuitätsunterbrechung der Wurzeloberfläche
3. Erscheinung (blank oder glänzend, matt oder stumpf),
4. Taktilität (weich, ledrig, hart) und
5. Kavitation, Verlust der anatomischen Kontur (ja/nein).

Epidemiologische Aspekte der Wurzelkaries

In den letzten Jahrzehnten sind zahlreiche Studien, die sich mit den epidemiologischen Aspekten der Wurzelkaries beschäftigen, veröffentlicht worden. Ein Problem dieser Untersuchungen besteht darin, dass sie sich nur bedingt vergleichen oder auf die Gesamtbevölkerung übertragen lassen [5, 29]. Mehrere Faktoren sind für dieses Problem verantwortlich: Erstens wurden die meisten Studien an kleinen, definierten Gruppen durchgeführt, die meist keinen repräsentativen Querschnitt durch die Gesamtbevölkerung darstellten. Zweitens wurden verschiedene Diagnosekriterien zugrunde gelegt. Drittens wurde keine einheitliche Befunderhebung durchgeführt. So zeigte ein Vergleich mehrerer Studien eine Wurzelkariesprävalenz, die

zwischen 7,3% und 69,7% lag [29]. Die Wurzelkariesprävalenz wurde meist als Prozentsatz der Probanden, die Wurzelkaries aufweisen, angegeben. In Anlehnung an den DMF-S Index für koronale Karies existiert für die Wurzelkaries ein weiterer Index, der sogenannte RDF-Wert (R = Root, D = Decayed, F = Filled). Er wird entweder als kumulativer Wert oder als prozentualer Wert (Anzahl der zerstörten und gefüllten Wurzelflächen bezogen auf die Zahl der Zähne) angegeben. Berücksichtigt werden hier jedoch alle Flächen, nicht nur die der Mundhöhle exponierten, sogenannten Risikoflächen. Ein weiterer Nachteil des RDF-Index ist die Tatsache, dass eine geringe Gesamtzahl der Zähne in einem unproportional stark erhöhten Wert resultiert. Katz (1980) versuchte durch die Einführung des RCI-Index, diesen Unzulänglichkeiten Rechnung zu tragen, indem er alle exponierten Risikoflächen berücksichtigte, also auch gesunde [30].

Doch auch bei Anwendung dieses Index ist eine individuelle Streuung, abhängig vom jeweiligen Untersucher möglich. So ist z.B. die Beurteilung der Zahl der betroffenen Flächen individuell sehr unterschiedlich. Ebenso ist auch die Klassifizierung in aktive und inaktive Läsionen großen Schwankungen unterworfen. Um eine Verbesserung und Standardisierung epidemiologischer Untersuchungen zu erreichen, die den direkten Vergleich unterschiedlicher Studien ermöglichen sollten, stellte Katz (1990) sieben Forderungen auf [31]:

- Sollte eine exakte Diagnose einer Füllung oder einer kariösen Läsion nicht mit Sicherheit möglich sein, so ist die Fläche als gesund zu werten.
- Jede kariöse Läsion in der Nähe der Schmelz-Zement-Grenze sollte als zerstört gewertet werden, unabhängig von den angrenzenden Schmelzgegebenheiten.
- Koronale Füllungen werden nur dann als gefüllte Wurzelflächen gewertet, wenn sie die Schmelz-Zement-Grenze um mindestens 3 mm überragen.



Abb. 2: Patientin mit multiplen aktiven, kariösen Wurzelläsionen

- ▶ Wurzelfüllungen sind als mehrflächig anzusehen, wenn sie mindestens ein Drittel jeder angrenzenden Fläche einnehmen.
- ▶ Sekundärkaries an Füllungs- oder Kronenrändern wird nicht zur Wurzelkaries gerechnet, sondern gesondert erfasst.
- ▶ Sollten auf einer Fläche zwei räumlich getrennte kariöse Läsionen auftreten, so ist eine davon getrennt als zusätzliche Karies zu werten.
- ▶ Gesund scheinende Flächen, die jedoch zu mehr als 20% von Zahnstein oder Plaque bedeckt sind, sollten als nicht beurteilbar eingestuft werden.

Jedoch auch bei der Berücksichtigung dieser Vorgaben können Probleme auftreten. So kann z.B. nicht exakt bestimmt werden, ob vorhandene Füllungen aufgrund einer kariösen Läsion oder eines Putzdefektes bzw. keilförmigen Defektes gelegt worden sind.

Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen

Die meisten aller epidemiologischen Studien, die im Laufe der letzten Jahrzehnte veröffentlicht wurden, beschäftigten sich mit der Wurzelkariesprävalenz definierter Probandengruppen. Nur einige Studien beschrieben die Prävalenz an repräsentativen Gruppen, die Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung zulassen. Es existiert eine Untersuchung aus Finnland, die eine durchschnittliche Wurzelkariesprävalenz von 18% zeigte. Bei einer Aufteilung in Altersgruppen wurden bei älteren Patienten höhere Werte (30% bei über 70-Jährigen) beobachtet [32]. Neuere auf nationaler Ebene durchgeführte Studien aus den USA zeigten, dass 22,5% der untersuchten Personen (n= 6726) Wurzelkaries aufwiesen. In der Gruppe der über 75-Jährigen stieg dieser Wert auf 55,9% an [6]. Der Anstieg mit dem Alter konnte auch in Studien aus Deutschland und den USA beobachtet werden [33, 34]. Andere Studien beschrieben unterschiedliche Probandengruppen. Aufgrund dieser Unterschiede schwanken die Angaben zur Wurzelkariesprävalenz zwischen 15% und 90%. So zeigten lokale Untersuchungen an der allgemeinen Bevölkerung, dass 39% bzw. 41% der Wurzeloberflächen kariös oder in Folge von Karies gefüllt waren [34]. Weitere Studien beschäftigten sich mit der Wurzelkariesprävalenz bei parodontal erkrankten oder parodontal behandelten Patienten [19]. Hix und O'Leary (1976) fanden bei 45% der Patienten nach parodontaler Behandlung eine radikuläre Karies, während bei unbehandelten Patienten sogar 58% kariöse Veränderung aufwiesen [35]. Extrem hohe Zahlen lassen sich auch bei Betrachtung von sogenannten Risikogruppen finden. So lag bei der Betrachtung chronisch schwerkranker und bestrahlter Patienten die Wurzelkariesprävalenz deutlich höher [36]. Andere veröffentlichte Studien zeigten ähnliche Ergebnisse [19, 37]. Die Mehrzahl der vorab be-

schriebenen Studien beschäftigte sich fast ausschließlich mit der Wurzelkariesprävalenz. Die Wurzelkariesinzidenz dagegen wurde nur in wenigen Veröffentlichungen mit in die Untersuchung einbezogen. Im Rahmen zahlreicher Studien wurde eine Zunahme der Wurzelkariesinzidenz mit dem Alter beobachtet [9]. Sie lag bei älteren Patienten (älter als 37 Jahre) in der Größenordnung der Schmelzkariesinzidenz, bei jüngeren Patienten lag sie darunter. Untersuchungen an Risikogruppen, Rauschgiftsüchtigen [38], Patienten mit parodontalen Erkrankungen und chronisch kranken Krankenhauspatienten [9, 39] zeigten für diese eine deutlich höhere Wurzelkariesinzidenz als bei durchschnittlichen Bevölkerungsgruppen. Bei Betrachtung aller dieser Studien wird deutlich, dass Wurzelkaries ein weit verbreitetes Problem darstellt, welches vermehrt bei älteren Patienten beobachtet wird. Zahlreiche Untersuchungen beschäftigten sich mit der Lokalisation der Wurzelkaries im gesamten Gebiss und an den einzelnen Zähnen [10]. Obwohl die unteren Schneidezähne und die oberen Molaren meist vermehrt Rezessionen aufweisen [40], zeigten einige Studien, dass die unteren Prämolaren und Molaren weitaus häufiger betroffen sind [10, 33, 34]. Andere Beobachtungen zeigten im Gegensatz dazu, dass vor allem die Frontzähne in Ober- und Unterkiefer betroffen waren [41-43]. Hinsichtlich der Lokalisation der Läsion am Zahn stellte Westbrook et al. (1974) ein vermehrtes Auftreten an distalen Flächen (35%) fest [44]. Davon waren mesial 27,1% lokalisiert. Bukkal konnten 24,3% und lingual 7,1% der Fälle beobachtet werden. 33,3% aller Zähne zeigten mehr als zwei betroffene Flächen. Weitere Untersuchungen an extrahierten Zähnen zeigten dasselbe Ergebnis [34]. In-vivo-Untersuchungen dagegen stellten ein vermehrtes Auftreten an bukkalen und lingualen Flächen fest [33]. Am häufigsten waren in dieser aus Deutschland stammenden Untersuchung Prämolaren im Unterkiefer betroffen [33]. Die Diskrepanz zwischen in-vitro- und in-vivo Untersuchungen kommt möglicherweise durch die schwierige Diagnostik approximaler Flächen bei in-vivo-Untersuchungen zustande.

Therapiemöglichkeiten der Wurzelkaries

Die Therapie der Klasse-V-Kavitäten kann in ein nicht-invasives und in ein invasiv-restauratives Vorgehen unterteilt werden. Dabei stehen für die Prophylaxe und Therapie von Wurzelkaries heute zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung. Zur Wahl der richtigen Therapieform sollten sowohl die Ursache, die Ausdehnung, die Progression als auch die Ästhetik des Defektes einbezogen werden [45]. Karies entsteht unter anderem durch eine von Bakterien produzierte Säure, die zu einer Demineralisierung der Zahnhartsubstanz führt. Ziel der nicht-invasiven Therapie sollte daher die Hemmung der Demineralisation, die Förderung der Remineralisation sowie die Hemmung des Stoffwechsels der Bakterien sein. Um das Kariesrisiko ►►

► auch bei Patienten mit eingeschränkten Möglichkeiten der Mundhygiene zu senken, sollte auf die professionelle und häusliche Anwendung solcher zahnärztlichen Materialien geachtet werden.

Ab dem 1. Juli 2018 können dafür im Rahmen der GKV zusätzlich für die Untersuchung und präventiven Maßnahmen bei pflegebedürftigen Patienten und Menschen mit Behinderungen neue Leistungen erhoben werden. Dazu zählen u.a. die Entfernung harter Beläge einmal im Kalenderhalbjahr und auch die Aufklärung und Einbeziehung von Pflege- oder Unterstützungspersonen in die Erstellung eines Pflegeplanes.

Gerade Fluoride haben in der Kariesprophylaxe eine große Bedeutung. Es ist bekannt, dass fluoridhaltige Verbindungen besser an der Wurzeloberfläche resorbiert werden als an der Schmelzoberfläche. So lassen sich Initiailläsionen durch die regelmäßige Anwendung von Fluoriden remineralisieren [46]. Auch in weiteren Untersuchungen konnte ein deutlicher Rückgang der Wurzelkaries im Zusammenhang mit der Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta nachgewiesen werden [46]. Aufgrund der bekannten Konzentrations-Wirkungs-Beziehung kann bei einem erhöhten Kariesrisiko die Verwendung eines hoch konzentrierten Zahnpflegeproduktes mit 5.000 ppm F- indiziert sein [47]. Ebenso kann die tägliche Verwendung einer Zahnpasta mit 1450 ppm F- zusammen mit einer vierteljährlichen, professionellen Behandlung mit einem Fluoridlack einen positiven Effekt auf die Entstehung von Wurzelkaries haben [48].

Neben der Remineralisierung durch Fluoride stellt auch Chlorhexidin durch die chemische Modifikation des Biofilms eine gute Möglichkeit zur prophylaktischen Therapie dar. So konnte in einer Studie die kariesreduzierende Wirkung von CHX-Lack bei Wurzelkaries nachgewiesen werden [49]. Auch nach den Leitlinien der DGZMK wird zur Kariesprävention die professionelle Anwendung von 1% CHX-Lack empfohlen [50]. CHX bindet dabei an der oralen Mukosa sowie der Pellikel und wirkt sowohl bakteriostatisch als auch bakterizid. CHX-Lacke sind somit auch zur Unterstützung bei Patienten mit erschwerter Mundhygiene zu empfehlen. Allerdings sollten die Präparate mindestens eine Konzentration von 1% aufweisen [50].

In einigen aktuellen Studien wird vermehrt auf die antibakteriellen Zusätze in zahnärztlichen Materialien eingegangen. So weist bioaktives Glas die Fähigkeit auf, an der Oberfläche eine Kalziumphosphatschicht zu bilden und das Wachstum von Bakterien zu hemmen [51]. Es wird heutzutage als Zusatz in Zahnpasten oder als zusätzlicher Inhaltsstoff von Kompositen verwendet. Ebenfalls wurde dem in Milch enthaltenem Caseinphosphopeptid (CPP) eine, durch Bildung eines CPP-ACP (Calciumphosphat)-Gefüges, positive Wirkung durch die Hemmung der Demine-

realisation nachgewiesen. Jedoch wird dieser positive Effekt und die Förderung der Remineralisation durch eine Kombination von Bioglass und CPP-ACP mit Fluorid verstärkt [46]. In weiteren In-vitro- und In-vivo-Studien wurde der mögliche Einfluss von Desensitizern und Dentinhaftvermittlern auf die Progression der Wurzelkaries untersucht [52, 53]. Es wird angenommen, dass die Dentinhaftvermittler, die bekanntermaßen in die Dentintubuli fließen und diese verschließen, möglicherweise die Oberfläche, die dem Kariesangriff ausgesetzt ist, verkleinern [54].

In einer In-vitro-Studie konnte gezeigt werden, dass ein MDPB-haltiges Adhäsivsystem (Methacryloyloxy-Dodecyl-Pyridinium-Bromid) in der Lage war, die Progression einer Wurzelkaries zu inhibieren. Erreicht wurde dies durch eine Kombination von antibakterieller Aktivität des Adhäsivs und einer Abdichtung des demineralisierten Dentins.

Die positive Wirkung der Desensitizer ist auf die lokale Wirkung von Strontiumchlorid zurückzuführen [55]. Eine Verbindung von Strontium und Fluorid reduziert dabei merklich die Säureaktivität der Karbonapatite [45].

Bei Defekten größerer Ausdehnung mit aktivem kariösen Befall, ästhetischen Einschränkungen oder bestehenden Hypersensibilitäten nach minimal-invasiven Maßnahmen, ist eine restaurative Therapie indiziert. Bei flachen Defekten ist ein minimalinvasives Vorgehen mit Exkavation und anschließender Fluoridierung möglich. Tiefere, manifeste Läsionen sollten restaurativ behandelt werden. Heutzutage empfiehlt sich dabei die Verwendung von Kompositen oder Kompomeren mit Adhäsivtechnik. Ein großer Nachteil der Komposite ist jedoch die bekannte Polymerisations-schrumpfung, die im Dentinbereich zu Randspalten führen kann sowie Notwendigkeit einer adäquaten Trockenlegung. Es werden die Komposite wie Feinpartikel-Hybridkomposite, Nanopartikel-Komposite und fließfähige Komposite zur Restauration von zervikalen Kavitäten empfohlen. Ist es aufgrund der Lokalisation nicht möglich, ein ausreichend mikroretentives Relief zur adhäsiven Befestigung zu schaffen, können alternativ Glasionomerzemente verwendet werden [56]. Als Nachteile müssen jedoch die geringe Abrasionsfestigkeit, die schlechte Polierbarkeit sowie die verminderte Ästhetik genannt werden. Als weitere Alternativen stehen deshalb Kompomere zur Verfügung. Kompomere sind eine Kombination aus Komposit und Glasionomerzement. Sie bestehen aus polyacryl-/polycarbonsäuremodifizierten Kompositen. Die Polymerisation erfolgt zuerst durch Lichtzufuhr und sekundär als Säure-Base-Reaktion an der Oberfläche in Folge von Feuchtigkeitzufuhr. Die mechanischen Eigenschaften ähneln denen der Mikrofüllerkomposite. Ein Vorteil ist die relativ geringe Anfälligkeit gegenüber Feuchtigkeit und die Ästhetik. Nachteilig gegenüber den Kompositen ist jedoch eine rauere Oberfläche und die damit verbundene schlechtere Polierbarkeit sowie eine niedrigere Biegefestigkeit.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Phänomen Wurzelkaries durchaus ein Problem älterer Patienten darstellt. Das Risiko, kariöse Läsionen im Wurzelbereich zu entwickeln, steigt mit zunehmendem Alter an. Angesichts der Tatsache, dass immer mehr ältere Patienten einen Großteil ihrer Zähne bis ins hohe Alter erhalten können, kann mit einer Zunahme der Problematik gerechnet werden. Gerade auch die Entwicklungen im Pflegebereich und andere soziodemographische Entwicklungen, die eine Zunahme von älteren und pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen und Betreuungseinrichtungen zeigen, können das Auftreten der Wurzelkaries begünstigen, da Mundhygienemaßnahmen nur begrenzt oder bisweilen nur insuffizient durchgeführt werden können. Prophylaxemöglichkeiten bestehen, die das Wurzelkariesrisiko deutlich herabsetzen. Die zur Verfügung stehenden Prophylaxemöglichkeiten konzentrieren sich im Wesentlichen auf die tägliche Mundhygiene und die Anwendung von Fluoriden sowie antimikrobiellen Wirkstoffen. Jedoch ist, wie beschrieben, Wurzelkaries zumeist ein Problem älterer und alter Menschen, deren Mundhygieneverhalten oft anders ist als bei der durchschnittlichen Bevölkerung. Vor allem im Alter auftretende Allgemeinerkrankungen können die Mundhygienefähigkeit deutlich herabsetzen. Durch Einschränkung des Sehvermögens, der manuellen Geschicklichkeit in Folge von Alterserscheinungen und Krankheit, durch Verlust der Mobilität, geistige Verwirrung etc., sind ältere Patienten oft nicht in der Lage, die Mundhygiene in einer Form durchzuführen, die von den Zahnärzten empfohlen und gefordert wird. ■

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Christian R. Gernhardt
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
 Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und
 Parodontologie
 Magdeburger Straße 16
 06112 Halle (Saale)
 Tel.: +49 345 5573741
 Fax: +49 345 5573773
 E-Mail: christian.gernhardt@uk-halle.de

Das Literaturverzeichnis können Sie unter <http://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> herunterladen oder unter nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.

→ Vita



PROF. DR. MED. DENT. CHRISTIAN R. GERNHARDT

apl. Prof., Stellv. Direktor, Halle (Saale)

- ▶ 1970 In Aalen/Ostalbkreis geboren. Aufgewachsen und Schulbildung in Oberkochen.
- ▶ 1990 Abitur
- ▶ 1992 – 1994 Studium der Zahnmedizin an der Universität Ulm
- ▶ 1994 – 1997 Studium der Zahnmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.
- ▶ 1997 Approbation als Zahnarzt
- ▶ 1997 Promotion mit einem Thema über die Kariesprophylaktische Wirksamkeit von Dentinhaftvermittlersystemen.
- ▶ 1997 – 1999 Wissenschaftlicher Assistent an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in der Abteilung Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik (Direktor Prof. Dr. J.R. Strub)
- ▶ seit 1999 Oberarzt an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in der Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie (Direktor: Prof. Dr. H.-G. Schaller)
- ▶ 2009 Habilitation an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- ▶ seit 2009 Ltd. Oberarzt und stellv. Direktor an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in der Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie (Direktor: Prof. Dr. H.-G. Schaller)
- ▶ 2014 Ernennung zum apl. Prof. an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- ▶ Seit 2007 Spezialist Endodontie der DGEndo und Kammerzertifikat der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt für das Gebiet der Endodontie.
- ▶ Zahlreiche Gutachtertätigkeiten für internationale Fachzeitschriften. Autor zahlreicher nationaler und internationaler Publikationen. Umfangreiche Referententätigkeit im Rahmen von wissenschaftlichen Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen. Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften (DGZMK, DGZ, DGI, DGET, IADR, CED) und Vorstandsmitglied der DGET und der Gesellschaft für ZMK der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2011 Fortbildungsreferent im Vorstand der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt. Seit 2012 Vorsitzender der Gesellschaft für ZMK der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und seit 2013 Präsident der DGET.

→ Vita



HENRIKE JÄGER

- ▶ 2009 – 2014 Studium der Zahnmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg
- ▶ 2014 Approbation
- ▶ Seit 2015 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie



„Wo Klinik draufsteht, muss auch Klinik drin sein!“

W

erbung, die auf irgendeine Weise den Begriff „Klinik“ verwendet, ist nichts Neues, sondern seit weit mehr als zwei Jahrzehnten in der (zahn-)ärztlichen Versorgungslandschaft anzutreffen. Zugleich ist derartige Werbung immer wieder Gegenstand berufs- und wettbewerbsrechtlich geprägter Auseinandersetzungen, zuletzt im Streit um die Werbung mit dem Begriff „Praxisklinik“. Doch wie kommt es dazu? Und was machen manche werbende Zahnmediziner falsch? Der Reihe nach. Zahnärzte dürfen mit sachlichen Informationen werben, § 21 Abs. 1 S. 1 Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen (BO). Grenzenlos gilt diese „Werbeerlaubnis“ allerdings nicht, denn ist die Werbung berufswidrig, ist sie untersagt, § 21 Abs. 1 S. 2 u. 3 BO. Berufswidrig ist Werbung insbesondere, wenn sie vergleichend, anpreisend, herabsetzend oder irreführend ist, § 21 Abs. 1 S. 3 BO. Irreführend ist Werbung, wenn unwahre oder zur Täuschung geeignete Angaben über die Person, Vorbildung, Befähigung oder Erfolge¹ oder

unrichtige Angaben und Äußerungen über eigene Leistungen, die Praxis oder die persönlichen oder geschäftlichen Verhältnisse des Zahnarztes gemacht werden². Für einen Verstoß genügt es bereits, dass Werbung zur Irreführung geeignet ist. Ob sie tatsächlich in die Irre führt, ist nicht entscheidend.³

Ein Paradebeispiel für irreführende Werbung ist die in diversen Spielarten vorkommende Verwendung des Begriffs „Klinik“. Wörter wie „Klinik“, „Zahnklinik“, „Laserklinik“, „Tagesklinik“ und jüngst die „Praxisklinik“ sind irreführend und damit verboten, wenn die mit dem jeweiligen Begriff verbundenen Strukturen, insbesondere Personal- und Sachmittel, nicht in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen. Kurzum, der Werbende verspricht dann mehr, als er tatsächlich vorhält, nicht selten getragen von einer eigenen Vorstellung über die Bedeutung des verwendeten Begriffs.

1 BGH, Urteil vom 20.04.1995, I ZR 116/93, Rn 29; Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer, § 21 Rn 18.

2 Vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 02.02.1999, 20 U 101/98, Rn 11 ff.; Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer, § 21 Rn 19.

3 Vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 02.02.1999, 20 U 101/98, Rn 09.

Welche Perspektive entscheidet über das Begriffsverständnis?

Entscheidend für die berufs-, wettbewerbsrechtliche und schließlich die gerichtliche Beurteilung ist jedoch nicht die persönliche Sicht des werbenden Zahnarztes. Nicht das ganz individuelle, aus der eigenen Überzeugung resultierende Verständnis des Zahnarztes ist maßgeblich, sondern die Sichtweise der durch die Werbung angesprochenen Adressaten⁴. Die Gerichte sprechen von der Auffassung der sogenannten „Verkehrskreise“, an die sich die Werbung richtet⁵. Gemeint sind durchschnittlich informierte und verständige, sorgsam bedachte Verbraucher, die der verfahrensgegenständlichen Werbung die der Situation angemessene Aufmerksamkeit entgegenbringen⁶. Das ist der ganz normale „Durchschnittsverbraucher“, d.h. der Patient⁷. Genauso gut können es aber auch die Fachkollegen sein, deren Begriffsverständnis als Maßstab angelegt werden muss.

Tipp

Was bedeutet das für den Zahnarzt, wenn über für Werbezwecke zu verwendende Begriffe zu entscheiden ist? Fragen Sie sich, wie der Patient und wie die Kollegen Ihre Wortwahl deuten werden? Das heißt, wechseln Sie die Perspektive, um sich die Vielfältigkeit der Bedeutung Ihrer Worte auch aus Sicht der Adressaten klar zu machen und informieren Sie sich über die Rechtsprechung zu diesen Begriffen.

Verständnis des Begriffs „Klinik“ in der Rechtsprechung

Der Begriff „Klinik“ wird in der Regel werberechtlich synonym für den Begriff „Krankenhaus“ verwendet⁸. Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) und anderer Gerichte urteilt, der von der Werbung angesprochene Verkehrskreis verbinde mit dem Begriff „Klinik“ eine auf einen stationären Betrieb ausgerichtete personelle (Ärzte und Pflegepersonal) und apparative Ausstattung, die eine notfallmäßige Versorgung an allen Wochentagen, insbesondere an Wochenenden „rund um die Uhr“ gewährleistet⁹. Aus Sicht des BGH liege die Annahme einer Klinik umso näher, je weniger die in Betracht zu ziehenden Ausstattungen in ambulanten Praxen vorhanden sind¹⁰.

4 OLG München, Urteil vom 15.01.2015, 6 U 1186/14, Rn 56 f.

5 OLG München, Urteil vom 15.01.2015, 6 U 1186/14, Rn 49.

6 OLG München, Urteil vom 15.01.2015, 6 U 1186/14, Rn 49.

7 OLG Hamm, Urteil vom 27.02.2018, 4 U 161/17, Rn 34 ff.

8 BGH, Urteil vom 07.06.1996, I ZR 103/94, Rn 13; Rumetsch/Kalb, *Ärztliches Werberecht*, Rn 99.

9 Vgl. BGH, Urteil vom 07.06.1996, I ZR 103/94, Rn 13;

OLG München, Urteil vom 15.01.2015, 6 U 1186/14, Rn 56 f.

10 BGH, Urteil vom 07.06.1996, I ZR 103/94, Rn 13.



Foto: Dr. Richter/ZKN

Dr. Ronny Rudi Richter
Justitiar und Leiter Rechtsabteilung der ZKN

„Zahnklinik“

Vergleichbares gilt für die Verwendung des Begriffs „Zahnklinik“. Er ist dahingehend zu verstehen, dass der damit werbende Anbieter in der Lage ist, stationäre zahnärztliche Behandlungen durchzuführen, die Einrichtung sowohl über die personelle als auch über die apparative Ausstattung verfügt und eine notfallmäßige Versorgung an allen Wochentagen, insbesondere an Wochenenden „rund um die Uhr“ gewährleistet ist¹¹. Wer diese Strukturen nicht vorhält, gleichwohl den Begriff Zahnklinik werbend verwendet, wirbt irreführend und damit berufs- und wettbewerbswidrig.

„Laserklinik“

Auch die Bezeichnung „Laserklinik“ ist irreführend, wenn es an der zuvor dargestellten Möglichkeit zur stationären Behandlung fehlt¹².

„Tagesklinik“

Eine Tagesklinik ist aus der Perspektive der Adressaten eine Klinik, die eine nicht über den Tag hinausgehende Unterbringung des Patienten ermöglicht: Erfüllt ist diese Voraussetzung jedenfalls dann, wenn neben zwei Ruheliegen für Patienten in zwei getrennten Patientenzimmern Krankenhausbetten, Schrank, Tisch und Fernseher vorhanden sind und benutzt, bei Bedarf Speis und Trank gewährt und durch eine Pflegeperson Medikamente und Spritzen verabreicht werden können¹³. Finden lediglich Operationen ►►

11 OLG München, Urteil vom 15.01.2015, 6 U 1186/14, Rn 56 f.

12 OLG München, Urteil vom 15.01.2015, 6 U 1186/14, Rn 56 ff.

13 OLG München, Urteil vom 11.03.1999, 6 U 2075/98, *Leitsatz und Rn 60 f. und Rn 63*; Rumetsch/Kalb, *Ärztliches Werberecht*, Rn 101.

MEHR SCHEIN ALS SEIN



- statt, ohne die anderen zuvor dargestellten Strukturen vorzuhalten, ist der Begriff „Tagesklinik“ nicht zu verwenden¹⁴. Eine Übernachtungsmöglichkeit muss aber nicht bestehen¹⁵.

Praxisklinik

Der Begriff Praxisklinik war erst kürzlich Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen. Kern des Streits war die Frage, ob die Bezeichnung „Praxisklinik“ auch verwendet werden darf, wenn in der „Praxis“ keine Möglichkeit zur stationären Aufnahme besteht. Das Landgericht (LG) Essen versteht unter einer „Praxisklinik“ eine Einrichtung, in der operative Eingriffe möglich sind, diese aber nur im Rahmen eines ambulanten Praxisbetriebes und nicht eines stationären Aufenthalts erfolgen. Dieses Gericht meint ferner, die Möglichkeit eines stationären Aufenthalts eines Patienten in den Räumlichkeiten der Praxis sei nicht Voraussetzung dafür, mit dem Begriff Praxisklinik werben zu dürfen¹⁶.

Von Dauer war diese Entscheidung jedoch nicht. Mit Recht hob das OLG Hamm¹⁷ das Urteil des LG Essen auf. Zutreffend stellte das OLG fest, der Begriff „Praxisklinik“ werde irreführend verwendet, wenn der Zahnarzt nicht über die Möglichkeit einer auch nur vorübergehenden stationären Aufnahme verfüge. Der Verbraucher erwarte von einer Praxisklinik nicht nur, dass dort gegebenenfalls umfangreiche Operationen vorgenommen werden, sondern auch, dass zumindest die erforderliche Einrichtung für eine,

wenn auch nur im Ausnahmefall, notwendige vorübergehende stationäre Versorgung über Nacht bestehe¹⁸. Inzwischen hat sich auch der BGH zu Wort gemeldet und die gegen die Entscheidung des OLG Hamm gerichtete Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen¹⁹. Die zutreffende Entscheidung des OLG Hamm ist damit rechtskräftig.

Fazit und Tipp

Bevor Sie mit dem Begriff oder Varianten des Begriffs „Klinik“ werben, orientieren Sie sich an den Beispielen aus der oben genannten Rechtsprechung. Machen Sie sich bewusst, welche Perspektive für die berufs- und wettbewerbsrechtliche Beurteilung entscheidend ist. Fragen Sie sich

deshalb, wie die Adressaten Ihrer Werbemaßnahmen – zumeist Patienten, mitunter auch Kollegen – die gewählten Worte verstehen könnten. Stellen Sie deshalb sicher, dass Sie mit den werbenden Worten aus Sicht dieser Adressaten nicht mehr versprechen, als Ihre Praxis halten kann. Anderenfalls ist die Grenze zur Irreführung schnell überschritten, berufs- und werberechtliche Maßnahmen drohen. Wer bereits mit dem Begriff „Praxisklinik“ wirbt, ohne die genannten Voraussetzungen zu erfüllen, insbesondere keine Übernachtungsmöglichkeit für den Ausnahmefall mit entsprechendem Versorgungsangebot vorhält, muss schnell umdenken. Auf Vertrauens- bzw. Bestandsschutz kann er sich jedenfalls nicht berufen; schon deshalb nicht, weil § 9 Abs. 5 BO seit vielen Jahren entsprechende Vorgaben für den „klinischen Betrieb einer Praxis“ macht, und zwar, dass eine umfassende zahnärztliche und pflegerische Betreuung rund um die Uhr sichergestellt ist, die notwendigen Voraussetzungen für eine Notfallintervention beim entlassenen Patienten erfüllt und die baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme von Patienten gewährleistet sind. Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Ihre geplante Werbemaßnahme berufsrechtskonform ist, schreiben Sie uns unter rechtsabteilung@zkn.de. Wir helfen Ihnen gern. ■

Dr. Ronny Rudi Richter
Justitiar und Leiter Rechtsabteilung der ZKN

¹⁴ OLG München, Urteil vom 11.03.1999, 6 U 2075/98, Leitsatz.

¹⁵ OLG München, Urteil vom 11.03.1999, 6 U 2075/98, Leitsatz und Rn 60.

¹⁶ LG Essen, Urteil vom 08.11.2017, 44 O 21/17, Rn 12.

¹⁷ OLG Hamm, Urteil vom 27.02.2018, 4 U 161/17.

¹⁸ OLG Hamm, Urteil vom 27.02.2018, 4 U 161/17, Rn 44.

¹⁹ BGH, Beschluss vom 17.10.2018, I ZR 58/18.

Einreichungs- und Zahlungstermine

2019

Jan. / Feb. / März / April

JANUAR	FEBRUAR	MÄRZ	APRIL
01 DI <small>Neujahr</small>	01 FR	01 FR	01 MO
02 MI	02 SA	02 SA	02 DI
03 DO	03 SO	03 SO	03 MI
04 FR	04 MO	04 MO	04 DO
05 SA	05 DI	05 DI	05 FR
06 SO	06 MI	06 MI	06 SA
07 MO	07 DO	07 DO	07 SO
08 DI	08 FR	08 FR	08 MO
09 MI	09 SA	09 SA	09 DI
10 DO	10 SO	10 SO	10 MI
11 FR	11 MO	11 MO	11 DO
12 SA	12 DI	12 DI	12 FR
13 SO	13 MI	13 MI	13 SA
14 MO	14 DO	14 DO	14 SO
15 DI	15 FR	15 FR	15 MO
16 MI	16 SA	16 SA	16 DI
17 DO	17 SO	17 SO	17 MI
18 FR	18 MO	18 MO	18 DO
19 SA	19 DI	19 DI	19 FR <small>Karfreitag</small>
20 SO	20 MI	20 MI	20 SA
21 MO	21 DO	21 DO	21 SO <small>Oster-sonntag</small>
22 DI	22 FR	22 FR	22 MO <small>Oster-montag</small>
23 MI	23 SA	23 SA	23 DI
24 DO	24 SO	24 SO	24 MI
25 FR	25 MO	25 MO	25 DO
26 SA	26 DI	26 DI	26 FR
27 SO	27 MI	27 MI	27 SA
28 MO	28 DO	28 DO	28 SO
29 DI		29 FR	29 MO
30 MI		30 SA	30 DI
31 DO		31 SO	



WISSENS- UND ÜBERLEGENSWERT:

Freiwillige Versicherung bei der Berufsgenossenschaft

Selbstständig tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte unterliegen – anders als die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Praxen – nicht der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht. Sie können sich aber für ihre selbstständige Tätigkeit freiwillig bei der für ihre Praxen zuständigen Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gegen die Folgen von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten absichern. Eine Beschränkung des Personenkreises nach Alter, Geschlecht, Einkommen oder Ähnlichem gibt es hierbei nicht. Diese Möglichkeit der freiwilligen Unternehmerunfallversicherung und auch deren Leistungsumfang sind allerdings häufig im Kreis der dazu Berechtigten nicht bekannt.

Im Falle eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit bietet die BGW folgende Leistungen:

- ▶ Sie trägt die Kosten für eine individuell abgestimmte medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation. Die von der Berufsgenossenschaft finanzierten Rehabilitationsleistungen umfassen insbesondere eine möglichst frühzeitig einsetzende notfallmedizinische Versorgung, eine unfallmedizinisch qualifizierte ambulante ärztliche

Behandlung oder – falls erforderlich – eine entsprechende stationäre Behandlung. Auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln und je nach Bedarf häusliche Krankenpflege oder zahnärztliche Behandlungen gehören dazu. Wenn jemand trotzdem die bisherige berufliche Tätigkeit nicht oder nicht ohne Weiteres wieder aufnehmen kann, kümmert sich die BGW mit allen geeigneten Mitteln um eine berufliche Wiedereingliederung. Dazu kann beispielsweise eine Fortbildung stattfinden oder der Arbeitsplatz angepasst werden, bei Bedarf finanziert die Berufsgenossenschaft auch eine Umschulung. Darüber hinaus gewährt sie je nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens unter anderem Kraftfahrzeughilfe, Wohnungshilfe, sozialpädagogische und psychosoziale Betreuung, Haushaltshilfe, Reisekosten und Rehabilitationssport.

- ▶ Während der medizinischen Rehabilitation zahlt sie das Verletztengeld als Ersatz für den Verdienstausschlag.
- ▶ Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge des Versicherungsfalls zahlt sie eine Rente.
- ▶ Im Todesfall sorgt sie für die Hinterbliebenen: je nach Sachlage mit Renten, Sterbegeld, Überführungskosten oder Beihilfen.

Die finanziellen Leistungen hängen bei der freiwilligen Versicherung selbständig Tätiger von der Höhe der Versicherungssumme ab. Diese kann derzeit zwischen EUR 22.000 und EUR 84.000 gewählt werden, ab 2019 zwischen EUR 23.000 und EUR 96.000. Wer den gewohnten Lebensstandard angemessen absichern möchte, sollte sich bei der Wahl der Versicherungssumme am eigenen Jahreseinkommen orientieren.

Der jährliche Beitrag für eine freiwillige Versicherung als selbständig tätige Zahnärztin oder selbständig tätiger Zahnarzt wird anhand von drei Faktoren berechnet:

- ▶ der gewählten Versicherungssumme,
- ▶ der Gefahrklasse, die das Unfall- und Erkrankungsrisiko des Gewerbezweigs widerspiegelt,
- ▶ dem sogenannten Beitragsfuß, den die BGW jährlich abhängig vom jeweiligen Finanzbedarf berechnet.



WENN HANDY & CO DEN UNFALLSCHUTZ KOSTEN

Ein Beschäftigter, der auf dem Weg von beziehungsweise zu seiner Arbeit deswegen einen Unfall erleidet, weil er sich durch sein Mobiltelefon hat ablenken lassen, steht nicht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das hat das Sozialgericht Frankfurt am Main mit einem am 20. November veröffentlichten Urteil vom 18. Oktober 2018 entschieden (S 8 U 207/16). ■

Quelle: <https://www.versicherungsjournal.de/>
Meldung vom 21.11.2018

Die Gefahrklasse der verschiedenen Gewerbezweige wird bei der BGW grundsätzlich alle sechs Jahre neu ermittelt. Für zahnärztliche Praxen beträgt sie im derzeitigen Gefahrtarif, der für die Beitragsjahre 2013 bis 2018 gilt: 2,21. Im nächsten Gefahrtarif, der für die Beitragsjahre 2019 bis 2024 gelten wird, wird sie auf 2,02 sinken.

Der Beitragsfuß für nicht gemeinnützige Mitgliedsbetriebe der BGW hatte für das Beitragsjahr 2017 den Wert 2,09. Er wird immer rückwirkend im Frühjahr des Folgejahres festgelegt – für das Beitragsjahr 2018 also im Frühjahr 2019.

Die Beitragsformel lautet:

Jahresbeitrag = Versicherungssumme x Gefahrklasse x Beitragsfuß / 1.000

Beispiel: freiwillige Versicherung für einen selbständig tätigen Zahnarzt mit einer Versicherungssumme von EUR 84.000:

- ▶ Jahresbeitrag für das Jahr 2017: EUR 387,99

Dafür wird im Leistungsfall von der BGW bei diesem Beispiel gezahlt:

- ▶ Verletztengeld (täglich): EUR 186,67
- ▶ Vollrente (monatlich): EUR 4.666,67

Der Beitrag zur Versicherung bei der BGW ist steuerlich absetzbar; zu den individuellen Möglichkeiten sollte allerdings ein Steuerberater des Vertrauens befragt werden.

Die freiwillige Unternehmensversicherung beginnt frühestens mit dem Tage nach dem Eingang des schriftlichen Antrags bei der BGW, sofern nicht ein späterer Zeitpunkt beantragt wird. Sie kann jederzeit schriftlich gekündigt werden und endet dann mit dem Ablauf des Monats, in dem der entsprechende schriftliche Antrag bei der BGW eingegangen ist.

Die gewählte Versicherungssumme kann jederzeit auf einen anderen Betrag zwischen der Mindest- und Höchstversicherungssumme umgestellt werden. Voraussetzung dafür ist ein schriftlicher Antrag, die Änderung wird zum 1. des auf den Eingang des schriftlichen Antrages bei der BGW folgenden Monats wirksam.

Nicht unerwähnt bleiben soll natürlich, dass neben dieser Möglichkeit zur freiwilligen Unternehmerunfallversicherung bei der BGW, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, auch die private Versicherungswirtschaft Versicherungsangebote bereithält. Ein Vergleich der Kosten und Leistungen ist vor einer möglichen Entscheidung immer ratsam. ■

Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung

Röntgenverordnung ist in neue Strahlenschutzverordnung überführt

ÄNDERUNGEN FÜR DIE ZAHNÄRZTESCHAFT AB 1. JANUAR

Am 05. Dezember 2018 wurde im Bundesgesetzblatt die neue „Verordnung zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung“ (Strahlenschutzverordnung, abgekürzt „StrlSchV“) veröffentlicht. Mit ihren nunmehr 200 Paragrafen und 19 Anlagen deckt die Verordnung alles ab von der Kernenergie bis zur Raumfahrt; sie integriert damit auch die bis Jahresende 2018 gültige ehemalige Strahlenschutzverordnung und die ebenfalls bis dahin gültige, separate, aus 48 Paragrafen und 5 Anlagen bestehende „Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen“ (Röntgenverordnung, abgekürzt „RöV“).

Gemeinsam mit dem bereits im Jahre 2017 beschlossenen Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) trat die neue Strahlenschutzverordnung am 31. Dezember 2018 in Kraft.

Nach ersten Analysen ergeben sich für die Zahnärzteschaft daraus folgende Änderungen:

1. Strahlenschutzgesetz (StrlSchG)

Nach § 19 StrlSchG ist der Betrieb einer Röntgenanlage nunmehr spätestens vier Wochen (bisher zwei Wochen) vor dem beabsichtigten Beginn der zuständigen Behörde (in Niedersachsen dem jeweils regional zuständigen Gewerbeaufsichtsamt) schriftlich anzuzeigen, sofern der Betrieb nicht sogar genehmigungspflichtig ist.

Weitreichende arbeitsrechtliche Konsequenzen für die Beschäftigung eines Strahlenschutzbeauftragten ergeben sich aus dem § 70 StrlSchG.

Ein Strahlenschutzbeauftragter ist – wie im alten Recht auch – nach dem neuen Strahlenschutzgesetz unverzüglich schriftlich zu bestellen, „soweit dies für die Gewährleistung des Strahlenschutzes bei der Tätigkeit notwendig ist“, § 70 Abs. 1 S. 1 StrlSchG. Das Gesetz drückt sich damit sehr unbestimmt aus.

§ 70 Abs. 6 StrlSchG: Bitte unbedingt beachten

Ist ein Strahlenschutzbeauftragter zugleich beim Strahlenverantwortlichen angestellt, so ist die Kündigung des Arbeitsverhältnisses unzulässig,

es sei denn, es liegen Tatsachen vor, die den Strahlenschutzverantwortlichen zur Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist berechtigen. Nach der Abberufung als Strahlenschutzbeauftragter ist die Kündigung innerhalb eines Jahres nach der Beendigung der Bestellung unzulässig, es sei denn, der Strahlenschutzverantwortliche ist zur Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist berechtigt. Ausnahmsweise ist eine Kündigung aus betrieblichen Gründen gerechtfertigt, z.B. bei vollständiger Praxisaufgabe. Zu beachten ist für den Fall der Bestellung eines Strahlenschutzbeauftragten, dass nach Rechtsauffassung des Bundesarbeitsgerichtes (BAG, Urteil vom 13.03.2007 – 9 AZR 612/05) der Arbeitsvertrag und die Bestellung untrennbar miteinander verknüpft sind. Für den wirksamen Widerruf der Bestellung bedeutet dies, dass der Arbeitsvertrag ebenfalls entsprechend schriftlich „änderungsgekündigt“ werden muss.

2. Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

Röntgenpass

Die Verpflichtungen zum Bereithalten, Anbieten bzw. Führen eines Röntgenpasses entfallen.

Nutzung durch mehrere Strahlenverantwortliche (§ 44 und § 188)

Wird eine Röntgeneinrichtung durch mehrere Strahlenschutzverantwortliche eigenverantwortlich genutzt, haben diese ihre und die Pflichten weiterer, unter ihrer Verantwortung tätiger Personen vertraglich eindeutig gegeneinander abzugrenzen.

Der Vertrag ist der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen. Für Röntgeneinrichtungen, die bereits vor dem 31. Dezember 2018 von mehreren Strahlenschutzverantwortlichen betrieben wurden, ist der Vertrag bis zum 31. Dezember 2019 abzuschließen.



Foto: Andrey Popov/Fotolia.com

Bereithalten des Gesetzestextes (§ 46)

Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass das Strahlenschutzgesetz und die Strahlenschutzverordnung, zur Einsicht ständig in den Praxisräumen (Ort der Niederlassung/Zweigpraxis/ausgelagerter Praxisraum) verfügbar gehalten werden, wenn regelmäßig mindestens eine Person beschäftigt oder unter der Aufsicht eines anderen tätig ist.

Aufgrund des Umfangs der beiden Regelwerke empfiehlt sich eine elektronische Speicherung bzw. ein Link auf dem Desktop des Praxisrechners, der zu den Regelwerken z.B. auf der Internetseite der Bundeszahnärztekammer verweist.

Anforderungen an Röntgeneinrichtung (§ 114 und § 195)

Röntgeneinrichtungen, die nach dem 1. Januar 2023 erstmalig in Betrieb genommen werden, müssen über eine Funktion verfügen, die die Expositionsparameter elektronisch aufzeichnet und für die Qualitätssicherung elektronisch nutzbar macht. Alle zahnärztlichen Bestandsgeräte sind von dieser Verpflichtung nicht betroffen.

Konstanzprüfungen (§ 116)

Die Abstände der Konstanzprüfungen werden in der Strahlenschutzverordnung nicht präzisiert. Dies soll in untergesetzlichen Regelungen (Richtlinien) erfolgen. Es ist davon auszugehen, dass dabei die Vorgaben der alten Röntgenverordnung übernommen werden. Bis zu einer Neuregelung sind deshalb die bisherigen Routinen beizubehalten.

Aufzeichnungen (§ 117)

Die Aufzeichnungen über die Abnahmeprüfung müssen für die Dauer des Betriebes, mindestens jedoch drei Jahre (bisher zwei Jahre) nach dem Abschluss der nächsten vollständigen Abnahmeprüfung aufbewahrt werden. Deutlich verlängert wurde die Aufbewahrungsfrist für die Auf-

zeichnungen über die Konstanzaufnahmen. Diese beträgt nunmehr zehn Jahre (bisher zwei Jahre) nach Abschluss der Prüfung.

Exposition von Betreuungs- und Begleitpersonen (§ 122 und § 124)

Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass ein Leitfaden für den Strahlenschutz von Betreuungs- und Begleitpersonen erstellt wird. Vor dem Betreten des Kontrollbereichs sind diese Personen über mögliche Gefahren der Exposition aufzuklären. Darüber hinaus sind ihnen geeignete schriftliche Hinweise anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.

Die Arbeitsgemeinschaft Röntgenologie in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wird entsprechende Musterformulare erarbeiten und der Kollegenschaft zur Verfügung stellen.

Aufsichtsprogramm (§ 149)

Die dafür zuständige Behörde (in Niedersachsen vermutlich das jeweils regional zuständige Gewerbeaufsichtsamt) wird in Zukunft Vor-Ort-Prüfungen auch an zahnärztlichen Röntgeneinrichtungen vornehmen und dabei die Einhaltung der Rechtsvorschriften prüfen. Bei DVT-Geräten werden diese Vor-Ort-Prüfungen voraussichtlich in Abständen von sechs Jahren erfolgen. Für die anderen zahnärztlichen Röntgeneräte sind keine Vor-Ort-Prüfungen vorgeschrieben. Sie liegen im Ermessen der Behörde.

Die vollständigen Texte des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung finden Sie demnächst auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer.

Über weitere und/oder neue Erkenntnisse im Zusammenhang mit den beiden neuen Normen informieren wir Sie, sobald dies erforderlich erscheint. ■

_____ Quelle: Röntgenstelle der Bundeszahnärztekammer und eigene Angaben der Zahnärztlichen Stelle Röntgen der ZKN

Die Welt ist um 24 ZMVs reicher!

Am 24.11.2018 war es wieder soweit. Der nunmehr 7. ZMV-Kurs der Zahnärztekammer Niedersachsen endete mit einer feierlichen Zeugnisübergabe in fröhlicher Atmosphäre. Der Kammerpräsident, Henner Bunke, D.M.D. Univ. of Florida, ließ es sich nicht nehmen, den frischgebackenen ZMVs persönlich die Grüße und Glückwünsche des Vorstandes zu überbringen. In seiner Rede hob er besonders die Anstrengungen hervor, die die Kursteilnehmerinnen im Rahmen der rund 10-monatigen Fortbildung erbracht haben. Nicht selten mussten Familie, Freunde und Hobbys zurückstehen. In einer 400-stündigen Aufstiegsfortbildung hatten sich die Absolventinnen umfassend in den Bereichen Abrechnung, Kommunikation, Recht und Wirtschaft sowie Qualitätsmanagement fortgebildet und die anspruchsvolle Abschlussprüfung bestanden.

Es ist mittlerweile schon eine liebgewonnene Tradition, dass im Rahmen der Feierstunde die besten Absolventinnen von der Zahnärztekammer Niedersachsen besonders geehrt werden. Als Anerkennung für ihre besonderen Leistungen erhalten die besten 3 Prüflinge einen Seminar-

gutschein in Höhe von 300 Euro. Als Lehrgangsbeste des 7. Kurses schlossen Antje Fiedler, Silvia Kroon und Mayleen Reckzeh die Aufstiegsfortbildung ab.

Nach der Zeugnisübergabe, bei der jede Absolventin auch einen gravierten Kugelschreiber erhielt, folgte der kulinarische Teil der Veranstaltung. Bei Speis und Trank klang die Feier, zu der auch die Angehörigen der Absolventinnen eingeladen waren, aus. Hierbei war es offensichtlich, dass oft aus Kursteilnehmerinnen auch Freundinnen geworden sind.

Die Zahnärztekammer Niedersachsen gratuliert ganz herzlich allen Absolventinnen:

Sandra Binne, Christin Bückmann, Sara Buhr, Ina Curth, Pinar Dogan, Denise Donner, Olga Elenschleger, Antje Fiedler, Mandy Fiedler, Carina Franke, Tina Hachfeld, Katrin Häring, Anna-Larina Homberg, Jennifer Klappstein, Laura Knospe, Silvia Kroon, Julia Kutsch, Melanie Milnikel, Franziska Must, Mayleen Reckzeh, Tatjana Reimann, Belinda Sauer, Sabrina Steinke, Swetlana Su. ■

Michael Behring

Geschäftsführer der ZKN



Foto: I. Utermöhlen

Niedersachsen ist um einige qualifizierte Prophylaxe-Kräfte reicher!

Am 17.11.2018 und 08.12.2018 endeten jeweils ein ZMP-Kurs und ein DH-Kurs der Zahnärztekammer Niedersachsen. Im Rahmen einer Feierstunde erhielten insgesamt 32 glückliche Absolventinnen ihre Abschlusszertifikate. Die Damen hatten sich im Rahmen einer anspruchsvollen Fortbildung qualifiziert und den Anforderungen einer schriftlichen, praktischen und mündlichen Prüfung standgehalten.

Ein besonderes Highlight war die Ehrung der besten Absolventen, die als besonderen Lohn ihrer Mühen Seminar-gutscheine erhielten. Als Prüfungsbeste des ZMP-Kurses schlossen Melina Münz, Elena Krämer, Carolin Czerner den Lehrgang ab, als Prüfungsbeste des DH-Kurses wurden Yvonne Strack, Denise Krahmer sowie Maila Runge ausgezeichnet.

Beim abschließenden Büffet hatten die Teilnehmerinnen nochmals Gelegenheit, ihren Kurs Revue passieren zu lassen und voller Stolz auf das Geleistete zurückzublicken. Gleichzeitig gab es für zahlreiche Angehörige die Gelegenheit, das moderne und angenehme Ambiente der Zahn-



Fotos: Schneider/ZKN

Absolventinnen des DH-Kurses: Stefanie Engelking, Nadja Gretenkort, Anna Heins, Melanie Juds, Jana Kasten, Denise Krahmer, Sonja Krickemeyer, Andrea Restemeyer, Maila Runge, Yvonne Strack.

medizinischen Akademie Niedersachsen kennenzulernen. Wir gratulieren allen erfolgreichen Absolventinnen und wünschen ihnen für ihren weiteren beruflichen und privaten Lebensweg alles Gute. ■

Michael Behring
Geschäftsführer der ZKN



Den ZMP-Kurs beendeten erfolgreich: Alica Brenker, Sylvia Capraro, Esengül Ciga, Carolin Czerner, Marion Eickvonder, Sina Hagemeyer, Tatyana Hefle, Laura Hegge, Hanifa Ishak, Kristina Kahric, Ute Klaaßen, Elena Krämer, Melina Krämer, Sanaz Moradi, Melina Münz, Jasmin Rieske, Julia Sbrisny, Swetlana Schander, Melissa Schütze, Thi Xé Teich, Ella Wolf, Nora Zehaluk.

ERFOLGREICH ABSOLVIERT:

40-Stunden-Sachkundelehrgang zur Aufbereitung von Medizinprodukten



Foto: Lange-S/ZKN

Stolz und glücklich über ihren erfolgreichen Abschluss zeigen die Teilnehmerinnen ihre Zertifikate des 40-Stunden-Sachkundelehrgangs der ZKN im November 2018. Mit dabei zwei der Referentinnen (1. und 8. von links): Heike Schütz (Leiterin der fhts/Fachschule für Hygiene, Technik und Sterilgutversorgung) und Ute Wurmstich (Zahnarzthelferin und engagiertes Mitglied der DGSV e.V.).

Nach fünf lehr- und lernreichen Fortbildungstagen in der Zahnmedizinischen Akademie Niedersachsen (ZAN) der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) konnten am 30. November alle 24 Teilnehmerinnen nach erfolgreicher schriftlicher Wissensüberprüfung ihre Abschlusszertifikate der ZKN und der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV) entgegennehmen.

Der Lehrgang leistet einen wertvollen Beitrag zur Erfüllung der rechtlichen Bedingungen sowie zur Vermeidung von möglichen finanziellen Auswirkungen aus Qualitätsmängeln (z.B. Medizinproduktegesetz (MPG), Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), KRINKO-Empfehlung (Stand 2012) UUV, RKI-Richtlinie, Infektionsschutzgesetz).

Der Lehrgang dient damit auch der Sicherung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung der Patienten und Praxisteammitglieder im Hinblick auf einen maximal mög-

INHALT

- ▶ Einführung
- ▶ Gesetzliche und normative Grundlagen/Übersicht
- ▶ Grundlagen der Mikrobiologie und Epidemiologie
- ▶ Einführung in die Grundlagen der Hygiene
- ▶ Qualitätsmanagement
- ▶ Aufbereitung von Medizinprodukten im Güterkreislauf
- ▶ Grundlagen der Aufbereitung
- ▶ Dekontamination
- ▶ Sichtkontrolle, Pflege, Funktionskontrolle
- ▶ Packen und Verpacken
- ▶ Sterilisation und Freigabe zur Nutzung

Preis: 670 Euro
Dauer: 5 Tage/40 Stunden
Ort: Zahnärztekammer Niedersachsen
Abschluss: Multiple-Choice-Prüfung, Zertifikate der ZKN und der DGSV e.V.

Bitte beachten: Teilnehmerzahlbeschränkung

Der nächste 40-Stunden-Sachkundelehrgang der ZKN findet vom 18. bis 22.11.2019 statt. Nähere Informationen sowie Möglichkeit zur Anmeldung unter:

<https://tinyurl.com/y72cwXu8>

(hinterlegt ist: https://zkn.de/praxis-team/zan-beruf-und-bildung/seminare/seminardetail.html?tx_sitezkn_pi3%5Bseminar%5D=2417&cHash=c41d2a1ef564be4bdc152be1e8072e5)

lichen Infektionsschutz. Zielgruppe: Zahnmedizinische Fachangestellte (Zahnarzthelfer/-innen), die in stark chirurgisch tätigen Praxen mit der Aufbereitung von Medizinprodukten beschäftigt sind, Zahnmedizinische Fachangestellte (Zahnarzthelfer/-innen), die ihre Sachkunde vertiefen oder vertieft aktualisieren wollen und Medizinische Fachangestellte oder anderes medizinisches Fachpersonal, das die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zahnarztpraxis erwerben will. ■

____ Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung

Zahnmedizin in Deutschland sorgt für 878.000 Arbeitsplätze



Von der zahnmedizinischen Versorgung hängen direkt oder indirekt 878.000 Arbeitsplätze ab. Auf jeden Arbeitsplatz bei Zahnärzten oder deren Zulieferern kommt durchschnittlich fast ein weiterer Arbeitsplatz in anderen Bereichen. 391.000 Personen arbeiten in Praxen, Krankenhäusern oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst an der zahnmedizinischen Versorgung der Patienten. Die direkte Bruttowertschöpfung des ganzen zahnärztlichen Systems (ambulante und stationäre Versorgung, Industrie, Handwerk und Versicherung) liegt bei rund 21,4 Mrd. Euro. Diese Zahlen ermittelte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) auf Grundlage ihres neuen Rechenmodells, des Zahnärztlichen Satellitenkontos (ZSK), das auf der anerkannten Methodik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen basiert. Der ökonomische Fußabdruck der Zahnärzte beträgt 2,2. Das bedeutet, jeder in der Zahnmedizin erwirtschaftete Euro generiert weitere 1,20 Euro in anderen Bereichen (z.B. durch Dienstleister) – somit werden insgesamt 2,20 Euro erwirtschaftet. Ohne zahnärztliche Versorgung würde das deutsche Bruttoinlandsprodukt durch Effekte in anderen Branchen um über 46 Mrd. Euro niedriger ausfallen. Die Ergebnisse des ZSK und weitere Zahlen zu zahnärztlichem Berufsstand und Mundgesundheit der Bevölkerung sind der aktuellen Ausgabe des Statistischen Jahrbuchs der Bundeszahnärztekammer zu entnehmen. ■

Quelle: BZÄK, Pressemitteilung vom 31.10.2018

Das Statistische Jahrbuch 2017/2018 kann für 10,00 Euro zzgl. Versand über die BZÄK vorbestellt werden:
www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen.html

fit 4 Praxis

Kooperationsveranstaltung von



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Einfach mehr Erfolg Durch Praxismarketing auf der Überholspur

- Wie entsteht ein Praxismarketing mit Substanz?
- Welche Marketingaktivitäten lassen Sie erfolgreich werden?
- Welche inhaltlichen Möglichkeiten gibt es, ein bereits bestehendes Praxismarketing zu optimieren?
- Und wie gelingt es Ihnen, Bestandspatienten dauerhaft zu binden und neue Patienten zu gewinnen, ohne dabei Ihren budgetären Rahmen zu sprengen?

Termin > Mi | 06.02.2019 | 16:00–17:30 Uhr
KZV Niedersachsen
Zeißstraße 11 | 30519 Hannover

Referentin > Nadja Alin Jung
m2c | medical concepts & consulting

BZÄK-Punkte > 2

Teilnahmegebühr > 25,00 Euro | pro Person

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



Berufsbild weiter attraktiv – bedenkliche Entwicklung bei Z-MVZ

Für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) stehen auch weiterhin Fragen im Zusammenhang mit der zuverlässigen Gewährleistung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung im Fokus ihrer Aktivitäten. Das belegen Daten und Fakten des aktuellen statistischen Jahrbuches der KZBV, das heute veröffentlicht wurde.

Berufsbild für Nachwuchs äußerst attraktiv

Die Attraktivität des zahnärztlichen Berufes ist dem Zahlenwerk zufolge weiter hoch: Im Jahr 2017 gab es neben 1.762 erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen des Zahnmedizinstudiums 2.167 Studienanfänger. Die Zahl der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte lag bei 50.634. Als Angestellte arbeiteten 12.571 Zahnärztinnen und Zahnärzte. Deutschlandweit wurden 41.997 Praxen gezählt. Der Trend zur Praxiskonzentration setzt sich damit weiter fort.

Sprunghafter Anstieg rein zahnärztlicher Versorgungszentren

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen – 50 Prozent der Zahnärztinnen und Zahnärzte waren im Jahr 2017 älter als 50 Jahre – bereiten der KZBV im Hinblick auf die künftige Erfüllung des Sicherstellungsauftrages vor allem der sprunghafte Anstieg rein zahnärztlicher Versorgungszentren (Z-MVZ) und deren Ketten, als auch der ungebremste Eintritt versorgungsfremder Investoren in den Dentalmarkt große Sorgen. Es besteht dringender Handlungsbedarf für den Gesetzgeber, die Gründungsberechtigung für Z-MVZ auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zu beschränken.

Engagement bei Versorgung vulnerabler Gruppen nimmt weiter zu

Auch das bereits seit Jahren intensive Engagement der Zahnärzteschaft im Hinblick auf die Versorgung vulnerabler Patientengruppen lässt sich anhand des Jahrbuchs ablesen.

Die Zahl der Kooperationsverträge von Zahnärztinnen und Zahnärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen hat weiter deutlich zugenommen. So konnten allein im Jahr 2017 drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung 506 neue Kooperationsverträge von Zahnärzten mit stationären Einrichtungen verbucht werden ein Anstieg von etwa 16 Prozent auf 3.716 im Vorjahresvergleich.

Jahrbuch 2018 – Hintergrund und Bezugsquellen

Diese und weitere anschaulich aufbereitete Zahlen und Statistiken rund um die vertragszahnärztliche Versorgung machen das Jahrbuch 2018 der KZBV mit seinem präzisen und umfangreichen Datenkorpus zu einem unverzichtbaren Kompendium für Recherchen, Informationen und Berichte im Gesundheitswesen. Das von der Abteilung Statistik erarbeitete Nachschlagewerk ist seit Jahrzehnten auch fundierte Basis für politische Diskussionen und wissenschaftliche Untersuchungen. Die Ausgabe 2018 enthält Tabellen und Grafiken zu den Themen Gesetzliche Krankenversicherung, zahnärztliche Versorgung, Zahnarztzahlen sowie Praxisentwicklung und kann auf der Website der KZBV bestellt werden. Die Vollversion des Jahrbuchs kann dort auch im PDF-Format kostenfrei heruntergeladen werden. Alternativ ist eine postalische Bestellung unter folgender Anschrift möglich:



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Abteilung Statistik
Universitätsstr. 73
50931 Köln

Bestellungen per Fax richten Sie bitte an die Nummer 0221 4001-180, telefonische Bestellungen können unter der Nummer 0221 4001-215/-117/-216 aufgegeben werden. ■

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, Salzdahlumer Str. 46, 38302 Wolfenbüttel, Fortbildungsreferent: NN,
E-Mail: bezbraunschweig@zkn.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

15.05.2019, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Diagnose und Therapie von Mundschleimhautrekrankungen, <i>Prof. Dr. Andrea Maria Schmidt-Westhausen</i>
---------------------------------------	--

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: Uni-Klinikum Göttingen, Hörsaal HS 552, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen, Tel.: 0551 47314, E-Mail: info@mkg-im-carre.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

27.02.2019, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Update Kopf- und Gesichtsschmerz, <i>Dr. med. Andreas Böger</i>
03.04.2019, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Ergonomie in der zahnärztlichen Praxis, <i>Ina Budde, Physiotherapeutin, Stressmanagement, PHYSICON Betriebliche Gesundheitsförderung</i>

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

13.03.2019, 16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Minimal Intervention Dentistry – Neue Wege in der Zahnerhaltung, <i>Dr. Gerd Göstemeyer, Berlin</i>
---------------------------------------	--

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 1671, E-Mail: FortbildunginOldenburg@gmx.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

16.02.2019, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Regeneration und Erhalt parodontaler und alveolärer Gewebestrukturen durch Replantation und Extrusion von Wurzelsegmenten, <i>Dr. Sabine Hopmann, Lemförde</i>
30.03.2019, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	„Adhäsive Zahnmedizin – rundherum an einem Tag“, <i>Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg</i>

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

20.02.2019, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Naturheilkundliche Therapieverfahren bei akuter und chronischer Parodontitis durch z.B. den Einsatz von Autonosoden, <i>Dr. Oliver Ploss, Ibbenbüren</i>
---------------------------------------	--

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden, Fortbildungsreferent: N.N.
E-Mail: bezverden@zkn.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

20.03.2019, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Die Therapie der apikalen Läsion: WSR vs. Revision, <i>Dr. Gabriel Magnucki, Bassum</i>
27.04.2019, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	3D-Druck – Was ist möglich? Was ist schon sinnvoll?, <i>Dr. Andreas Keßler & Dr. Marcel Reymus, München</i>

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Marlis Grothe
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mgrothe@zkn.de



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

23.02.2019 Z 1908 5 Fortbildungspunkte

Der vorerkrankte Patient in der zahnärztlichen Praxis

Dr. Gerd Appel, Kassel
Samstag, 23.02.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 236,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 241,- €

27.02.2019 Z 1910 7 Fortbildungspunkte

Ein Parodontologie-Konzept für die eigene allgemein Zahnärztliche Praxis

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. H. Jentsch, Leipzig
Mittwoch, 27.02.2019 von 14:00 bis 19:30 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 275,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 280,- €

02.03.2019 Z 1912 5 Fortbildungspunkte

Ernennung, Abmahnung und Kündigung

Die Sanktionsinstrumente des Arbeitgebers aus juristischer und psychologischer Sicht

Dr. Christian Bittner, Salzgitter
Michael Behring, LL.M., Lauenau
Mittwoch, 02.03.2019 von 09:00 bis 13:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 207,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 212,- €

06.03.2019 Z/F 1913 8 Fortbildungspunkte

Dentalfotografie

praktische Übungen und Einstellungsoptimierung,
Tipps und Tricks

Klaus-Dieter Fröhlich, DGPh, Hannover
Mittwoch, 06.03.2019 von 13:00 bis 19:00 Uhr
Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 128,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 133,- €

Naht- und Schnitttechniken in der zahnärztlichen Chirurgie

- ▶ Begrüßung
- ▶ Operations-Videos mit anschließender Besprechung
- ▶ Theorie Schnitttechniken
 - Instrumentarium
 - Klingentypen
 - Lappendesigns
 - Schnittführung bei unterschiedlichen Indikationen
- ▶ Theorie Nahttechniken
 - Instrumentarium
 - Nahtmaterial
 - Einsatzbereich verschiedener Nahttypen
- ▶ Praktische Hands-on Übungen am Tierpräparat



Dr. Stephan Beuer, M.Sc.

„Was lernen wir in diesem Kurs“

- ▶ Einschätzung von klinischen Situationen
- ▶ Sicherer Umgang beim Thema Schnittführung und Nahttechniken
- ▶ Relevante Praktiken für die tägliche Praxis

Referent: Dr. Stephan Beuer, M.Sc., Landshut
Samstag, 23.02.2019 von 09:00 – 17:00 Uhr

Seminargebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 528,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 533,- €
Max. 20 Teilnehmer
Kurs-Nr.: Z 1909
9 Fortbildungspunkte nach BZÄK

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

02.03.2019 F 1920

Qualifizierte Assistenz in Implantologie und Chirurgie für Einsteiger

PD Dr. Dr. Meikel Vesper, Eberswalde
Samstag, 02.03.2019 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 242,-
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 247,- €

06.03.2019 F 1903

Röntgenkurs für die Zahnarzthelferin/ZFA

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake
Daniela Schmöe
Mittwoch, 06.03.2019 von 09:30 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 192,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 197,- €

08.03.2019 F 1921

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing
Freitag, 08.03.2019 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 236,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 241,- €

09.03.2019 F 1923

Die Rezeption – das Herz der Praxis

Brigitte Kühn, Tutzing
Samstag, 09.03.2019 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 236,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 241,- €

Das etwas andere Seminar „Willkommen in unserer Praxis“

Die zahnmedizinische Kompetenz steht für jeglichen Erfolg außer Frage. Aber kann Ihr Patient dieses schon von Anfang an erkennen? Empfangen Sie Ihre Patienten schon wie Ihre Gäste zu Hause? Ihre Patienten fühlen sich am wohlsten, wenn sie angenehm höflich und sympathisch von Ihrem Praxisteam empfangen werden. Ihren Patienten begegnet immer häufiger im Leben der neue Business-Knigge – im Geschäftsleben, beim Reisen, in der gehobenen Gastronomie und beim Shoppen. Ihre Patienten lieben gute Umgangsformen und assoziieren damit Professionalität.



Angelika
Doppel

Inhalte

- ▶ „Der Bote ist die Botschaft“
- ▶ Das äußere Erscheinungsbild
- ▶ Dresscodes – auch im Hinblick auf MPG-Richtlinien
- ▶ „Du bist OK – ich bin OK“
- ▶ „No gos“
- ▶ „Den ersten Eindruck kann man kein zweites Mal machen“
- ▶ Der Business-Knigge
- ▶ „Keep your smile“
- ▶ „Bitte nach Ihnen“
- ▶ Todsünden
- ▶ „Man kann nicht NICHT sprechen“
- ▶ Körpersprache
- ▶ „Signale wie am Leuchtturm“
- ▶ Distanz- und Intimzonen
- ▶ „Der einzige der hier gut aufgelegt ist, ist der Hörer“
- ▶ Das kleine 1x1 des Telefonierens

Mit dem neuen Wissen erlangen Sie ein Alleinstellungsmerkmal, welches Sie noch wettbewerbsfähiger macht.

Referentin: Angelika Doppel

Freitag, 01.03.2019 von 09:00 – 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 170,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 175,- €

Max. 20 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 1911

Termine

- 📅 **07. – 09.02.2019 Hannover**
66. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen, Infos: www.zkn-kongress.de
- 📅 **02. – 16.03.2019 Köln**
IDS, Infos: www.ids-cologne.de
- 📅 **30.03.2019 Neumünster/Holstenhallen**
26. Schleswig-Holsteiner-Zahnärztetag, Infos: www.kzv-sh.de
- 📅 **30.03.2019 Norden-Norddeich**
3. Ostfriesischer Zahnärztetag, Infos: www.g-o-z.de

- 📅 **17. – 18.05.2019 Rostock**
68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V., Infos: www.dgpro.de
- 📅 **22. – 29.06.2019 Montenegro**
40. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, Infos: www.sportweltspiele.de

Veranstaltungstermine für Auszubildende Prüfungsvorbereitungskurse zur Sommerprüfung 2019

Foto: © stock-fotolia.com

- Bereich Abrechnungswesen
- Bereich Behandlungsassistentz
- Bereich Verwaltung (Praxisorganisation und -verwaltung, WiSo)

ZKN



KZVN-Servicehotlines

► Sie fragen – wir antworten



© iStockimages | fotolia

Fragen rund um die Themen...

...Online-Support

Sprechzeiten

Mo bis Do: 08:00 bis 17:00 Uhr
Fr: 08:00 bis 15:00 Uhr

Kontakt

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

...Vertragsfragen

Sprechzeiten

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

Kontakt

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

...Finanzen

Sprechzeiten

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

Kontakt

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

...Honorar

Sprechzeiten

Mo bis Do: 08:00 bis 12:00 Uhr
und 13:00 bis 17:00 Uhr
Fr: 08:00 bis 15:00 Uhr

Kontakt Punktwerte

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

Kontakt Krankenkassenstammdaten

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

...Abrechnung

Sprechzeiten

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

Kontakt Schwerpunkt Quartalsabrechnung

Telefon: 0511 8405-375
Fax: 0511 59097066
E-Mail: kch-service@kzvn.de
kfo-service@kzvn.de

Kontakt Schwerpunkt Monatsabrechnung

Telefon: 0511 8405-390
Fax: 0511 837267
E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

Wir sind für Sie da!

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH DR. DIRK TIMMERMANN ZUM 65. GEBURTSTAG!



Foto: NZB

Am 01.01.1954 wurde er als Sohn eines Zahnarztehepaares in Wuppertal geboren. Die zahnärztlichen – auch seine Brüder wurden Zahnärzte – und die berufspolitischen Gene – sein Vater war berufspolitisch sehr aktiv – wurden offenbar vererbt.

Nach dem Abitur folgten Bundeswehr, Ausbildung zum Zahntechniker, Studium der Zahnmedizin in Hamburg bis 1985, Promotion und Eröffnung der eigenen Praxis 1987 in Cuxhaven.

Bald darauf begann er seine standespolitische Laufbahn, die ihn in zahlreiche Gremien des FVDZ (u.a. Bundesvorstand und seit 2017 Landesvorsitzender), KZVN und der Zahnärztekammer führten.

Offensichtlich reichten ihm diese Aktivitäten aber noch nicht, denn er wurde ein sehr erfolgreicher Gespannfahrer im Pferdesport (u.a. Deutscher Meister), der sogar Mitglied der deutschen Nationalmannschaft war und engagiert sich bis heute in der Mittelstandsvereinigung der CDU (MIT), was zu guten persönlichen Kontakten zu zahlreichen Politikern von der Kreis- über Landes- bis zur Bundesebene geführt hat.

Für seine Wortbeiträge auf verschiedenen Veranstaltungen ist Kollege Timmermann berühmt und berüchtigt, denn er trifft immer den Kern des Problems und schont dabei weder Freund noch Gegner. Seine Überzeugung trägt er klar vor, besonders wenn es um den Erhalt der Freiberuflichkeit geht. Bei all diesen Aktivitäten mussten oft genug seine Familie – der hier auch unser Dank dafür ausgesprochen werden muss – und seine Gesundheit zurückstehen.

Lieber Dirk, wir wünschen Dir für die nächsten Jahre alles Gute, damit Du Deiner Familie, Deinen Freunden und uns Zahnärzten noch lange erhalten bleibst und noch zahlreiche Segeltörns machen kannst! ■

_____ Jörg Röver
Vizepräsident der ZKN

ZUM 20-JÄHRIGEN PRAXISJUBILÄUM – HERZLICHEN DANK!



Foto: Miko Pfla

Mit größtem Dank gratulieren wir unserer Mitarbeiterin Mareike Schäfer zum 20-jährigen Praxisjubiläum. Nach ihrer Ausbildung zur Zahnarzhelferin wurde sie am 1. Januar 1998 in der Praxis unseres Vorgängers angestellt. Nach der Praxisübernahme im Jahre 2002

wurde sie zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMF) fortgebildet und betreut seit der Zeit unsere Patienten in der Prophylaxe, Parodontitis-Vorbehandlung und -Nachsorge. Frau Schäfer zeichnet sich durch Fleiß, Loyalität und Umsichtigkeit aus. Sie ist pflichtbewusst und stellt ihre eigenen Bedürfnisse oft hinten an. Als Praxismanagerin wird ihr unter anderem die schwierige Aufgabe zuteil, die Dienst- und Urlaubsplanung umzusetzen oder bei Problemen zu vermitteln. Dabei nimmt sie große Rücksicht auf die Belange einzelner Mitarbeiter und Ärzte und schafft es dabei, stets auch den reibungslosen Ablauf des Praxisalltags sicherzustellen.

Dafür wurde ihr viel zu selten gedankt, was wir auf diesem Wege nachholen möchten. Wir wünschen Frau Schäfer für die kommenden Jahre alles erdenklich Gute, vor allem Gesundheit und Zufriedenheit und würden uns freuen, den gemeinsamen Weg noch viele Jahre weiter zusammenzugehen. ■

_____ Dres. Noack, Asuming & Ahlbrecht, Göttingen



Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

Dr. Edda Kröger, Varel

geboren am 16.06.1940,
verstorben am 19.11.2018

Dr. Hans-Jürgen Mostler, Barsinghausen

geboren am 28.04.1940,
verstorben am 13.12.2018

Die Vorstände

*der Zahnärztekammer Niedersachsen und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen*



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

16.12.2018 Hubertus Kreuzkamp (89), Damme

24.12.2018 Dr. Angelika Börner (75), Lüneburg

24.12.2018 Dr. Mohamed Baraghit (80), Delmenhorst

24.12.2018 Dr. Monika Wunsch (70), Hildesheim

26.12.2018 Dirk Demel (70), Stuhr

27.12.2018 Dr. Bernhard Leussink (88), Nordhorn

29.12.2018 Dr. Lutz Drache (80), Hoya

31.12.2018 Dr. Jürgen Pohlmann (70), Osnabrück

31.12.2018 Dr. Christoph Koch (70), Bad Bevensen

31.12.2018 Elmar Wiesmann (75), Osnabrück

01.01.2019 Dr./Univ. Sarajevo Ivan Zovko (75),
Norderney

02.01.2019 Dr. Ortwin Thedens (80), Wolfsburg

03.01.2019 Dr. Peter Kahn (80), Cuxhaven

04.01.2019 Hans-Dieter Fischer (88), Weener

07.01.2019 Gerd Strothmeyer (75), Einbeck

08.01.2019 Dr. Hans Joachim Hoeschen (91), Leer

12.01.2019 Dr. Jürgen Forner (75), Ottersberg

14.01.2019 Joachim Stürmer (90), Bendestorf

14.01.2019 Ingrid Kempf-Karger (80), Bad Lauterberg



Beitragszahlung I. Quartal 2019

Der Kammerbeitrag für das I. Quartal 2019 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 2019

ZKN AMTLICH

Bitte
beachten!

Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages

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

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

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

Hierbei können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

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

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

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



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

Ansprechpartner:

Anne Hillmer
Tel. 0511 83391-193

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

- (1) Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnartzsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Dem Antrag sind beizufügen
 - a) Ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen,
 - b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten,
 - c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19 a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.
- (2) Ferner sind beizufügen:
 1. ein Lebenslauf,
 2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
 3. Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
 4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
 5. eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.
- (3) An Stelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.
- (4) Können die in Absatz 1 Buchstabe b und in Absatz 2 Buchstabe c bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.

Kolleginnen und Kollegen, die sich in Niedersachsen niederlassen möchten, wenden sich bitte an die

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen, Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses Niedersachsen,
Zeißstraße 11, 30519 Hannover,
Tel. 0511 8405-323/-361,
E-Mail: info@kzvn.de**

Antragsformulare können entweder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen angefordert oder unter www.kzvn.de als PDF-Dokument heruntergeladen werden. Bitte achten Sie darauf, bei der Einreichung der Anträge zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit sämtliche in § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) aufgeführten Unterlagen beizufügen.

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig. Der Gesellschaftervertrag ist spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

ZULASSUNG EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS

Bei Anträgen auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums müssen spätestens bis zum Abgabetermin der Gesellschaftervertrag und bei einer GmbH zudem der Handelsregisterauszug und die selbstschuldnerische Bürgschaft eingereicht werden.



© diego cervo / iStockphoto.com

VERLEGUNGEN

Nach § 24 Abs. 7 ZV-Z ist im Falle einer Verlegung des Vertragszahnarztsitzes grundsätzlich ein entsprechender Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	04.02.2019
Sitzungstermin	06.03.2019
Abgabe bis	13.05.2019
Sitzungstermin	19.06.2019
Abgabe bis	19.08.2019
Sitzungstermin	18.09.2019
Abgabe bis	17.10.2019
Sitzungstermin	20.11.2019

Alle Anträge an den Zulassungsausschuss Niedersachsen sind unter Beifügung sämtlicher erforderlicher Unterlagen rechtzeitig bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover, in Urschrift und eigenhändig unterschrieben einzureichen.

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- ▶ Planungsbereich Landkreis Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.914 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 36,7% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Cloppenburg: Der Planungsbereich Landkreis Cloppenburg mit 34.407 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,5% versorgt.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.832 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,0% 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 29.597 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,3% versorgt.

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

_____ Stand 18.12.2018

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Soufiane Zeryouhi Nr. 7960
 Dr. Barbara Hell Nr. 6809
 Renate Geisler Nr. 7710

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

_____ ZKN

STELLENMARKT

Braunschweig-K. Koch-Center

Zahnarzt (w/m) gesucht,
Vorbereitung/Angestellt,
gern auch halbtags oder
Teilzeit.

Bewerbung an
praxisbantelmann@googlemail.com

Müden/Aller Raum BS-CE-GF

Etablierte Praxis, 3 ZÄ, sucht
zum 1.8. oder 1.10.2019 ZA/ZÄ.
Angestellt oder Partnerschaft.
Gerne senden wir Ihnen
weitere Informationen.
behnke-mueden@t-online.de

VERKAUF

Hannover Südstadt

Etablierte Praxis, 3 BHZ, gute
Lage, eingespieltes Team,
digitalisiert, ab Januar 2019
abzugeben.
praxis_2019@web.de

MOTTO DES TEAMS VOM ZAHNMobil HANNOVER: „Zu uns kommt jeder als Mensch“

Seit mehr als fünf Jahren behandeln wir, das Team vom Zahnmobil, Obdachlose, Arme und Nichtversicherte an unterschiedlichen Standorten in Hannover zahnmedizinisch.

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir wieder engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ehrenamtlich im Zahnmobil tätig werden möchten.

Sind Sie interessiert und haben Sie pro Woche – vor- oder nachmittags – ca. 3 Stunden – Zeit, die Patientinnen und Patienten des Zahnmobils zahnärztlich zu behandeln?

Dann rufen Sie uns gerne an (Tel.: 0151 59404512) oder schreiben Sie uns eine E-Mail (info@zahnmobil-hannover.de).

Weitere Infos zum Zahnmobil finden Sie unter
www.zahnmobil-hannover.de



BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische
Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?
Wir helfen Ihnen gern!

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

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



[http://tinyurl.com/
zkn-bus01](http://tinyurl.com/zkn-bus01)



66 WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS

der Zahnärztekammer Niedersachsen

Alles Wichtige rund um Kronen und Brücken

SAVE
THE DATE

7. – 9. FEBRUAR 2019

HANNOVER CONGRESS CENTRUM



Weitere Informationen unter



www.zkn-kongress.de

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen